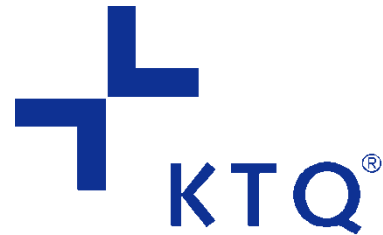




Evangelisches
Klinikum Niederrhein

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Düsseldorf



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-KatalogVersion 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH			
Institutionskennzeichen:	260510325			
Anschrift:	Fahrner Straße 133, 47169 Duisburg			
Betriebsstätten:	Evangelisches Krankenhaus Duisburg- Nord	Johanniter- Krankenhaus Ober- hausen	Herzzentrum Duisburg	Evangelisches Krankenhaus Dinslaken
	Fahrner Straße 133 47169 Duisburg	Steinbrinkstraße 96a 46145 Oberhausen	Gerrickstraße 21 47137 Duisburg	Kreuzstraße 28 46535 Dinslaken
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2018-0010 KHVB			
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche			
Gültig vom:	30.12.2017			
bis:	29.12.2020			

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kriterien	11
1 Patientenorientierung	12
2 Mitarbeiterorientierung	16
3 Sicherheit - Risikomanagement	19
4 Informations- und Kommunikationswesen	23
5 Unternehmensführung	25
6 Qualitätsmanagement	27

Vorwort der KTQ[®]

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

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren[®] gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die **Ev. Klinikum Niederrhein gGmbH** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Das Evangelische Klinikum Niederrhein stellt sich vor

Die Evangelische Klinikum Niederrhein gGmbH ist ein Unternehmen der Maximalversorgung mit insgesamt 1.274 Betten und steht in einer 100-jährigen Tradition christlicher Fürsorge für kranke Menschen unserer Region. Das Klinikum ist hervorgegangen aus ehemals vier selbstständigen Krankenhäusern: den Evangelischen Krankenanstalten Duisburg-Nord, dem Johanniter Krankenhaus Oberhausen-Sterkrade, dem Evangelischen Kaiser-Wilhelm-Krankenhaus Duisburg-Meiderich und dem Evangelischen Krankenhaus Dinslaken. Gesellschafter der GmbH sind je zur Hälfte evangelische Kirchengemeinden bzw. Kirchenkreise in Duisburg, Oberhausen und Dinslaken sowie die Stiftung zur Förderung Evangelischer Krankenhäuser.

Unser Auftrag gründet in einem christlichen Menschen- und Weltbild. Für uns kommt von Gott her jedem Menschen die gleiche Würde zu unabhängig von seiner Herkunft, seiner Religion, seinem Geschlecht, seinem körperlichen oder geistigen Zustand. Im Zentrum unseres Handelns steht der Mensch in der Einheit seiner körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Bedürfnisse.

Unsere Arbeit zielt ab auf eine optimale gesundheitliche Versorgung und größtmögliches Wohlbefinden der Patienten unserer Krankenhäuser und der Bewohner unserer Wohnstifte. Hier bieten wir mit erprobten Techniken hoch spezialisierte medizinische Versorgung auf höchstem Niveau. Wir arbeiten im Team. Jeder leistet seinen speziellen Beitrag dazu.

Die fürsorgliche Begleitung der Menschen auf ihrem Schicksalsweg, der sie zu uns geführt hat, ist unser ernstes Anliegen, auch und insbesondere, wenn eine Heilung nicht möglich ist. In intensivem Austausch und enger Zusammenarbeit gewährleisten unsere Fachärzte und unsere medizinischen Mitarbeiter eine umfassende und interdisziplinäre Behandlung und Versorgung der Patienten aller Betriebsteile.

Unser Anliegen ist es, mit einer hohen medizinischen, strukturellen und organisatorischen Qualität Verantwortung für das Wohl unserer Patienten zu tragen.

Betriebsteil 1 – Das Evangelische Krankenhaus Duisburg-Nord

Ein wichtiger Schwerpunkt ist die Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems. Hierzu stehen Ihnen die **Abteilungen Neurologie, Neurochirurgie und Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie** zur Verfügung. Zur Behandlung von Schlaganfallpatienten steht eine Schlaganfallstation (Stroke Unit) zur Verfügung, die im Jahre 2013 erneut von der Deutschen Schlaganfallgesellschaft zertifiziert wurde.

Die **Klinik für Refraktive und Ophthalmochirurgie** ist eine Einrichtung zur Behandlung von Erkrankungen des vorderen Augenabschnittes und dabei gleichzeitig eine Spezialklinik zur Behandlung jeglicher Form von Fehlsichtigkeit. Die refraktive Chirurgie und die LASIK Behandlung von Fehlsichtigkeit sind nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert.

Der Schwerpunkt der **Klinik für Netzhaut- und Glaskörperchirurgie** liegt in der Diagnostik und Therapie der hinteren Augenabschnitts (Glaskörper- und Netzhauterkrankungen).

Ferner gibt es Belegabteilungen für **Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde** und **Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie**.

Gemeinsam bilden diese **Kliniken das Kopfbereich**.

Die **Abteilung für Innere Medizin** versorgt Patienten mit allen Krankheitsbildern der Inneren Medizin, ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Behandlung des Diabetes Mellitus.

Die **Chirurgische Klinik** umfasst Leistungen der **Allgemein- und Viszeralchirurgie** und Coloproktologie sowie der **Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie**.

In der **Klinik für Thoraxchirurgie** werden Patienten mit bösartigen und gutartigen Tumoren des Thorax und mit angeborenen und erworbenen Fehlbildungen des Thorax operiert. Die Klinik ist als Thoraxzentrum der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie zertifiziert.



KTQ-Qualitätsbericht Ev. Klinikum Niederrhein gGmbH

Betriebsteil 2 – Das Johanniter-Krankenhaus Oberhausen

Das Johanniter-Krankenhaus Oberhausen umfasst die Kliniken für Urologie Bronchial- und Lungenheilkunde, Nieren- und Hochdruckerkrankungen (Nephrologie) sowie die Klinik für Psychiatrie.

Die **Klinik für Urologie** zählt mit ca. 4.000 stationären Patienten und über 4.700 operativen Eingriffen / Jahr zu den größten urologischen Abteilungen Deutschlands. Behandelt werden Patienten mit allen urologischen Erkrankungen mit einem besonderen Schwerpunkt auf bösartigen Erkrankungen (Blasenkrebs, Prostatakrebs, Hodentumoren, Nierentumoren). Die Klinik ist als **Prostatakarzinomzentrum** nach den Kriterien der DKG zertifiziert.

Die **Klinik für Bronchial- und Lungenheilkunde** behandelt Patienten mit Atemwegserkrankungen. Die Schwerpunkte stellen die Krebserkrankungen, Asthma und chronisch obstruktive Lungenerkrankung sowie die Heimbeatmung chronisch lungenkranker Patienten dar.

Die **Klinik für Nephrologie** wendet alle Formen der Blutreinigung (Dialyse, Apherese, Immunadsorption) an. Betreut werden Patienten mit Nieren- und Hochdruckerkrankungen und Stoffwechselstörungen.

Schwerpunkte der **Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapie** sind die Akutpsychiatrie, Allgemeinpsychiatrie, Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen, die Gerontopsychiatrie, die Tagesklinik und eine psychiatrische Institutsambulanz (PIA).



Betriebsteil 3 – Das Herzzentrum Duisburg

Das Herzzentrum Duisburg ist aus dem Kaiser-Wilhelm-Krankenhaus in Duisburg-Meiderich hervorgegangen und heute eine der größten Kliniken ihrer Art in Deutschland.

Die **Klinik für Kardiologie und Angiologie** versorgt weit mehr als 4.500 Patienten jährlich. Behandelt werden unter anderem: Herzkrankgefäßerkrankungen, Herzinfarkte, Herzmuskelschwäche und Störungen der Erregungsleitung des Herzens (Elektrophysiologie). Im Rahmen der Notfallversorgung für die Stadt Duisburg wird ein 24ständiger Dienst für die moderne interventionelle Behandlung von Herzinfarkt-Patienten vorgehalten. Die Zentrale Notaufnahme des Herzzentrums ist als **Chest-Pain-Unit** zertifiziert.

In der **Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie** werden ca. 3.500 Patienten im Jahr, davon ca. 2.400 unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine operiert, darunter viele Kinder mit angeborenen Herzfehlern. Diese werden von der **Klinik für Kinderkardiologie** engmaschig betreut.



Betriebsteil 4 – Das Evangelische Krankenhaus Dinslaken

Das Evangelische Krankenhaus Dinslaken ist seit 1995 Betriebsteil des Klinikverbundes Ev. Klinikum Niederrhein.

Die **Medizinische Klinik** versorgt Patienten mit Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (Kardiologie) und mit Magen-Darm-Erkrankungen (Gastroenterologie) sowie Patienten mit Krebsleiden (Onkologie).

Daneben versorgt die **Abteilung für Chirurgie** Patienten mit Gefäßerkrankungen und Patienten mit krankhafter Fettleibigkeit (morbider Adipositas).

Die beiden Kliniken versorgen gemeinsam mit Kooperationspartnern Patienten mit bösartiger Darmerkrankung und sind als Darmkrebszentrum nach den Regularien der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert.

Die **Abteilung für Unfallchirurgie und Orthopädie** sieht einen besonderen Schwerpunkt der Arbeit in der Betreuung von Patienten mit Gelenkerkrankungen. So wurde in den letzten Jahren der Schwerpunkt des künstlichen Gelenkersatzes (Kniegelenksprothesen, Hüftgelenksprothesen) stetig erweitert.

Ferner gibt es Belegabteilungen für **Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde** und **Urologie**.



Betriebsteilübergreifende Abteilungen

- Zur Versorgung der Patienten stehen die **Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Notfallmedizin**, die **Zentralen Abteilungen für Diagnostische und Interventionelle Radiologie** und **Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie**, die **Abteilung für Laboratoriumsmedizin** sowie der **Pflegedienst** des EVKLN bereit.

Die KTQ-Kriterien

1 Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Alle Betriebsteile des EVKLN sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Parkplätze stehen zur Verfügung. Das Wegeleitsystem und die Beschilderung wurden nach einheitlichen Vorgaben für alle Standorte entwickelt. Helfer der ökumenischen Krankenhaushilfe (Grüne Damen) stehen zur Verfügung.

Über die Behandlungsangebote informieren das Internet, der Qualitätsbericht und zahlreiche Informationsbroschüren. Die Aufnahmeplanung elektiver Patienten erfolgt dezentral in der Verantwortung der Kliniken. Patienten werden vom Hausarzt oder zuweisenden Kliniken angemeldet oder stellen sich in den Ambulanzen und Sprechstunden vor. Dort erhalten sie die Aufnahmetermine und die erforderlichen Informationen, teils in schriftlicher Form. Im Rahmen (ambulanter oder) prästationärer Kontakte werden Patienten aufgeklärt und der etwaige OP-Termin zentral geplant.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Für zahlreiche Erkrankungen und Maßnahmen wurden von den Kliniken und den Pflegekräften Vorgaben erarbeitet, die auf den Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften bzw. den Expertenstandards des deutschen Pflegerates basieren. Die Vorgabedokumente werden über eine zentrale EDV-Plattform im Intranet, den "QM-Arbeitsplatz" (QmAP), allen Mitarbeitern zur Verfügung gestellt und regelmäßig aktualisiert. Über eine Stichwortsuche können sich alle Mitarbeiter mit EDV-Zugang die Informationen zu Diagnostik und Therapie verschaffen. Daneben sind ein Arzneimittelindex sowie ein Literaturportal verfügbar. Die Einhaltung der Behandlungspfade wird stichprobenartig überprüft. Mitarbeiter der Pflege werden in der Nutzung des QmAP geschult, neue Mitarbeiter in das Programm eingewiesen. Abweichungen von Behandlungs- oder Therapiestandards werden in der Patientenakte nachvollziehbar dokumentiert.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Form und Inhalt der Aufklärung sind in QM-Handbüchern und den Aufklärungsformularen festgelegt. Die Inhalte der Aufklärung der Patienten orientieren sich an dessen individueller Situation.

Die namentliche Vorstellung der Pflegekräfte ist im Pflegestandard festgelegt. Eine Dienstanzweisung regelt das Tragen von einheitlichen Namensschildern. Für Patienten und Angehörige werden zahlreiche krankheitsspezifische Schulungen angeboten. Die psychologische Betreuung der Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern ist Bestandteil des Behandlungskonzeptes. Eine aktuelle Liste fremdsprachiger Mitarbeiter ist im Intranet veröffentlicht. Informationen zu Selbsthilfegruppen liegen in den jeweiligen Kliniken aus. In der Patienteninformationsmappe kann sich jeder Patient über seine Rechte und Pflichten als Patient informieren.

1.1.4 Ernährung und Service

Die Patientenzimmer werden nach und nach vollständig umgebaut. Derzeit werden die Stationen des Betriebsteils 2 entkernt und modernisiert. Stationen und Patientenzimmer des Betriebsteils 1 werden derzeit neu strukturiert und gestaltet. Alle Patientenzimmer sind mit Fernsehen ausgestattet, für Telefongebühren ist eine Tagespauschale festgelegt. In den Wartebereichen stehen in der Regel Kalt- und Heißgetränke bereit. Alle 4 Betriebsteile verfügen über Parks und Grünanlagen.

Das Essen können die Patienten auswählen, der Wochenplan liegt im Patientenzimmer aus. Spezielle Kostformen werden berücksichtigt, die Diätassistentinnen beraten und unterstützen die Patienten. Die Zufriedenheit mit dem Essen war in den Befragungen der letzten Jahre in der Regel überdurchschnittlich hoch. Als weitere Service-Angebote stehen die Patientenfürsprecher und die Ökumenische Krankenhaushilfe (grüne Damen) zur Verfügung.

Kapellen gibt es in allen vier Betriebsteilen, die Seelsorger sind jederzeit erreichbar. Im Betriebsteil 4 ist ein Gebetsraum für Muslime vorhanden.

Kulturelle Veranstaltungen finden in der Cafeteria und im Konferenzzentrum am Ev. Krankenhaus Duisburg-Nord regelmäßig statt.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Zwei Betriebsteile verfügen über eine zentrale Notaufnahme (ZNA), die 24 Stunden geöffnet ist. Die Abläufe sind in QM-Handbüchern festgelegt. Für die Versorgung Schwerstverletzter liegt eine abgestimmte Leitlinie zu Erstversorgung vor. Ein Koordinator für die Anmeldung Verletzter ist für den Rettungsdienst über eine zentrale Rufnummer erreichbar. Im Ev. Krankenhaus Duisburg-Nord (Betriebsteil 1) ist zusätzlich ein Traumazentrum eingerichtet.

Für zahlreiche Krankheitsbilder sind die Abläufe beschrieben. Die ZNA des Betriebsteils 1 liegt in unmittelbarer Nähe zur zertifizierten Schlaganfallstation. Im Betriebsteil 3, dem Herzzentrum, liegt die zertifizierte Notaufnahme (CPU) gegenüber dem Herzkatheterlabor und der Intensivstation. Im Betriebsteil 2 wurde im Juli 2014 eine interdisziplinäre Notfallaufnahme fertig gestellt und in Betrieb genommen. Im Betriebsteil 4 wurde eine ZNA im Oktober 2014 fertig gestellt und in Betrieb genommen.

Die unfallchirurgischen Abteilungen und die Augenklinik unterhalten eine D-Arzt-Ambulanz.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Das Ev. Klinikum Niederrhein (EVKLN) bietet eine Vielzahl von ambulanten Behandlungsmöglichkeiten an, welche gemäß den internen und externen Standards durchgeführt werden. Den einzelnen Ambulanzen stehen alle modernen diagnostischen Möglichkeiten, die auch im stationären Bereich zur Anwendung kommen, zur Verfügung. Über die diagnostischen Möglichkeiten und die jeweiligen Ansprechpartner, sowie die Öffnungszeiten informiert die Homepage des EVKLN. Absprachen zu den einzelnen Therapien erfolgen mit unseren Kooperationspartnern in Fallbesprechungen oder im direkten Gespräch mit den behandelnden Ärzten.

1.3.2 Ambulante Operationen

Ambulante Operationen werden in Abstimmung mit dem OP-Koordinator geplant und über das OP-Planungsprogramm gemäß OP-Statut vorgemerkt. Im Rahmen ambulanter bzw. prästationärer Vorstellungen werden die Patienten untersucht und aufgeklärt. Die Patienten werden am OP-Tag empfangen, für die Operation vorbereitet und nach der Operation im Aufwachraum überwacht. Die Betreuung erfolgt analog zu stationären Patienten, da eine räumliche Trennung nicht besteht. Die Entlassung erfolgt nach einer Untersuchung durch einen Arzt. Patienten erhalten Kurzberichte für die Weiterbehandlung.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Für zahlreiche Erkrankungen sind Eckpunkte der Diagnostik und Therapie in Standards, Leitlinien und QM-Handbüchern festgelegt. Darin sind die diagnostischen und therapeutischen Schritte in der Regel auch in ihrem Zeitverlauf beschrieben. Die Vorgaben sind für alle Mitarbeiter

über eine Intranet-basierte EDV-Plattform abrufbar. Eine individuelle Pflegeplanung auf Basis der Pflegeanamnese wird erstellt. Die Anforderung diagnostischer Maßnahmen und deren Befundung erfolgt in zunehmendem Maße EDV-basiert. Die Durchführung der Diagnostik in der Radiologie und im Labor ist detailliert geregelt. Die individuelle Behandlungsplanung wird für die Patienten in Visiten, Besprechungen und interdisziplinären Konferenzen (z.B. Tumorkonferenzen) festgelegt.

Der Facharztstandard ist immer gegeben. Jederzeit stehen Pflegekräfte mit 3-jähriger Ausbildung zur Verfügung.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Auch für das therapeutische Vorgehen und die Pflege der Patienten existieren zahlreiche Vorgaben, die laufend aktualisiert werden. Diese Vorgaben werden von den Kliniken und der Pflege entwickelt und regelmäßig geschult. Interdisziplinäre Kooperationen, z.B. in den zentralen Notaufnahmen oder den Organzentren sind geregelt. Die Aufklärung der Patienten über den Verlauf und konkrete Behandlungsschritte erfolgt in Visiten, Einzelgesprächen, formulargestützten Aufklärungsgesprächen und durch Informationsbroschüren.

Die Planung neuer therapeutischer Angebote erfolgt in Abstimmung der Kliniken mit den Abteilungen Medizincontrolling, Materialwirtschaft, Controlling und der Geschäftsführung.

1.4.3 Operative Prozesse

Ein OP-Management ist eingerichtet, OP-Koordinatoren für 3 Betriebsteile sind benannt. In allen Betriebsteilen tagen OP-Steuerungsgruppen. Die OP-Kapazitäten für die unterschiedlichen Disziplinen sind festgelegt. Die OP-Koordinatoren berichten an die Steuerungsgruppen, die ggf. Änderungen an den Abläufen vornehmen. Auf diese Weise wird ein möglichst zuverlässiger und reibungsloser Ablauf für den Patienten gewährleistet. Zur Erhöhung der Sicherheit der Patienten sind präoperative Checklisten eingeführt.

1.4.4 Visite

Die Visitenzeiten der Abteilungen sind festgelegt und können in der Regel eingehalten werden. Die Visiten werden von Ärzten und Pflege gemeinsam durchgeführt. Die Ausarbeitung der ärztlichen Anordnungen erfolgt durch das Pflegepersonal.

1.5.1 Entlassungsprozess

Der Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung ist die Basis für einen strukturierten Entlassprozess. Die Entlassung der Patienten orientiert sich an dem an den Rahmenvertrag angepassten Expertenstandard „Entlassung“ der Pflege. Detailregelungen zur Entlassung finden sich in einigen QM-Handbüchern. Jeder Patient erhält am Entlassungstag wenigstens einen Kurzbrief, die Mehrzahl der Kliniken stellt dem Patienten bei der Entlassung den Arztbrief zur Verfügung. Eine Entlassung gegen ärztlichen Rat sollen die Patienten durch Unterschrift bestätigen. Die bis zum nächsten möglichen Arztkontakt erforderlichen Medikamente werden den Patienten überlassen, Hilfsmittel werden in Verantwortung der Klinik für den Patienten organisiert. Für den Übergang in andere Versorgungsbereiche stehen die Pflegeüberleitung und der Sozialdienst zur Verfügung. Zur Verlegung bzw. Überleitung in die ambulante Pflege wird ein Pflegebericht übergeben.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Für den Umgang mit sterbenden Patienten werden Schulungen der Pflege (Sterben und Begleiten) angeboten. Handlungsempfehlungen für die Begleitung der Patienten bieten die Leitlinie "Sterben und Begleiten" sowie das Handbuch der Religionen. Krankenhausseelsorger sind in allen vier Betriebsteilen vor Ort und außerhalb der Regeldienstzeiten telefonisch immer zu erreichen. In ethischen Konfliktfällen steht das Klinisch-Ethische Komitee beratend zur Verfügung. Eine palliativmedizinische Versorgungseinrichtung im Betriebsteil 4 ergänzt die palliativmedizinische Versorgung von Tumorpatienten, welche auch außerhalb des Klinikums versorgt werden können.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Ein Leitfaden der Pflege gibt Handlungsempfehlungen für den Umgang mit Verstorbenen. Die Anästhesiologie hat den Umgang mit intraoperativ Verstorbenen geregelt (?? soll das wirklich drinstehen?). Für verstorbene Patienten sind Abschiedsräume vorhanden. Jährlich werden von den Seelsorgern und der Pflegedienstleitung Abschiedsgottesdienste für die Hinterbliebenen ausgerichtet.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Die Personalbedarfsplanung erfolgt unter Berücksichtigung der Leistungs- und Erlösveränderungen mindestens einmal jährlich durch die Personalabteilung. Für die Basis der Berechnungen werden die Kennzahlen aus den Bereichen des kaufmännischen und medizinischen Controllings, sowie von Strukturvorgaben der Kostenträger als auch die Vorgaben aus der Psychiatrie-Personalverordnung herangezogen.

Ziel der Personalbedarfsplanung ist die Sicherstellung der personellen

Betriebsbereitschaft unter Berücksichtigung der gesetzlichen und internen Vorgaben. Die Fort- und Weiterbildung ist für den tatsächlichen und den zukünftigen Bedarf geplant, Quoten sollen hierfür nicht festgelegt werden.

Alle Mitarbeiter werden zukünftig im ClinicPlanner (Dienstplanprogramm) erfasst. Ebenfalls soll die Möglichkeit der elektronischen Zeiterfassung in Verbindung mit dem ClinicPlanner erfolgen.

2.1.2 Personalentwicklung

Die Personalentwicklung ist an den Erfordernissen des Klinikums ausgerichtet, berücksichtigt wird hierbei die Altersstruktur, die Anforderungen an den jeweiligen Arbeitsplatz und dessen Aufgabenstellung sowie die zu erwartende Leistungsentwicklung.

Individuelle Qualifikationen die der Mitarbeiter bereits erlangt hat, werden ebenso erfasst wie die Qualifikationen, die der Mitarbeiter benötigt um die Anforderungen des Arbeitsplatzes erfüllen zu können.

Arbeitsplatzbezogene Anforderungsprofile wurden erstellt. Diese dienen als Grundlage für die Planungen von Schulungen, Fort- und Weiterbildungen.

Regelmäßig werden Mitarbeitergespräche durchgeführt werden. Hierbei werden die Punkte, individuelle Leistungsentwicklung des Mitarbeiters, Fort- und Weiterbildungsbedarf sowie das Qualitätsbewusstsein, das Verhalten und die Arbeitsqualität besprochen.

Ein Leitfaden für Mitarbeitergespräche dient in Verbindung mit einer Checkliste als Grundlage. Das Management der Personalentwicklung erfolgt in erster Linie dezentral mit Beratung durch die Personalabteilung. In der Pflege obliegt der Pflegedienstleitung die Verantwortung für die Mitarbeitergespräche. Im Rahmen einer jährlichen Bedarfsplanung werden für das pflegerische Personal Weiter- und Fortbildungen festgelegt.

Im ärztlichen Bereich sind die jeweiligen Chefarzte zuständig, die Facharztausbildung erfolgt in der Verantwortung des jeweiligen Chefarztes nach Weiterbildungsordnungen oder den Richtlinien der Fachgesellschaften.

In den Kliniken werden „Logbücher“ für die Weiterbildung eingesetzt. Die Teilnahme an Fortbildungen für Ärzte erfolgt in Eigenverantwortung. Die Förderung von Weiterbildungs- und Fortbildungsmaßnahmen richten sich nach den Notwendigkeiten innerhalb der Klinik. Rahmenbedingungen für die Förderung der ärztlichen Fort- und Weiterbildung wurden definiert (Empfehlung Chefarztkonferenz).

2.1.3 Einarbeitung

Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern erfolgt strukturiert, gemäß den Regelungen der einzelnen Konzepte zur Einarbeitung.

Ein Einführungstag für neue Mitarbeiter findet regelmäßig alle 3 Monate statt. Der Einführungstag vermittelt den neuen Mitarbeitern einen Einblick in die Grundorganisation des Klinikums. Weiterhin werden die Pflichtschulungen im Rahmen von Erstunterweisungen an diesem Tag durchgeführt.

Die notwendigen Dokumente zur Einarbeitung werden im QmAP allen Beteiligten zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der Einarbeitung findet mindestens ein dokumentiertes Mitarbeitergespräch statt.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Angebote

Die Ausbildungsangebote im EVKLN werden auf der Homepage des Klinikums dargestellt. In den nachstehenden Bereichen wird am Klinikum ausgebildet:

- Gesundheits- und Krankenpflege
- Duales Studium in der Krankenpflege
- Altenpflege
- Medizin Studierende
- Facharztausbildung
- Physiotherapie
- Kfm. im Gesundheitswesen
- CTA Ausbildung

Durch die Anbindung an drei Bildungseinrichtungen, der Heinrich-Heine Universität, der Krankenpflegeschule Duisburg und die Schule für Physiotherapie ist eine gute Theorie-Praxis-Vernetzung sichergestellt. In Kooperation mit der AWO findet ebenfalls die Ausbildung im Bereich der Altenpflege statt. Die Ausbildung von Chirurgisch-Technischen Assistenten (CTA) erfolgt in Kooperation mit der "Kaiserswerther Diakonie". Für weitere Ausbildungsgänge (Verwaltung, Wirtschaft, Technik, Physiotherapie) werden individuelle Ausbildungs- und Rotationspläne in Abstimmung mit den jeweiligen Berufsschulen erstellt.

Im Bereich der Pflege stehen Mentoren und Praxisanleitungen in Zusammenarbeit mit der Krankenpflegeschule als Schnittstellen für die Ausbildung zur Verfügung.

Die Begleitung in der ärztlichen Ausbildung erfolgt durch benannte Ober- bzw. Fachärzte. Die Ausbildung erfolgt strukturiert auf der Grundlage der Weiterbildungsordnung und den Logbüchern der Bundesärztekammer und wird durch die Curricula der Fachgesellschaften der jeweiligen Disziplin ergänzt.

Die Finanzierung der Fort- und Weiterbildung für die MA der Pflege wird durch ein vereinbartes Budget sichergestellt. Über die Mittelverwendung entscheidet die Pflegedienstleitung. Weiterbildungen im Bereich der Pflege wie z. B. Stationsleitungslehrgänge und Fachweiterbildungen

werden zur Sicherstellung des Personalbedarfs zu 100% finanziell unterstützt. Fortbildungen, die im Interesse des Hauses liegen (Strahlenschutzkurs und Erneuerung, Notarzt, QMB), werden zu 100% finanziert. Für weitere Fortbildungen (z.B. ACLS) können nach entsprechendem Antrag der Kliniken Mittel von der GF bewilligt werden.

Eine am Bildungszentrum beschäftigte Fortbildungsbeauftragte übernimmt die Koordination der schnittstellenübergreifenden Fortbildungen und erarbeitet in Abstimmung mit den Ausbildungsbereichen entsprechende Fortbildungen.

Pflichtfortbildungen wie zum Beispiel CPR, Arbeitssicherheit und Brandschutz werden regelmäßig angeboten und durchgeführt.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Einzelheiten zu den Arbeitszeiten sind in entsprechenden Dienstvereinbarungen geregelt. Ziel ist die zeitnahe Umsetzung aller gesetzlichen, tariflichen und innerbetrieblichen Vorgaben.

Die tatsächlich anfallenden Arbeitszeiten werden zukünftig flächendeckend im KlinikPlaner zentral erfasst und dezentral ausgewertet werden. Die gesetzlichen, tariflichen und innerbetrieblichen Vorgaben, wurden hier bereits berücksichtigt.

Die Urlaubsregelungen werden in den einzelnen Abteilungen getroffen. Kriterien für die Urlaubsplanung werden in Dienstvereinbarungen geregelt. Die Beantragung und Bewilligung von Urlaub erfolgt gemäß den bereichsspezifischen Regelungen. Berücksichtigt werden Qualifikation (Facharztstandard, Ausbildungsstand), Mitarbeiterwünsche (Urlaub in den Ferien) und verschiedene Arbeitszeitmodelle.

Eine Kooperation mit einem in der Nähe liegendem Kindergarten, soll den Mitarbeitern die Unterbringung von Kindern während der Dienstzeit ermöglichen.

Eine Betriebliche Eingliederungsmanagement-Beauftragte (BEM) wurde bestellt und Regelungen zum BEM aufgestellt, diese Vorgehensweise soll sowohl für den Arbeitnehmer als auch für den Arbeitgeber eine zufriedenstellende Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess gewährleisten.

Eine Dienstvereinbarung im Bereich von Suchterkrankungen bei Mitarbeitern regelt die Vorgehensweisen. Zur Unterstützung der Mitarbeiter wurde eine Suchtbeauftragte benannt, diese bietet eine fachliche Beratung rund um das Thema Sucht an.

2.1.6 Ideenmanagement

Das Betrieblichen Vorschlagswesen (BVW) wird gemäß der Dienstvereinbarung über ein BVW organisiert. Eine Jährliche Statistik über die eingegangenen und prämierten Vorschläge wird im QmAP veröffentlicht.

Zehn abgelehnte Vorschläge erhalten im Rahmen einer jährlichen Tombola ein kleines Präsent. Dieses soll die Akzeptanz des BVW in der Mitarbeiterschaft erhöhen. Die Gewinner werden auf dem jährlich stattfindenden Betriebsfest bekannt gegeben.

3 Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Ein detailliertes Risikoinventar wurde erstellt. Das Risikoinventar enthält eine inhaltliche Gliederung in wirtschaftliche, technische und klinische Risiken sowie eine Auflistung von Indikatoren und die Verantwortlichkeiten. Seit 2013 werden im EVKLN Risikoaudits durch einen externen Anbieter durchgeführt (GRB- Gesellschaft für Risikoberatung).

Ein System zur Erfassung und Bearbeitung von "Vorkommnissen" wurde in Form des Reportsystems "Riskop" eingeführt. Ziele, Arbeitsweise und Verantwortlichkeiten sind in einer Geschäftsordnung festgelegt. Das Reportsystem (CIRS) ist für alle Mitarbeiter an jedem EDV-Arbeitsplatz erreichbar.

Zahlreiche Instrumente zu Wahrung der Patientensicherheit sind etabliert, hierzu gehören die Expertenstandards zur Prophylaxe von Sturz, Dekubitus und Pneumonie.

Durch die Leitlinienkommission wurde eine Leitlinie für das Vorgehen bei unerwünschten Ereignissen (Serious adverse Events, SAE) beauftragt und durch die QM-Kommission freigegeben.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Die Einschätzung eines Patienten bezüglich der Risiken in den Bereichen Sturz und Dekubitus erfolgt während der Pflegeanamnese.

Der Umgang mit Patientengruppen, die einer besonderen Aufsicht bedürfen, ist in Vorgabedokumenten geregelt. Die Vorgaben regeln u.a. die Pflege von Kindern (Kinderkardiologie), den

Umgang mit und die Beobachtung von prämedizierten bzw. narkotisierten Patienten, die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen im Allgemeinen (Pflege) und Besonderen (Klinik für Psychiatrie).

Verfahrensweisungen zu Suizidalität, Entweichungen, Zwangsmaßnahmen und Unterbringungen nach dem Psych-KG wurden erarbeitet.

Regelmäßig finden Schulungen zum Thema Deeskalation statt, welche auch schon erste Erfolge im Umgang mit den Patienten und Angehörigen zu verzeichnen haben.

Durch regelmäßige Begehungen und Audits in den Bereichen, werden Risiken die sich aus dem Krankenhausbetrieb ergeben erfasst und bearbeitet.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Das medizinische Notfallmanagement erfolgt dezentral in den einzelnen Betriebsteilen. Bei medizinischen Notfällen erfolgt eine Alarmierung, des für den Notfall eingeplanten Personals (Intensivmedizin), über eine zentrale Notrufnummer. Regelmäßig finden Schulungen auf dem Gebiet der Herz-Lungen-Wiederbelebung statt. Das EVKLN nimmt mit den Standorten BT 1 und BT 4 an der Notarzt-Versorgung teil und hat ein Traumazentrum etabliert.

Im Herzzentrum kann in Zimmern, Fluren und an der Pforte der Herzalarm der Lichtrufanlage ausgelöst werden, was eine exakte Lokalisation des Notfalls ermöglicht.

Vorgabedokumente regeln die Bestückung der Notfallkoffer auf den Stationen der Betriebsteile und benennen die Verantwortlichkeiten. Für zahlreiche spezielle Notfallsituationen wurden Standards erarbeitet und über den QMAP publiziert (Herzinfarkt, Lungenembolie, Polytrauma, Schlaganfall, SAB, Notfalltransfusion, Reanimation). Das medizinische Komplikationsmanagement ist ebenfalls in zahlreichen Handbüchern geregelt.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Die Organisation der Hygiene richtet sich nach den Vorgaben des Robert-Koch-Institutes. Ein hygieneverantwortlicher Arzt wurde benannt, der auch den Vorsitz der Hygienekommission wahrnimmt. In der operativen Arbeit der Hygiene sind ein Hygienearzt und 5 Hygienefachkräfte beschäftigt. Zusätzlich wurden in den medizinischen Bereichen weitere in der Hygiene ausgebildete Hygienebeauftragte bestellt.

Hygienebegehungen und Hygienevisitationen finden regelmäßig in allen Bereichen statt.

Die Aufbereitung von Medizinprodukten erfolgt in der hauseigenen zentralen Sterilgutversorgung (ZSVA), die ZSVA unterhält ein Qualitätsmanagementsystem nach DIN/ISO 13485 und wurde erstmalig im Jahr 2015 zertifiziert und erfolgreich Re-Zertifiziert.

Ein HACCP Konzept wurde für die Küche und die Kantinen eingeführt und wird regelmäßig durch externe Prüfgesellschaften auf die Einhaltung der HACCP Vorgaben hin überprüft.

Das Evangelische Klinikum Niederrhein nimmt seit 2008 an der "Aktion Saubere Hände" teil und erhielt 2016 das Bronze Zertifikat.

3.1.5 Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement

Ein Screeningverfahren auf Basis der RKI-Richtlinien wurde erarbeitet und eingeführt. Hierbei erfolgt ein Aufnahmescreening bei allen Patienten. Die dabei erhobenen Befunde sind Grundlage der Beratung von Abteilungen und Kliniken hinsichtlich Isolation oder anderer hygienerelevanter Maßnahmen.

Aus den erfassten Resistenzstatistiken der Betriebsteile ergibt sich die Anpassung der kalkulierten Antibiotika-Therapie, die über die IKK verabschiedet wird und im QMAP publiziert wird.

Ein QM-System nach DIN/EN/ISO 9001 für die Hygiene befindet sich derzeit im Aufbau.

3.1.6 Arzneimittel

Für die schnelle Verfügbarkeit von Medikamenten, wird eine hauseigene Apotheke unterhalten. Diese stellt die gängigsten Medikamente zur Verfügung und bereitet die Chemotherapeutika in einen eigens dafür gebauten Bereich (GMP-Bereich) zu. Die Apotheke verfügt über ein QM-System nach DIN/ISO 9001 und wurde von der Apothekenkammer im Jahr 2015 zertifiziert.

Die Regelungen zur Bestellung und Lieferungen von Arzneimitteln sind in der Hausliste für Arzneimittel fixiert. Ein Pflegestandard regelt die Vorgehensweise bei Bestellungen.

Ein Karteikartensystem in den jeweiligen Arzneimittelschränken definiert auch den Lagerungsort der Medikamente. Die Abwicklung von Sonderanforderungen ist detailliert geregelt.

Bei Komplikationen einer Arzneimitteltherapie werden diese an den Apotheker gemeldet. Der Arzt erhält aus der Zentralapotheke spezifische Meldebögen, die an die entsprechenden Stellen wie z. B. BfArM oder Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker weitergeleitet werden.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Das Evangelische Klinikum Niederrhein betreibt ein großes Zentrallabor am Herzzentrum in Meiderich und 3 kleinere Notfalllabore in den anderen Betriebsteilen. Das Labor wurde 2016 nach der Einführung eines QM-System durch die Deutsche Akkreditierungsgesellschaft (DAKS) nach DIN/EN/ISO 15189 akkreditiert.

3.1.8 Medizinprodukte

Alle im Ev. Klinikum eingesetzten Medizinprodukte unterliegen einer strengen Kontrolle. Diese erfolgt in gemeinsamer Abstimmung mit den Abteilungen Einkauf, Medizintechnik, Hygiene und den jeweiligen Anwendern. Grundlage der Regelungen sind die gesetzlichen Vorgaben und das Organisationshandbuch Medizinprodukte.

Eine Systemsoftware unterstützt die organisatorische Verwaltung der Medizinprodukte und dient ebenfalls der Vorhaltung von Nachweisdokumenten, wie z. Bsp. Gerätehandbücher, gerätetechnische Prüfungen, Unterweisungen und Wartungs.- und Reparaturverträgen.

Für den Umgang mit kritischen Gerätefehlern werden Meldeformulare vorgehalten, die dann sowohl an die internen und externen (BfArM) Stellen weitergeleitet werden.

3.2.1 Arbeitsschutz

Der Arbeitsschutz ist ein eigenständiger Teilbereich im Ev. Klinikum Niederrhein. Ein Arbeitsschutzausschuss wurde eingerichtet, welcher alle Belange des Arbeitsschutzes und der Betriebsmedizin in regelmäßigen Abständen bespricht. Die Teilnehmer am Arbeitsschutzausschuss kommen aus allen Bereichen des Ev. Klinikums Niederrhein und vertreten dort ihren Arbeitsbereich und berichten aus diesen.

Regelmäßig finden Arbeitssicherheitbegehungen mit den Fachkräften für Arbeitssicherheit, den Betriebsmedizinern, den Hygienefachkräften, der Technik und den jeweiligen Bereichsverantwortlichen statt. Die in einem Protokoll festgehaltenen Schwachstellen werden protokolliert, mit den Verantwortlichen besprochen und Maßnahmen zur Verbesserung werden eingeleitet. Notwendige Qualifikationen zum Strahlenschutz werden

Schulungen und Pflichtveranstaltungen finden im gesamten Ev. Klinikum Niederrhein statt, die Teilnahme an außerbetrieblichen Veranstaltungen zum Arbeitsschutz werden vom Ev. Klinikum Niederrhein unterstützt.

Für alle Mitarbeiter werden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen angeboten, ebenso finden jährlich kostenfreie Gripeschutzimpfungen statt.

3.2.2 Brandschutz

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben wurde ein Brandschutzbeauftragter benannt, der technische Gebäudebrandschutz und das Brandschutzkonzept wird in regelmäßigen Abständen von den Feuerwehren überprüft. Zusätzlich wurde für jeden Betriebsteil ein Brandschutzbeauftragter ausgebildet, welcher als Ansprechpartner vor Ort fungiert.

Flucht- und Rettungswegepläne wurden erstellt und werden regelmäßig überprüft. Für alle im Mitarbeiter ist die Brandschutzunterweisung eine Pflichtveranstaltung, Ziel ist es die Mitarbeiter für dieses Thema zu sensibilisieren und Ihre Beteiligung am präventiven Brandschutz herauszustellen. Die Brandschutzunterweisungen sollen die Mitarbeiter auf das korrekte Verhalten im Brandfall und im Anschluss an den Brandfall hinweisen, damit die größtmögliche Sicherheit für alle Betroffenen hergestellt werden kann.

3.2.3 Datenschutz

Im Ev. Klinikum Niederrhein wurde eine Rechtsanwältin des Klinikums als Datenschutzbeauftragte benannt. Ein internes Datenschutzhandbuch konkretisiert die gesetzlichen Vorgaben und beschreibt die Umsetzung im Klinikum. Detailregelungen, z.B. zum Schutz der Privatsphäre bei Visiten sind Bestandteil der Pflegestandards. Jeder neue Mitarbeiter erhält bei der Arbeitsaufnahme eine Pflichtunterweisung im Bereich des Datenschutzes.

Betriebsfremde Personen unterzeichnen Verschwiegenheitserklärungen, der Datenschutz wird mit Kooperationspartnern vertraglich geregelt. Ein Rollen- und Rechtekonzept für die Nutzung von IT-Infrastruktur findet flächendeckend Anwendung.

Ein öffentliches Verfahrensverzeichnis wurde erstellt und im Internet veröffentlicht.

3.2.4 Umweltschutz

Die Leitsätze des Klinikums sehen vor, die Umwelt zu schonen und Material und Ressourcen umweltbewusst einzusetzen. Der 2017 eingesetzte Leiter der Stabsstelle Energieberatung und Umweltrecht hat eine Prozesslandschaft aufgebaut, die alle Teilmodule eines künftigen Energie-Management-Systems beschreibt.

Die Abfallentsorgung erfolgt nach den Richtlinien der Länderarbeitsgemeinschaft für Abfall im Gesundheitswesen. Anhand von Entsorgungsstatistiken werden kritische Punkte zur Entsorgung überwacht und bewertet, vorrangig sind hierbei die Müllvermeidung vor der Müllverwertung und die Müllverwertung vor der Müllentsorgung.

Ein Blockheizkraftwerk am Standort EKN wird 2018 in Betrieb genommen. Damit verbunden sind ein im Vergleich zu Großkraftwerken erheblich verbesserter Wirkungsgrad, Nutzung von Abwärme und Kopplung mit der Kältetechnik zur Kältegewinnung (Absorptionskälteanlage). Dies senkt Energieverbräuche entscheidend.

Eine Regenwasserentkopplung am Standort EKN wird ebenfalls im Jahr 2018 in Betrieb gesetzt. Ziel ist die direkte Einleitung des Regenwassers in das am Gelände des EKN vorbeiziehenden Flusses "Kleine Emscher" unter Umgehung des Brauch- und Abwassers.

3.2.5 Katastrophenschutz

Eine Notfallplanung für Großschadensereignisse wurde vom Qualitätsmanagementbeauftragten erstellt. Darin sind Krisenstäbe benannt und Alarmierungsketten festgelegt, die laufend aktualisiert und stichprobenartig überprüft werden. In allen vier Betriebsteilen sind Notfallsets für die Krisenstäbe vorhanden.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Die lückenlose Überwachung der technischen Anlagen gelingt mittels Gebäudeleittechnik bzw. EDV-basiertem "Virtual Facility Management". Technische Störungen werden zentral registriert, eine Alarmierung wird ausgelöst und die Problemlösung mittels definierter Arbeitsanweisungen gesteuert. Die unterbrechungsfreie Stromversorgung und die Notstromaggregate werden gemäß Prüfplan getestet und gewartet. Ein Rufdienst für technische Störungen ist eingerichtet. Zur Vorbeugung eines Ausfalls der EDV werden redundante Systeme vorgehalten. Im Zuge der Migration wird die Serverfarm 2018 nach neuesten Sicherheitserkenntnissen neu aufgebaut.

Für Notfälle steht außerhalb der Arbeitszeiten ein Rufdienst zur Verfügung.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Das gesamte EVKLN ist EDV-technisch vernetzt. Die Nutzung der Systeme ist nur nach Anmeldung an der zentralen Serverfarm möglich, auch die Profile lokaler Computer werden zentral verwaltet. Die Nutzung der Systeme wird entsprechend der Rollenkonzepte der IT individuell konfiguriert und bedarf der Genehmigung durch einen Vorgesetzten. Alle Mitarbeiter werden bei der Einstellung auf die Einhaltung eindeutiger Sicherheitsrichtlinien verpflichtet. Eine Hotline und ein Störmeldemodul sowie ein Rufdienst sind eingerichtet. Leistung und Ausfälle des Systems werden überwacht. Die gesamte Serverlandschaft, zahlreiche Hardwarekomponenten und das Rollenkonzept wurden in den vergangenen Jahren in zahl-reichen Projektteilschritten komplett erneuert. Die Nutzung des Krankenhausinformationssystems wird kontinuierlich weiter ausgebaut.

Eine mehrfach gestufte Firewall ist eingerichtet (software- und hardware-seitig) Die Arbeit mit allen für die medizinische Versorgung relevanten Systemen gelingt nur über die zentrale Anmeldung an der Terminal-ServerUmgebung. Die Zugriffsrechte auf Ablagesystemen und Software-Angebote sind individuell geregelt.

Der Austausch medizinischer Daten (Tumorregister, Endoprothesenregister, QS) erfolgt gemäß der Datensatzbeschreibungen und wird regelhaft vorab vom Datenschutzbeauftragten überprüft.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Die Verantwortlichkeit für die Dokumentation von Patientendaten ist beschrieben. Vorgaben ergeben sich aus Formularen, Musterakten und -kurven sowie der elektronisch basierten Anforderung und Dokumentation. Details der Behandlungsdokumentation sind vorgeben, in zahlreichen

QM-Handbüchern hinterlegt und für alle Mitarbeiter verfügbar. Das Verfahren zur Digitalisierung von Patientenakten ist geregelt. Neue Mitarbeiter werden in der Nutzung des KIS geschult. Die Dokumentationsqualität wird in Stichproben untersucht.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Die Dokumentation während der Behandlung erfolgt teilweise papiergestützt, teilweise über elektronische Auftrags- und Befunddokumentation. Nach Abschluss der Behandlung werden die Unterlagen stationärer und teilweise auch ambulanter Behandlungen digitalisiert. Die digitalisierten Akten sind bei erneuter Behandlung der Patienten aus dem Krankenhausinformationssystem heraus für alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter aufrufbar. Nachlaufende Befunde werden entsprechend der Fallnummer der digitalisierten Akte zugeordnet. Ein digitales Bildarchiv für neu erstellte Röntgen- CT- und MRT- Bilder ist etabliert. Informationsportale zur Befund- und Bildkommunikation mit kooperierenden Ärzten und Krankenhäusern wurden etabliert.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die Information der Krankenhausleitung erfolgt durch regelmäßige Besprechungen und Jours-Fixes. Die Geschäftsführung ist in die Gremienarbeit eingebunden. Protokolle der Gremien werden der Geschäftsführung zur Verfügung gestellt. Zahlreiche regelmäßige Berichte stehen der Krankenhausleitung zur Verfügung (DRG-Leistungskennzahlen, Kosten- und Erlösstatistik, OP-Kennzahlen, Belegungsübersichten, Personalkennzahlen usw.). Ein Data-Warehouse ermöglicht den Zugriff auf zahlreiche aktuelle Kennzahlen.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Die Informationsweitergabe erfolgt in der Verantwortung der jeweiligen Vorgesetzten durch Besprechungen. Die Vernetzung aller Ebenen spiegelt sich in der Besprechungsmatrix wieder. Für die Weitergabe von Informationen dienen ferner das Intranet, die Nutzung von E-Mails sowie die Hausmedien "Unter Uns" und "QM-Aktuell". Der QM-Arbeitsplatz ist die zentrale EDV-Plattform für alle QM-relevanten Informationen und ist von jedem EDV-Arbeitsplatz zu erreichen. Die Nutzung wird in der Pflege geschult und auf dem Einführungstag neuer Mitarbeiter erläutert. Die Intranet-Anwendungen werden laufend aktualisiert.

Die Mitarbeiter der Information / Pforte und Telefonzentralen werden nach einem schriftlichen Konzept eingearbeitet. Sie wurden im Umgang mit Patienten und Angehörigen gezielt geschult. An den Pforten liegen Alarmierungslisten für Notfälle vor, die regelmäßig überprüft werden. Ein Alarmserver informiert die Mitarbeiter der Pforte über eingehende Alarmmeldungen.

5 Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Die Leitsätze wurden durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe erarbeitet, der Aufsichtsrat konsenterte das Leitbild veranlasste die Veröffentlichung. Die Leitsätze beschreiben Ziele des Unternehmens, Grundwerte des Handelns und die Stellung der Patienten und Mitarbeiter im Unternehmen.

Die Bekanntmachung der Leitsätze erfolgte durch Flyer, durch das Intranet und die Patienteninformationsmappe. Die Leitsätze dienen als Grundlage der täglichen Arbeit und sind für alle Mitarbeiter verbindlich. Die Pflege hat ein ergänzendes Leitbild (Bezugsrahmen der Krankenpflege) unter Berücksichtigung der Leitsätze erstellt.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Die Leitsätze, der Bezugsrahmen der Krankenpflege und eine interne Leitlinie für Führungskräfte regeln die grundsätzlichen Verhaltensweisen. Ziel ist es, einen kooperativen Führungsstil im EVKLN zu etablieren. In den für alle MA verbindlichen Leitsätzen sind die Grundsätze eines kooperativen Führungsstils beschrieben. Weitergehende Regeln zum Führungsverhalten sind in den Leitlinien für Führungskräfte verankert.

Die Teilnahme von Mitarbeitern an abteilungsübergreifenden und interdisziplinären Arbeitskreisen ist erwünscht und wird von der GF durch die Bereitstellung von Ressourcen gefördert. Die Mitwirkung in diesen Gremien und Arbeitskreisen ermöglicht den Mitarbeitern die aktive Teilnahme an der Gestaltung des KH.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Die durch den Gesellschaftsvertrag und die in unseren Leitsätzen vorgegebene christliche Ausrichtung soll das Fundament unserer Arbeit bilden.

Ein etabliertes Klinisch-Ethisches Komitee (KEK) ist verantwortlich für die systematische Bearbeitung von ethischen Fragestellungen, die sowohl durch die Patienten als auch durch die Mitarbeiter gestellt werden.

Seelsorger der Evangelischen und Katholischen Kirche sind in allen Betriebsteilen jederzeit ansprechbar. Die Leitsätze geben den Mitarbeitern Orientierung zu ethischen Fragestellungen.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Eine "Stabsstelle Kommunikation" ist eingerichtet. Die Mitarbeiter koordinieren die Information der Öffentlichkeit, sind Ansprechpartner für die Medien, organisieren Veranstaltungen sowie Tage der offenen Tür und erstellen Informationsmaterialien. Die Stabsstelle koordiniert auch die Informationen der Mitarbeiter des EVKLN. Unter Betreuung der Stabsstelle stehen Internet- und Intranetauftritt.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Die Entwicklung der Zielplanung erfolgt auf Basis des in der Satzung festgelegten Unternehmenszweckes und den Kernaussagen in den Leitsätzen.

Die Geschäftsführung informiert in offenen Veranstaltungen die Mitarbeiter über die zukünftige Entwicklung und die Perspektiven. Zusätzlich wird über das Intranet und die Informationsschrift "Unter uns" berichtet.

Ein dezidiertes Berichtswesen informiert die verantwortlichen Mitarbeiter über die aktuelle wirtschaftliche Lage und die Planungen.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Das wirtschaftliche Handeln erfolgt auf den vom Kaufmännischen-, Medizinischen und Personalcontrolling basierenden Daten. Diese Daten berücksichtigen ebenso die Ist-Ergebnisse als auch die zukünftig zu erwartenden Ergebnisse. Eine regelmäßig durchzuführende Innenrevision soll auch das kaufmännische Risiko minimieren und Schwachstellen in der Ablauf- und Aufbauorganisation aufzeigen.

Eine Analyse des Risikoinventares erfasst die bestehenden Risiken und dient als Basis für das Risikomanagement.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Kooperationen und Partnerschaften sollen zu den wirtschaftlichen und medizinischen Erfolgen beitragen. Die Gründung von Tochtergesellschaften, welche Unterstützungsleistungen für den Kernprozess der Patientenversorgung erbringen, soll sowohl wirtschaftlich als auch organisatorisch zu einer Verbesserung führen.

Kooperationen, die durch Zentrumsbildungen notwendig werden, werden von den jeweilig an den Zentren beteiligten Bereichen angeregt, die Koordination wird von der Stabsstelle QM übernommen.

Bezüglich der Ausbildung bestehen Kooperationen mit der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, der Krankenpflegeschule Duisburg e.V., der Schule für Physiotherapie Duisburg e.V. und der Hochschule Krefeld.

Soziale, kulturelle und ökologische Projekte sollen gemäß unserer gesellschaftlichen Verpflichtung gefördert werden.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Organigramme und beschreibende Dokumente gewährleisten eine transparente Darstellung der Aufbauorganisation. Die Organigramme sowie die Geschäftsordnungen der einzelnen Gremien, sollen die Verantwortlichkeiten und deren Aufgaben beschreiben.

Die Arbeitsweise von Gremien wird in den entsprechenden Geschäftsordnungen geregelt. Hierzu zählen: Qualitätsmanagementkommission, Arzneimittelkommission, Transfusionskommission, Arbeitssicherheitsausschuss, Infektions-Kontroll-Kommission, EDV-Kommission, CIRS.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Allen Mitarbeitern ist der Zugang zum Inter- und Intranet möglich. Das über den Startbildschirm oder das Intranet erreichbare Literaturportal ermöglicht allen Mitarbeitern den Zugang zu den notwendigen Fachinformationen.

Sowohl die internen als auch die externen Schulungen, Fachtagungen, Fort- und Weiterbildungen sollen das anwendbare Wissen im Klinikum weiter erhöhen. Fachbereichsspezifische interne Fortbildungen sollen für alle Berufsgruppen zugänglich sein.

Prinzipiell dienen alle internen Behandlungspfade und Pflegestandards als Basiswissen und werden an die betroffenen Mitarbeiter vermittelt.

Das betriebliche Vorschlagswesen bietet den Mitarbeitern die Möglichkeit, Verbesserungsvorschläge einzureichen und somit auch einen wichtigen Beitrag zum Fortbestand des Klinikums leisten.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Im Ev. Klinikum Niederrhein ist eine Stabsstelle für Qualitätsmanagement eingerichtet. Die Aufbauorganisation des QM ist in einem veröffentlichten Organigramm beschrieben.

Eine Qualitätsmanagementkommission (QMK) ist unter Beteiligung der obersten Führungsebene, der MAV und dem QMB eingerichtet. Die Geschäftsordnung der QMK regelt die Verantwortlichkeiten und die damit verbundenen Aufgaben.

Das QM unterstützt im Rahmen der Interdisziplinären Vernetzung alle Bereiche in der Durchführung und Aufrechterhaltung von medizinischen und nicht medizinischen QM-Zertifizierungsverfahren.

Ein EDV-gestütztes Dokumentenlenkungssystem wurde auf Basis der DIN-ISO 9001ff. flächendeckend eingerichtet. Das Dokumentenmanagement liegt im Verantwortungsbereich der Stabsstelle Qualitätsmanagement.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Die Prozesse des EVKLN sind in einer Prozesslandschaft (Soll-Prozess) dargestellt.

Die Prozesslandschaft beschreibt die Management-, Kern- und Unterstützungsprozesse. Für ausgewählte Zentren und Bereiche wurden ebenfalls Prozesslandschaften erstellt, die den Behandlungsprozess der Patienten noch etwas differenzierter darstellen. Die einzelnen Teilprozesse werden in einer ständigwachsenden Zahl von Vorgabedokumenten beschrieben. Dabei wird in zunehmender Differenzierung zwischen Prozesslandschaft, Behandlungspfad, Verfahrensanweisungen und Arbeitsanweisungen unterschieden. Regelmäßig finden im Rahmen der Wiedervorlage oder Anlass bezogen, Anpassungen der jeweiligen Prozesse statt.

6.2.1 Patientenbefragung

Das EVKLN führt regelmäßig interne und externe Patientenbefragungen durch. Die Ergebnisse und die daraus resultierenden Maßnahmen, werden allen beteiligten Bereichen zur Verfügung gestellt. Zusätzlich werden Patientenbefragungen der Kostenträger ausgewertet und die bekannten Internetportale auf Patientenaussagen hin überprüft.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Im Bereich der zertifizierten Zentren finden regelmäßig Befragungen von Zuweisern und kooperierenden Einrichtungen statt. Aufgrund der nicht statistisch relevanten Größen bei den Rückläufern, basieren die weiteren Vorgehensweisen auf Basis der einzelnen Antworten der Befragten.

Alle Befragungsergebnisse, werden im Dokumentensystem veröffentlicht und in Qualitätszirkeln besprochen. Maßnahmen die aus den Ergebnissen abgeleitet werden, werden in Maßnahmenlisten protokolliert und durch die Bereiche bearbeitet bzw. umgesetzt.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Das EVKLN führte bisher 2 Mitarbeiterbefragungen durch. Diese wurden von einem externen Anbieter erstellt und ausgewertet. Die Ergebnisse wurden im Dokumentensystem veröffentlicht und allen Mitarbeitern offen zugänglich gemacht. Zusätzlich wurde eine Intranetseite eingerichtet, auf der die Mitarbeiter den gesamten Verlauf der Bearbeitung und der eingeleiteten Maßnahmen mit verfolgen können.

Die Stabsstelle QM und die Mitarbeitervertretung haben die koordinierenden Aufgaben hierbei übernommen.

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

Ein ehrenamtlicher Patientenfürsprecher sowie vier Vertretungen wurden benannt und nehmen Beschwerden der Patienten und Angehörigen entgegen. Beschwerden werden durch regelmäßige Begehungen der Stationen durch die Patientenfürsprecher erhoben. Die Beschwerden werden im monatlich tagenden Arbeitskreis Patientenfürsprecher, der interdisziplinär mit den Leitern der relevanten Bereiche besetzt ist, bearbeitet. Korrekturmaßnahmen werden sofort oder nach Vermittlung des Arbeitskreises getroffen.

Eine Verfahrensweisung regelt den Umgang mit Beschwerden.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Zahlreiche qualitätsrelevante Daten und Kennzahlen werden erhoben. Verantwortlich sind die Bereiche und die Stabsstelle Medizinisches Controlling und QM. Infektionsraten werden erhoben (Wundinfektions- und Erregerstatistiken, KISS), Ringversuche werden über die gesetzliche Verpflichtung hinaus durchgeführt.

Das Krankenhaus nimmt an Benchmarking-Projekten teil, darunter Vergleichen der Ergebnisqualität mit ca. 150 weiteren Krankenhäusern (Projekt QR-Check). Umfassende Datenbereitstellung für Zwecke der Qualitätssicherung ist durch ein Data-Warehouse gewährleistet. Korrekturmaßnahmen wie z.B. Nachschulungen, Anpassung der MRSA-Richtlinien wurden eingeleitet. Durch Audits werden die Prozesse aller Kliniken jährlich evaluiert, aus den Audits werden Ziele für das Folgejahr abgeleitet.