



Evangelisches
Klinikum Niederrhein

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Düsseldorf



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH			
Institutionskennzeichen:	260510325			
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:	2021-0035 KHVB			
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche			
Gültig vom:	30.12.2020			
 bis:	29.12.2023			
Zertifiziert seit:	19.06.2009			

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kriterien	11
1 Patientenorientierung	12
2 Mitarbeiterorientierung	16
3 Sicherheit - Risikomanagement	18
4 Informations- und Kommunikationswesen	22
5 Unternehmensführung	24
6 Qualitätsmanagement	26

Vorwort der KTQ®

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

Im Beirat der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) vertreten.

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 Visitorteam 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

PD Dr. med. Peter Bobbert

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: Herzkranzgefäßerkrankungen, 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 Evangelischen Klinikums Niederrhein (EVKLN) sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Parkplätze stehen zur Verfügung. Das Wegeleitsystem und die Beschilderung wurden nach einheitlichen Vorgaben für alle Standorte entwickelt. Über die Behandlungsangebote informieren das Internet, der Qualitätsbericht und Informationsbroschüren. Die Aufnahmeplanung elektiver Patienten erfolgt dezentral in der Verantwortung der Kliniken. Patienten werden von Haus- oder Fachärzten sowie 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 gegebenenfalls über geplante Operationen aufgeklärt und die OP-Termine 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 stehen über eine zentrale EDV-Plattform im Intranet allen Mitarbeitern zur Verfügung und werden regelmäßig aktualisiert. Über eine Stichwortsuche können sich alle Mitarbeiter die Informationen zu Diagnostik und Therapie verschaffen. Daneben sind ein Arzneimittelindex sowie ein Literaturportal verfügbar. Die Einhaltung der Behandlungspfade wird stichprobenartig überprüft. Die Mitarbeiter werden in der Nutzung der Daten-Plattform geschult, neue Mitarbeiter natürlich in unser gesamtes EDV-System eingewiesen. Abweichungen von Behandlungs- oder Therapiestandards werden in der Patientenakte 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 deren individueller Situation. Die namentliche Vorstellung der Krankenhausmitarbeiter ist obligatorisch. Eine Dienstanweisung regelt das Tragen von einheitlichen Namensschildern. Für Patienten und Angehörige werden verschiedene 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 umgebaut und modernisiert. Dies ist schon in vielen Bereichen erfolgt. Alle Patientenzimmer sind mit Fernsehen ausgestattet, für Telefongebühren ist eine Tagespauschale festgelegt. In den Wartebereichen stehen zum Teil Kalt- und Heißgetränke bereit. Alle vier Betriebsteile verfügen über Parks und Grünanlagen. Das Essen können die Patienten aus mehreren Menüs 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 zur Verfügung. Kapellen gibt es in allen vier Betriebsteilen, die Seelsorger sind jederzeit erreichbar.

Im Betriebsteil 4 ist ein Gebetsraum für Muslime eingerichtet. Kulturelle Veranstaltungen finden im Evangelischen Krankenhaus Duisburg-Nord regelmäßig statt.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Zwei Betriebsteile verfügen über eine zentrale Notaufnahme (ZNA), die 24 Stunden geöffnet ist (Ev. Krankenhaus Duisburg-Nord und Ev. Krankenhaus Dinslaken). Die Abläufe sind in QM-Handbüchern festgelegt. Für die Versorgung Schwerstverletzter liegt eine abgestimmte Leitlinie zur 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 (Zentrum für die Versorgung Schwerverletzter) eingerichtet. Für viele Krankheitsbilder sind die Abläufe beschrieben. Die ZNA des Betriebsteils 1 liegt in unmittelbarer Nähe zur Schlaganfallstation. Im Herzzentrum (Betriebsteil 3) liegt die zertifizierte Notaufnahmeeinheit für Herz-Notfälle (Chest Pain Unit) direkt gegenüber dem Herzkatheter-Labor und der Intensivstation. Die unfallchirurgischen Abteilungen und die Augenklinik unterhalten eine D-Arzt-Ambulanz.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

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

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, auf die Operation vorbereitet und nach der Operation im Aufwachraum überwacht. Für die Betreuung der Patienten wurde ein separater Bereich geschaffen. 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 Qualitäts-Management-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 sichergestellt. Jederzeit stehen Pflegekräfte mit 3-jähriger Ausbildung zur Verfügung.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

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 Zentren 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 der Geschäftsführung unter Einbeziehung der Abteilungen Medizincontrolling, Materialwirtschaft und Controlling.

1.4.3 Operative Prozesse

Ein OP-Management ist eingerichtet, OP-Koordinatoren sind benannt. In allen Betriebsstellen treffen sich regelmäßig 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 die Patienten gewährleistet. Zur Erhöhung der Sicherheit der Patienten sind unter anderem Patienten-Identifikationsarmbänder und präoperative Checklisten eingeführt.

1.4.4 Visite

Die Visitenzeiten der Abteilungen sind standardisiert und werden nach Möglichkeit. Die Visiten werden regelhaft von Ärzten und dem Pflegepersonal gemeinsam durchgeführt. Zusätzliche Pflegevisiten erfolgen nach detaillierten Vorgaben. 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 sowie der Expertenstandard „Entlassung“ der Pflege sind Basis für einen strukturierten Entlassungsprozess. Regelungen zur Entlassung finden sich in einigen Qualitäts-Management-Handbüchern. Jeder Patient erhält am Entlassungstag zumindest einen Kurzbrief, die meisten Kliniken stellen dem Patienten bei der Entlassung den endgültigen 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 mitgegeben, Hilfsmittel von der Klinik für den Patienten organisiert. Für den Übergang in andere Versorgungsbereiche stehen die Abteilung Entlassmanagement, die Pflegeüberleitung und der Sozialdienst zur Verfügung. Bei 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 für das Pflegepersonal Schulungen der Pflege angeboten. Handlungsempfehlungen für die Begleitung der sterbenden Patienten bieten die Leitlinie "Sterben und Begleiten" sowie das Handbuch der Religionen. Krankenhausseelsorger sind in allen Betriebsteilen regelmäßig vor Ort und außerhalb der Dienstzeiten telefonisch immer zu erreichen. In ethischen Konfliktfällen steht das Klinisch-Ethische Komitee beratend zur Verfügung. Eine palliativmedizinische Station im Betriebsteil 4 (Ev. Krankenhaus Dinslaken) ergänzt die palliativmedizinische Versorgung von Patienten.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Ein Leitfaden der Pflege gibt Handlungsempfehlungen für den Umgang mit Verstorbenen. Angehörige von Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind, werden auch von uns betreut. Für verstorbene Patienten sind Abschiedsräume vorhanden. Jährlich wird von den Seelsorgern und der Pflegedienstleitung ein Abschiedsgottesdienst 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. Als Basis der Berechnungen werden die Kennzahlen aus den Bereichen des kaufmännischen und medizinischen Controllings herangezogen. Berücksichtigt werden außerdem Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (des höchsten Beschlussgremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen), die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung und die Richtlinie zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik. Ziel der Personalbedarfsplanung ist die Sicherstellung der personellen Betriebsbereitschaft unter Berücksichtigung der externen und internen Vorgaben. Die Fort- und Weiterbildung ist für den derzeitigen und den zukünftigen Bedarf geplant. Die Mitarbeitenden werden in einem Dienstplanprogramm erfasst. Der überwiegende Teil der Mitarbeitenden nutzt ein elektronisches Zeiterfassungssystem.

2.1.2 Personalentwicklung

Die Personalentwicklung ist an den Erfordernissen des Klinikums ausgerichtet. Innerhalb der Personalabteilung ist ein eigener Bereich dafür zuständig. Die Altersstruktur, die Anforderungen an den jeweiligen Arbeitsplatz und dessen Aufgabenstellung sowie die zu erwartende Leistungsentwicklung werden berücksichtigt. Individuelle Qualifikationen der Mitarbeitenden werden ebenso erfasst wie die Qualifikationen, die Mitarbeitende benötigen, um die Anforderungen des Arbeitsplatzes erfüllen zu können. Arbeitsplatzbezogene Anforderungsprofile wurden in definierten Bereichen erstellt. Sie sind Grundlage für die Planungen von Schulungen, Fort- und Weiterbildungen. Regelmäßig werden Mitarbeitergespräche anhand eines Leitfadens durchgeführt. Hierbei werden unter anderem die individuelle Leistungsentwicklung des Mitarbeitenden, Fort- und Weiterbildungsbedarf sowie das Qualitätsbewusstsein, das Verhalten und die Arbeitsqualität besprochen.

Im Rahmen einer jährlichen Bedarfsplanung werden für das pflegerische Personal Fort- und Weiterbildungen festgelegt. Im ärztlichen Bereich sind die jeweiligen Chefärzte für die Weiterbildung bzw. Facharztausbildung gemäß Weiterbildungsordnung und Richtlinien der Fachgesellschaften zuständig. „Logbücher“ für die Weiterbildung werden bei den Ärzten geführt. Für die Förderung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wurden die Rahmenbedingungen definiert. Sie richten sich nach den Vorgaben innerhalb der Kliniken.

2.1.3 Einarbeitung

Die Einarbeitung von neuen Mitarbeitern erfolgt strukturiert gemäß den Regelungen der Einarbeitungskonzepte. Ein Einführungstag für neue Mitarbeiter findet regelmäßig viermal jährlich statt, an dem den neuen Mitarbeitenden ein Einblick in die Organisation des Klinikums gegeben wird. Bedingt durch die Corona-Pandemie mussten 2020 und 2021 hier einige Termine ausgesetzt werden. Am Einführungstag werden Pflichtschulungen (z. B. Hygiene, Brandschutz, Datenschutz, Arbeitsschutz) als Erstunterweisungen durchgeführt. Mittlerweile steht den Mitarbeitenden dafür auch ein E-Learning-System zur Verfügung. Die notwendigen Dokumente zur Einarbeitung sind für alle Beteiligten

elektronisch abrufbar. Im Rahmen der Einarbeitung finden dokumentierte Mitarbeitergespräche statt.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Die Ausbildungsangebote im EVKLN sind auf der Homepage des Klinikums dargestellt. Unter anderem wird in Gesundheits- und Krankenpflege (inklusive dualem Studium), Altenpflege, Physiotherapie, Kaufmann/Kauffrau im Gesundheitswesen, CTA, ATA und OTA ausgebildet.

Als Lehrkrankenhaus der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf werden im Klinikum Medizinstudenten ausgebildet. Unter der Verantwortung der jeweiligen Chefärzte findet die Facharztausbildung statt. Durch die Anbindung an Bildungseinrichtungen wie die 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 einer anderen Klinik in der Umgebung. 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 für die Ausbildung zur Verfügung. Die Begleitung in der ärztlichen Weiterbildung erfolgt durch die Chefärzte und benannte Oberärzte bzw. Fachärzte. Die Weiterbildung basiert auf den Vorgaben der Ärztekammer.

Die Finanzierung der Fort- und Weiterbildung für die Mitarbeitenden 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 vollständig finanziert. Gleiches gilt für Fortbildungen bei für die Tätigkeit im Klinikum notwendigen Tätigkeiten (z. B. Strahlenschutz, Notarztstätigkeit, Psychotherapie).

Eine Fortbildungsbeauftragte übernimmt die Koordination dieser Fort- und Weiterbildungen und erstellt einen Fort- und Weiterbildungsplan. Die Pflichtunterweisungen werden regelmäßig angeboten. Dafür stehen aktuell auch E-Learning-Tools zur Verfügung.

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 tatsächlichen Arbeitszeiten werden im Dienstplanprogramm erfasst. Die gesetzlichen, tariflichen und innerbetrieblichen Vorgaben werden auch hier 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 unter Berücksichtigung von Qualifikation, Mitarbeiterwünschen und verschiedenen Arbeitszeitmodellen.

Eine Kooperation mit einem benachbarten Kindergarten ermöglicht den Mitarbeitenden die Unterbringung von Kindern während der Dienstzeit. Eine Beauftragte für das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) wurde bestellt und entsprechende Regelungen aufgestellt, um für Arbeitnehmer und Arbeitgeber eine zufriedenstellende Wiedereinglie-

derung in den Arbeitsprozess zu gewährleisten. Eine Dienstvereinbarung im Bereich von Suchterkrankungen bei Mitarbeitenden regelt die Vorgehensweisen. Eine Suchtbeauftragte wurde benannt, sie bietet ggf. eine fachliche Beratung rund um das Thema Sucht an.

2.1.6 Ideenmanagement

Das Betriebliche Vorschlagswesen (BVW) ist gemäß einer Dienstvereinbarung organisiert. Eine jährliche Statistik über die eingegangenen und prämierten Vorschläge wird im Intranet veröffentlicht. Zehn abgelehnte Vorschläge erhalten im Rahmen einer jährlichen Tombola ein Präsent. Dieses soll die Akzeptanz des BVWs in der Mitarbeiterschaft erhöhen.

3 Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Drei Mitarbeitende haben die Qualifikation „Klinisches Risikomanagement“. Ein Risikoinventar wurde erstellt, das eine inhaltliche Gliederung in wirtschaftliche, technische und klinische Risiken sowie eine Auflistung von Indikatoren und die Verantwortlichkeiten enthält. Ergänzt wird es seit neuestem um eine Risikobewertung. Risikoaudits durch einen externen Anbieter finden in unregelmäßigen Abständen statt. Für die Erfassung und Bearbeitung von Vorkommnissen und Beinahe-Fehlern ist seit Jahren ein CIRS (Critical Incident Reporting System) eingeführt.

Verschiedene Instrumente zu Wahrung der Patientensicherheit sind etabliert wie z. B. Patientenidentifikations-Armbänder, die WHO-Sicherheitscheckliste für Operationen und die Umsetzung der Expertenstandards zur Prophylaxe von Sturz, Dekubitus und Lungenentzündung.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Die strukturierte Einschätzung eines Patienten bezüglich der Risiken in den Bereichen Sturz und Dekubitus erfolgt während der Pflegeanamnese. Verschiedene Hilfsmittel zur Vermeidung von Sturz und Dekubitus stehen zur Verfügung. 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 prä-medizierten bzw. narkotisierten Patienten und die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen. Verfahrensanweisungen zu Suizidalität, Entweichungen, Zwangsmaßnahmen und Unterbringungen nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psych-KG) wurden erarbeitet. Regelmäßig finden Schulungen zum Thema Deeskalation statt.

Durch 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 Reanimationsschulungen statt. Das EVKLN nimmt mit den Betriebsteilen 1 und 4 an der Notarzt-Versorgung teil und hat ein Traumazentrum (Zentrum für die Versorgung Schwerverletzter) etabliert. Im Herzzentrum kann in Zimmern, Fluren und an der Pforte der Herzalarm über eine Lichtrufanlage ausgelöst werden, was eine exakte Lokalisation des Notfallpatienten ermöglicht.

Vorgabedokumente regeln die Bestückung der Notfallkoffer auf den Stationen und benennen die Verantwortlichkeiten. Für zahlreiche spezielle Notfallsituationen wurden Standards erarbeitet, die elektronisch jederzeit zur Verfügung stehen. Das medizinische Komplikationsmanagement ist ebenfalls in den Handbüchern der Abteilungen geregelt.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Die Organisation der Hygiene richtet sich nach den Vorgaben des Robert-Koch-Instituts. Ein hygieneverantwortlicher Arzt wurde benannt, der auch den Vorsitz der Hygienekommission wahrnimmt. In der operativen Arbeit der Hygiene sind neben den hygienebeauftragten Ärzten Hygienefachkräfte beschäftigt. Zusätzlich wurden in den medizinischen Bereichen weitere Hygienebeauftragte in der Pflege bestellt. Hygienebegehungen finden regelmäßig in allen Bereichen statt. Die Aufbereitung von Medizinprodukten erfolgt in einer Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP), welche als Tochtergesellschaft unseres Verbunds betrieben wird.

Für die Küche und die Kantinen ist ein HACCP-Konzept eingeführt, das regelmäßig durch externe Prüfgesellschaften auf die Einhaltung der Vorgaben hin überprüft wird. Das EVKLN nimmt seit Jahren an der "Aktion Saubere Hände" teil.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Ein Screening-Verfahren zur Erkennung wichtiger Infektionskrankheiten 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 hygienerrelevanter Maßnahmen. Aus den erfassten Resistenzstatistiken der Betriebsteile ergibt sich die Anpassung der kalkulierten Antibiotika-Therapie, die über die Infektions-Kontroll-Kommission verabschiedet und im Intranet publiziert wird. Das Klinikum beteiligt sich an verschiedenen Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systemen (KISS).

3.1.6 Arzneimittel

Das Klinikum verfügt über eine eigene Apotheke, die alle benötigten Medikamente zur Verfügung stellt. Chemotherapeutika werden in einen eigens dafür gebauten Bereich (GMP-Bereich) zubereitet. Die Apotheke verfügt seit Jahren über ein Qualitätsmanagement-System (QMS) nach DIN EN ISO 9001 und wird von der Apothekenkammer regelmäßig zertifiziert. Die Regelungen zur Bestellung und Lieferungen von Arzneimitteln sind in der Hausliste für Arzneimittel fixiert. Ein Pflegestandard regelt die Vorgehensweise bei Bestellungen. Die Abwicklung von Sonderanforderungen ist detailliert geregelt. Bei Komplikationen in der Arzneimitteltherapie werden diese an den Apotheker gemeldet. Der Arzt erhält aus der Zentralapotheke spezifische Meldebögen, die an die entsprechenden Stellen wie z. B. das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder die Arzneimittelkommissionen der deutschen Apotheker oder der deutschen Ärzte weitergeleitet werden.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Das EVKLN betreibt ein großes Zentrallabor am Hauptstandort und kleinere Notfalllabore in den anderen Betriebsteilen. Das Labor hat seit Jahren ein QM-System eingeführt und ist durch die Deutsche Akkreditierungsgesellschaft (DAKS) nach DIN EN ISO 15189 akkreditiert.

3.1.8 Medizinprodukte

Alle im EVKLN 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 für Medizinprodukte. Eine Systemsoftware unterstützt die organisatorische Verwaltung der Medizinprodukte und dient ebenfalls der Vorhaltung von Nachweisdokumenten, wie z. B. Gerätehandbüchern, den Unterlagen für gerätetechnische Prüfungen, Unterweisungen und Wartungs- und Reparaturverträgen. Für den Umgang mit kritischen Gerätefehlern werden Meldeformulare vorgehalten, die dann sowohl interne und externe (BfArM) Stellen weitergeleitet werden.

3.2.1 Arbeitsschutz

Der Arbeitsschutz ist ein eigenständiger Teilbereich im EVKLN. Ein Arbeitsschutzausschuss wurde eingerichtet, der die Belange des Arbeitsschutzes und der Betriebsmedizin in regelmäßigen Abständen bespricht. Die Teilnehmer kommen aus allen Bereichen des EVKLN und vertreten dort ihren Arbeitsbereich. Regelmäßig finden Arbeitssicherheitsbegehungen mit den Fachkräften für Arbeitssicherheit, den Betriebsmedizinern, den Hygienefachkräften, der Technik und den jeweiligen Bereichsverantwortlichen statt. Die in einem Protokoll festgehaltenen Schwachstellen werden mit den Verantwortlichen besprochen und Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet. Notwendige Qualifikationen zum Strahlenschutz werden vom EVKLN finanziert um sicherzustellen, dass in Strahlenschutzbereichen arbeitende Mitarbeitende und Röntgenuntersuchungen anordnende Ärzte so bald wie möglich die Fachkunde im Strahlenschutz besitzen. Entsprechende Schulungen und Pflichtunterweisungen finden im EVKLN statt, die Teilnahme an außerbetrieblichen Veranstaltungen zum Arbeitsschutz wird vom EVKLN unterstützt.

Für alle Mitarbeiter werden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen angeboten, ebenso finden jährlich kostenfreie Gripeschutzimpfungen statt. Die Schutzmaßnahmen im Rahmen der Corona-Pandemie wurden konsequent umgesetzt, und für die Mitarbeitenden wurde ein eigenes Impfzentrum eingerichtet.

3.2.2 Brandschutz

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

Flucht- und Rettungswegepläne sind erstellt und werden regelmäßig überprüft. Für alle Mitarbeitenden ist die Brandschutzunterweisung Pflicht; sie kann neuerdings im Rahmen eines neuen E-Learning-Tools absolviert werden. Die Brandschutzunterweisungen weisen die Mitarbeiter auf das korrekte Verhalten im Brandfall hin, damit die größtmögliche Sicherheit für alle Betroffenen gewährleistet wird.

3.2.3 Datenschutz

Im EVKLN wurde ein externer Datenschutzbeauftragter benannt. Ein Datenschutzhandbuch konkretisiert die gesetzlichen Vorgaben und beschreibt die Umsetzung im Klinikum. Datenschutzbegehungen finden statt. 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 der IT-Infrastruktur findet flächendeckend Anwendung. Ein Verfahrensverzeichnis wurde erstellt und im Internet veröffentlicht.

3.2.4 Umweltschutz

Die Leitsätze des Klinikums sehen vor, die Umwelt zu schonen sowie Material und Ressourcen umweltbewusst einzusetzen.

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. Am Hauptstandort ist ein Blockheizkraftwerk in Betrieb. Damit verbunden sind ein im Vergleich zu Großkraftwerken erheblich verbesserter Wirkungsgrad, die Nutzung von Abwärme und die Kopplung mit der Kältetechnik zur Kältegewinnung (Absorptionskälteanlage). Dies senkt Energieverbräuche entscheidend.

Eine Regenwasserentkopplung ist am Hauptstandort ebenfalls seit einigen Jahren in Betrieb. Ziel ist die direkte Einleitung des Regenwassers in den am Gelände des Klinikums vorbeiziehenden Fluss unter Umgehung der Brauch- und Abwasser-Ableitung über die Kanalisation.

3.2.5 Katastrophenschutz

Eine Notfallplanung für Großschadensereignisse wurde erstellt. Darin sind Krisenstäbe benannt und Alarmierungsketten festgelegt, die laufend aktualisiert und stichprobenartig überprüft werden. In allen vier Betriebsteilen sind Notfallsets für die Krisenstabsarbeit vorhanden. Im Rahmen einer Evakuierung aufgrund einer Bombenentschärfung 2020 wurde das System überprüft.

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. Die Serverfarm wurde vor wenigen Jahren nach neuesten Sicherheitserkenntnissen neu aufgebaut.

Für Notfälle steht außerhalb der regulären 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 umfangreichen Projektteilschritten komplett erneuert. Die Nutzung des Krankenhausinformationssystems (KIS) wird kontinuierlich weiter ausgebaut.

Eine mehrfach gestufte Firewall auf Seiten der Software und der Hardware ist eingerichtet. Die Arbeit mit allen für die medizinische Versorgung relevanten Systemen gelingt nur über die zentrale Anmeldung an der Terminal-Server-Umgebung. Die Zugriffsrechte auf Ablagesysteme und Software-Angebote sind individuell geregelt. Der Austausch medizinischer Daten (verschiedene Register, Qualitätssicherung) wird regelhaft vorab vom Datenschutzbeauftragten überprüft und erfolgt gemäß den Datensatzbeschreibungen und auf der Basis von Verträgen zur Auftragsdatenverarbeitung.

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 vorgegeben, in zahlreichen QM-Handbüchern hinterlegt und für alle Mitarbeitenden verfügbar. Das Verfahren zur Digitalisierung von Patientenakten ist geregelt. Neue Mitarbeitende 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 solche ambulanter Behandlungen digitalisiert. Die digitalisierten Akten sind bei erneuter Behandlung der Patienten aus dem Krankenhausinformationssystem heraus für alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeitenden aufrufbar. Nachlaufende Befunde werden entsprechend der Fallnummer der digitalisierten Akte zugeordnet. Ein digitales Bildarchiv für Röntgen-, CT - und MRT - Bilder ist etabliert, ebenso wie Informationsportale zur Befund- und Bildkommunikation mit kooperierenden Ärzten und Krankenhäusern.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die Information der Krankenhausleitung erfolgt durch regelmäßige protokollierte Besprechungen (Jour Fixe) sowohl auf den klinischen als auch den Verwaltungsebenen, entweder in Einzelgesprächen oder Leitungssitzungen. Die Geschäftsführung ist in die Gremienarbeit eingebunden. Protokolle der Gremien werden der Geschäftsführung zur Verfügung gestellt. Verschiedene regelmäßige Berichte stehen der Krankenhausleitung zur Verfügung wie z. B. Ergebnisse aus Condition_Monitoringsystemen, 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 wider. Für die Weitergabe von Informationen dienen zusätzlich das Intranet und die Nutzung von E-Mails. Eine „Freitags-Mail“ der Geschäftsführung informiert die Mitarbeitenden über wichtige Ereignisse und strategische Aspekte. 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 Mitarbeitenden 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 re-

gelmäßig überprüft werden. Die Mitarbeiter der Pforte werden über eingehende Alarmmeldungen unverzüglich informiert.

5 Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Die seit Jahren bestehenden Leitsätze wurden 2020 auf Aktualität geprüft und vom Aufsichtsrat konsentiert. Die Leitsätze beschreiben die Ziele des Unternehmens, Grundwerte des Handelns und die Stellung der Patienten und Mitarbeitenden 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. Aktuell wurden ergänzend zum Leitbild Verhaltensgrundsätze formuliert, konsentiert und veröffentlicht.

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 zu etablieren. Neben den Grundsätzen in den Leitsätzen beschreiben die Leitlinien für Führungskräfte weitergehende Regeln zum Führungsverhalten. Die Teilnahme von Mitarbeitenden an abteilungsübergreifenden und interdisziplinären Arbeitskreisen ist erwünscht und wird von der Geschäftsführung durch die Bereitstellung von Ressourcen gefördert. Die Mitwirkung in diesen Gremien und Arbeitskreisen ermöglicht den Mitarbeitenden die aktive Teilnahme an der Gestaltung des Klinikums.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Die durch den Gesellschaftsvertrag und in unseren Leitsätzen vorgegebene christliche Ausrichtung bildet das Fundament unserer Arbeit. Ein Klinisch-Ethisches Komitee (KEK) bearbeitet systematisch ethische Fragestellungen, die sowohl durch die Patienten als auch durch die Mitarbeitenden herangetragen werden. Seelsorger der evangelischen und katholischen Kirche sind in allen Betriebsteilen ansprechbar. Das Leitbild gibt den Mitarbeitern Orientierung bei ethischen Fragestellungen.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Eine Abteilung Marketing und Öffentlichkeitsarbeit ist eingerichtet. Die Mitarbeitenden der Abteilung koordinieren die Information der Öffentlichkeit, sind Ansprechpartner für die Medien, organisieren Veranstaltungen sowie Tage der offenen Tür und erstellen Informationsmaterialien.

Hier werden auch die Informationen der Mitarbeitenden des Klinikums koordiniert und Internet- und Intranet-Auftritt betreut.

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 der Kernaussagen in den Leitsätzen. Die Geschäftsführung informiert in offenen Veranstaltungen und in der „Freitags-Mail“ die Mitarbeitenden über die zukünftige Entwicklung und die Perspektiven. 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 und Medizinischen Controlling sowie Personalcontrolling erhobenen Daten. Diese Daten berücksichtigen zum einen die Ist-Ergebnisse und zum anderen die zukünftig zu erwartenden Ergebnisse. Eine Innenrevision überprüft unter anderem die kaufmännischen Risiken und zeigt Schwachstellen in der Ablauf- und Aufbauorganisation auf. Im Risikoinventar werden neben den klinischen und technischen Risiken auch die kaufmännischen Risiken erfasst und bewertet.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Kooperationen und Partnerschaften tragen zu den wirtschaftlichen und medizinischen Erfolgen bei. Für verschiedene Unterstützungsleistungen im Rahmen der Patientenversorgung wurden Tochtergesellschaften gegründet. Notwendige und sinnvolle Kooperationen für Zentren-Bildungen werden von den jeweils Verantwortlichen bzw. Beteiligten vorgeschlagen und mit der Geschäftsführung abgestimmt; die Koordination übernimmt die Stabsstelle QM. Zur Erweiterung des medizinischen Leistungsspektrums wurden Kooperationen mit niedergelassenen Fachärzten geschlossen. Aktuell wurde ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) gegründet.

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 Fachhochschule Niederrhein in Krefeld.

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

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 beschreiben die Verantwortlichkeiten und deren Aufgaben. Die Arbeitsweise von Gremien wird in den entsprechenden Geschäftsordnungen geregelt. Hierzu zählen unter anderem die Qualitätsmanagement-, die Arzneimittel-, Transfusions- und Infektionskontrollkommission, der Arbeitssicherheitsausschuss sowie die EDV-Kommission.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Allen Mitarbeitenden ist der Zugang zum Inter- und Intranet möglich. Das über den Startbildschirm oder das Intranet erreichbare Literaturportal ermöglicht den Zugang zu Fachinformationen. Darüber hinaus erhöhen sowohl die internen als auch die externen Schulungen, Fachtagungen, Fort- und Weiterbildungen das anwendbare Wissen im Klinikum.

Fachbereichsspezifische interne Fortbildungen sind für alle Berufsgruppen zugänglich. Prinzipiell dienen alle internen Behandlungspfade, Standards, Checklisten und Pflegestandards als Wissensbasis und werden an die jeweils betroffenen Mitarbeitenden vermittelt.

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

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Im EVKLN ist eine Stabsstelle für Qualitätsmanagement (QM) eingerichtet. Die Aufbauorganisation des QM ist in Organigramm beschrieben.

Eine Qualitätsmanagementkommission (QMK) ist unter Beteiligung der obersten Führungsebene, der Mitarbeitervertretung (MAV) und der Qualitätsmanagementbeauftragten (QMBs) eingerichtet. Eine Geschäftsordnung 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 nichtmedizinischen Zertifizierungsverfahren.

Ein EDV-gestütztes Dokumentenlenkungssystem wurde flächendeckend eingerichtet. Das Dokumentenmanagement liegt im Verantwortungsbereich der Stabsstelle QM.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Die Prozesse des EVKLN sind in einer Prozesslandschaft dargestellt, in der die Management-, Kern- und Unterstützungsprozesse und ihre Abfolge dargestellt sind. Für ausgewählte Zentren und Bereiche wurden ebenfalls Prozesslandschaften erstellt, die den Behandlungsprozess der Patienten differenziert darstellen. Die einzelnen Teilprozesse werden in einer ständig wachsenden Zahl von Vorgabedokumenten beschrieben. Dabei wird in zunehmender Differenzierung zwischen Prozesslandschaft, Behandlungspfad, Verfahrensanweisungen und Arbeitsanweisungen unterschieden. Regelmäßig finden im Rahmen der Wiedervorlage oder anlassbezogenen Anpassungen der jeweiligen Prozesse statt. Aktuell wurde innerhalb der Abteilung Unternehmensentwicklung ein Bereich Prozess- und Projektmanagement etabliert, um die vielfältigen Aktivitäten zu koordinieren und zu strukturieren.

6.2.1 Patientenbefragung

Das EVKLN führt regelmäßig interne und externe Patientenbefragungen durch, auch spezifisch in einigen Zentren. 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 angesehen.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Im Bereich der zertifizierten Zentren finden regelmäßig Befragungen von Zuweisern statt. Aufgrund der meist geringen Rücklaufquoten basiert die weitere Vorgehensweise auf den Inhalten 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.

Die Rückmeldung von weiteren kooperierenden externen Einrichtungen erfolgt regelhaft im direkten Austausch.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Das EVKLN hat zuletzt 2020 eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Die Ergebnisse wurden im Dokumentensystem und im Intranet veröffentlicht und damit allen Mitarbeitenden offen zugänglich gemacht. Eine Lenkungsgruppe bestimmt und koordiniert die daraus abzuleitenden Verbesserungsmaßnahmen.

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

Ein ehrenamtlicher Patientenfürsprecher sowie Vertretungen für jeden Betriebsteil wurden benannt und nehmen Beschwerden der Patienten und Angehörigen entgegen. Beschwerden werden auch bei Begehungen der Stationen dem Patientenfürsprecher mitgeteilt. Die Beschwerden werden im regelmäßig tagenden Arbeitskreis der Patientenfürsprecher, der interdisziplinär mit den Leitern der relevanten tagt, bearbeitet. Korrekturmaßnahmen werden sofort oder nach Vermittlung des Arbeitskreises getroffen.

Eine Verfahrensanweisung 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 Medizincontrolling und QM. So werden z. B. Infektionsraten erhoben (Wundinfektions- und Erregerstatistiken, KISS); Ringversuche werden über die gesetzliche Verpflichtung hinaus durchgeführt. Das Klinikum nimmt an Benchmarking-Projekten teil, darunter an Vergleichen der Ergebnisqualität mit ca. 150 weiteren Krankenhäusern. Die umfassende Datenbereitstellung für Zwecke der Qualitätssicherung ist durch ein Data-Warehouse gewährleistet. Durch Audits werden die Prozesse der Kliniken evaluiert. Daraus werden Ziele für das Folgejahr abgeleitet.