Evangelisches
Klinikum Niederrhein
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Düsseldorf

KTQ®
Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	**Evangelisches Klinikum Niederrhein gGmbH**			
Institutionskennzeichen:	260510325			
Betriebsstätten:	**Evangelisches Krankenhaus Duisburg-Nord**	**Johanniter-Krankenhaus Oberhausen**	**Herzzentrum Duisburg**	**Evangelisches Krankenhaus Dinslaken**
	Fahrner Straße 133	Steinbrinkstraße 96a	Gerrickstraße 21	Kreuzstraße 28
	47169 Duisburg	46145 Oberhausen	47137 Duisburg	46535 Dinslaken

Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2014-0094 KHVB
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	30.12.2014
bis:	29.12.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ® **3**

Vorwort der Einrichtung **5**

Die KTQ-Kategorien **11**

1 Patientenorientierung 12
2 Mitarbeiterorientierung 16
3 Sicherheit 18
4 Informations- und Kommunikationswesen 21
5 Führung 23
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 Rettungsdiensteinrichtungen.
Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene[1], die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.
Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

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

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

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

---

[1] zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Dachverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.
Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die **Evangelisches 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. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung

Das 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 Ophtalmochirurgie** 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 Kopfzentrum**.

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.

Betriebsteil 2 – Das Johanniter-Krankenhaus Oberhausen

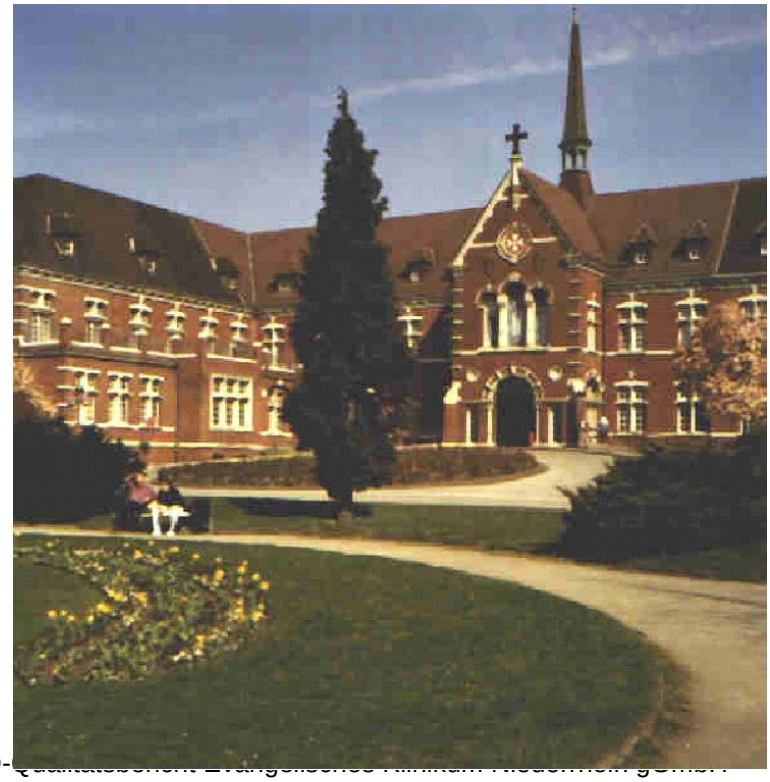
Das Johanniter-Krankenhaus Oberhausen umfasst die Kliniken für Urologie Bronchial- und Lungenheilkunde, Nieren- und Hochdruckerkrankungen (Nephrologie) sowie die Klinik für Psychiatrie.

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 24stündiger 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 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

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

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.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Form und Inhalt der Aufklärung sind teilweise in den QM-Handbüchern festgelegt. Die Inhalte der Aufklärung der Patienten orientieren sich an dessen individueller Situation und den verwendeten Aufklärungsformularen. Die Einbeziehung des Patienten und die Beteiligung etwa von Selbsthilfegruppen wird in QM-Handbüchern beschrieben.
Die namentliche Vorstellung der Pflegekräfte ist im Pflegestandard festgelegt. Eine Dienstanweisung 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.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

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 kostenlosem 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 neu gestalteten Cafeteria am EKN regelmäßig statt.

1.1.5 Kooperationen

Zahlreiche Kooperationen sind etabliert. Kooperationen werden vertraglich geregelt. Die Verträge werden juristisch geprüft und von der Geschäftsführung geschlossen. Kooperationen dienen der Ergänzung des klinischen Spektrums (z.B. der Strahlentherapie), der sektorübergreifenden Behandlung von Patienten (z.B. im Rahmen von Organzentren), dem Angebot eigener Leistungen an Dritte und der Nutzung von Synergieeffekten (etwa bei Dienstleistungen wie der Wäsche-Aufbereitung). Die Dokumentation der Patientendaten bei Kooperationen wird in der Regel vertraglich festgelegt. Der Transport der Patienten wird durch den hauseigenen Transportdienst bzw. über Taxi- oder Krankentransport-Unternehmen gewährleistet und zentral koordiniert.
Zahlreiche interdisziplinäre Besprechungen sowohl intern als auch unter Beteiligung externer Kooperationspartner sind etabliert.

1.2 Notfallaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Drei 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.
Für zahlreiche weitere 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 gegenüber dem Herzkatheterlabor und der Intensivstation. Im Betriebsteil 2 wurde im Juli 2014 eine zentrale Aufnahme fertig gestellt und in Betrieb genommen. Im Betriebsteil 4 wurde die ZNA im Oktober 2014 fertig gestellt und in Betrieb genommen.
Die unfallchirurgischen Abteilungen und die Augenklinik unterhalten eine D-Arzt-Ambulanz

1.3 Ambulante Versorgung

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Über die Öffnungszeiten sämtlicher Versorgungseinheiten informieren das Internet und der Qualitätsbericht. Die Patienten werden dort in der Regel nach Terminvergabe betreut. Die Dokumentation erfolgt über die hauseigenen Formulare und zum Teil EDV-basiert, so dass die Informationen auch bei späteren Behandlungen zur Verfügung stehen. Vorbefunde aktuell ambulant behandelter Patienten stehen in der EDV zur Verfügung.
Die ambulante Notfallversorgung erfolgt in den zentralen Notaufnahmen. Kein Notfallpatient wird abgewiesen.
Zahlreiche weitere Ambulanzen und Spezialsprechstunden sind eingerichtet.
Akut benötigte Medikamente werden von der Apotheke zur Verfügung gestellt bzw. den Patienten verschrieben. Die Psychiatrie unterhält eine Institutsambulanz.

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 Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

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.

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

sprächen 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 Verfahren

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. Patienten tragen Erkennungsarmbänder und in einigen OP-Bereichen wird ein so genanntes "Team Time Out" zur Kontrolle aller Einzelschritte durchgeführt. Die Durchführung zahlreicher Einzelschritte der Anästhesiologie und der operativen Therapie sind in den QM-Handbüchern der Abteilungen bzw. der Pflege geregelt.

1.4.4 Visite

Die Visitenzeiten der Abteilungen sind festgelegt und können in der Regel eingehalten werden. Die Mehrzahl der Visiten wird von Ärzten und Pflege gemeinsam durchgeführt. Zusätzliche Pflegevisiten werden nach detaillierten Vorgaben durchgeführt. Die Ausarbeitung der ärztlichen Anordnungen erfolgt durch das Pflegepersonal.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Teilstationäre Patienten werden in den Abteilungen Nephrologie und Psychiatrie behandelt.
Prästationär stellen sich Patienten in den Ambulanzen und Sprechstunden vor. Dort werden die Patienten aufgeklärt und über die erforderlichen Maßnahmen bis zum stationären Aufenthalt informiert. Über Interventionen und Operationen sowie die Anästhesie können die Patienten prästationär bereits aufgeklärt werden. Nachstationäre Kontakte werden zwischen den Kliniken und den Patienten vor der Entlassung geplant.

1.5 Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung

Die Entlassung der Patienten orientiert sich am 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.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung
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. Die Versorgung mit Hilfsmitteln wird in der Verantwortung der jeweiligen Klinik gewährleistet.

1.6 Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten
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. Derzeit wird ein palliativmedizinisches Angebot im Betriebsteil 4 etabliert. Die palliativmedizinische Versorgung von Tumorpatienten ist für die Organzentren geregelt.

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. Für verstorbene Patienten sind Abschiedsräume vorhanden. Jährlich werden von den Seelsorgern und der Pflegedienstleitung Abschiedsgottesdienste für die Hinterbliebenen ausgerichtet.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs
Grundlage der Personalplanung ist ein Gutachten einer Unternehmensberatung aus dem Jahre 2002, welches fortgeschrieben wird. Auf der Basis von Leistungskennzahlen (Case-Mix-Entwicklung, Belegungskennzahlen, Kosten- und Erlösarten-Übersicht Wirtschaftlichkeitsberechnungen) sowie veränderten Arbeitsanforderungen, werden Anpassungen der Personalzumessung vorgenommen. Der Facharztstandard ist gewährleistet, die Facharztquote liegt derzeit bei 63%. Der Anteil von Pflegekräften mit mindestens 3-jähriger Ausbildung liegt bei 84%.

2.2 Personalentwicklung

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung
Über die Qualifizierungsmaßnahmen in der Pflege entscheidet die Pflegedienstleitung in Absprache mit den Mitarbeitern und der Personalabteilung. Die Qualifizierung im ärztlichen Dienst wird im Wesentlichen durch die Chefärzte organisiert. Die individuelle Planung orientiert sich an der Weiterbildungsordnung und wird in den Kliniken anhand von

Logbüchern verfolgt. Bei Fachärzten richtet sich die Qualifizierung nach den Erfordernissen der Abteilungen. Das EVKLN unterstützt erforderliche Qualifizierungen wie etwa "Arzt im Rettungsdienst", Fachkunde "Strahlenschutz", Sicherheitsbeauftragte, "Hämotherapie" und andere.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

In der Pflege existiert ein strukturiertes Einarbeitungskonzept mit regelmäßigen Mitarbeitergesprächen. Im ärztlichen Dienst existieren Anfängerordner, Gespräche mit neuen Mitarbeitern werden überwiegend geführt, aber nicht durchgängig protokolliert. Mit den Weiterbildungsassistenten werden gemäß Weiterbildungsordnung regelmäßige Gespräche geführt. Die Mehrzahl der Kliniken und Abteilungen stellt die fachlichen Informationen im Intranet bereit. Ein Einführungstag für neue Mitarbeiter ist etabliert.

2.2.3 Ausbildung

Das EVKLN bildet in zahlreichen technischen und Verwaltungsberufen aus. Eine Krankenpflegeschule ist angegliedert. Es besteht eine Kooperation mit einer Physiotherapie-Schule. Die Schüler der Krankenpflegeschule werden nach einem jährlich überarbeiteten Curriculum ausgebildet und von Mentoren und Praxisanleitern betreut. Zahlreiche Einzelmaßnahmen zur Evaluation der Ausbildung und des Ausbildungserfolges werden getroffen. In einer Schülerbefragung wurde die Krankenpflegeausbildung deutlich überdurchschnittlich bewertet.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Planung der Fort- und Weiterbildung erfolgt dezentral. Die Pflege stellt einen Jahresfortbildungsplan auf, der im Intranet und in der Hauszeitung publiziert wird. Die Mehrzahl der Kliniken erstellt einen prospektiven Fortbildungsplan. Die ärztlichen Fortbildungen sind überwiegend durch die Ärztekammer zertifiziert. Die Weiterbildung erfolgt in der Verantwortung der Chefärzte und wird in der überwiegenden Zahl der Kliniken anhand der Logbücher der Ärztekammer oder der Fachgesellschaften regelmäßig überprüft. Derzeit wird von einer Projektgruppe ein übergreifendes Konzept zur Fortbildung im EVKLN von einer Projektgruppe erarbeitet, ein Fortbildungsbeauftragter wurde eingestellt.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Die Leitsätze, der Bezugsrahmen der Krankenpflege und die Führungsleitlinien beschreiben die Grundsätze der Führung. Projektgruppen und Gremien werden interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend besetzt und beziehen qualifizierte Mitarbeiter und die MAV mit ein. Mitarbeitergespräche sind Bestandteil der Einarbeitungsphase in der Pflege und werden schrittweise in den andren Berufsgruppen eingeführt. Die MA-Gespräche des ärztlichen Dienstes finden mit unterschiedlicher Regelmäßigkeit statt, werden aber nur bei Dissens protokolliert. In der Mitarbeiterbefragung wurde Kritik an Führungsprozessen und Konfliktverhalten geäußert. Die Lenkungsgruppe Mitarbeiterorientierung hat hierzu Maßnahmen erarbeitet, welche sich in der Umsetzung befinden.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die Arbeitszeitregelungen folgen den gesetzlichen Vorgaben, mit der MAV wurden mehrere Dienstvereinbarungen zur Arbeitszeit erstellt. Die Überprüfung der Einhaltung von Arbeitszeiten obliegt den jeweiligen Dienstvorgesetzten und der Personalabteilung. Urlaubsregelungen sind in einer Dienstvereinbarung und abteilungsinternen Vorgaben getroffen. Ein elektronisches Dienstplanprogramm wurde etabliert.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Ein betriebliches Vorschlagswesen ist eingerichtet, die Abläufe sind in einer Dienstvereinbarung festgelegt. Die Vorschläge werden von einem Ausschuss bewertet und prämiert, der Ausschuss verfolgt die Umsetzung angenommener Vorschläge. Neben dem BVW stehen die MAV und die Dienstvorgesetzten für die Äußerung von Anregungen und Wünschen zur Verfügung.

3 Sicherheit

3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

3.1.1 Arbeitsschutz

Die Sicherheitsfachkräfte (SIFA), die Sicherheitsbeauftragten und die Arbeitsmedizinerinnen unterstützen die Verantwortlichen bei der Umsetzung des Arbeitsschutzes. Ein Arbeitsschutzsausschuss ist eingerichtet und tagt vierteljährlich. Gefährdungsbeurteilungen werden durch die Arbeitsmedizinerinnen und den SIFA vorgenommen, ein jährlicher Begehungsplan ist etabliert. Daneben werden Kurzchecks zur Arbeitssicherheit durchgeführt. Betriebsanweisungen und Sicherheitsdatenblätter zu Gefahrstoffen sowie Betriebsanweisungen gem. Biostoffverordnung sind im Intranet veröffentlicht. Dort finden sich auch Vorgaben zum Umgang mit Verletzungen sowie Arbeits- und Wegeunfällen. Die Mitarbeiter werden gemäß einem Vorstellungskalender arbeitsmedizinisch untersucht. Die Einhaltung der Strahlenschutzbestimmungen wird durch den Strahlenschutzbeauftragten koordiniert.

3.1.2 Brandschutz

Ein Brandschutzbeauftragter und Brandabschnittsbeauftragte sind benannt und wurden geschult. Die Brandschutzordnungen werden im Zuge von Neu- und Umbaumaßnahmen aktualisiert. Die Feuerwehr bzw. ein Brandsachverständiger werden in alle Neu- und Umbauplanungen einbezogen. Die Brandschutzordnungen sind über das Intranet veröffentlicht. Brandschutzunterweisungen werden angeboten, konnten aber nicht von allen Mitarbeitern besucht werden. Neue Mitarbeiter werden im Brandschutz unterwiesen.

3.1.3 Umweltschutz

Die Abfallentsorgung ist geregelt, der Abfallplan ist über das Intranet veröffentlicht, ein Abfallbeauftragter ist benannt. Maßnahmen zur Einsparung von Wasser, Heizenergie und Stromverbrauch werden von der technischen Abteilung geplant und umgesetzt. Die zentrale Gebäudeleittechnik unterstützt bei der Identifikation von Schwachstellen. Vor allem im Zuge von Neu- und Umbaumaßnahmen werden ressourcensparende Techni-

ken etabliert (Fassadendämmung, gesteuerte und verbrauchsarme Lichttechnik, getrennte Wasserkreisläufe usw.).

3.1.4 Katastrophenschutz

Eine Notfallplanung für Großschadensereignisse wurde von der Krankenhauseinsatzleitung mit Unterstützung des 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.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Die lückenlose Überwachung der technischen Anlagen erfolgt über die Gebäudeleittechnik bzw. EDV-basiertem "Virtual Facility Management". Technische Störungen werden zentral registriert, eine Alarmierung wird ggf. 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. Für Notfälle steht außerhalb der Arbeitszeiten ein Rufdienst zur Verfügung.

3.2. Patientensicherheit

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Zahlreiche Vorgabedokumente zur Erhöhung der Patientensicherheit wurden erstellt und sind über das Intranet abrufbar. Die Regelungen umfassen Maßnahmen zur Vorbeugung gegen Patienten- und Seitenverwechselungen bei Operationen, Vermeidung von Sturzereignissen und Druckgeschwüren, Umgang mit suizidgefährdeten Patienten, Regelungen zur Erhöhung der Sicherheit bei Kindern und vieles mehr. Für zahlreiche Krankheitsbilder und Risikokonstellationen wurden Regelungen erarbeitet, die die Sicherheit der Patienten erhöhen und Komplikationen vermeiden helfen sollen. Durch die Teilnahme an der "Aktion Saubere Hände" wurde die Handhygiene verbessert. Beinahe-Zwischenfälle können erfasst und ausgewertet werden. Fallkonferenzen ermöglichen die Bewertung des Behandlungsverlaufes. Die Klinik für Psychiatrie hat den Schutz der Patienten vor Eigen und Fremdgefährdung umfassend geregelt und bietet hierfür hervorragende Voraussetzungen.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

In allen Betriebsteilen ist eine Notfallalarmierung etabliert. Im Herzzentrum wird bei einem Notfall der Herzalarm der Lichtrufanlage aktiviert, in den anderen Betriebsteilen sind Notfallnummern etabliert und werden durch Aushänge und Aufkleber auf den Telefonen bekannt gemacht. Notfallkoffer und Notfallwagen sind entsprechend der Notwendigkeiten implementiert und werden durch die Klinik für Anästhesiologie bzw. die Intensivstationen gewartet. Die Pflegekräfte und die Mehrzahl der Ärzte nehmen regelmäßig an Reanimationsschulungen teil. Ärzte wurden als Instruktoren für Reanimationsschulungen ausgebildet. Für zahlreiche Notfallsituationen wurden von den Klinikern Standards erarbeitet (z.B. Schwerverletzte, Herzinfarkte, Schlaganfall, Blutungen, Blutvergif-

tungen). In drei Betriebsteilen sind zentrale Notaufnahmen eingerichtet, die Abläufe werden durch Handbücher geregelt. Für den verbliebenen Standort wird eine zentrale Notaufnahme ab Oktober 2014 zur Verfügung stehen.

3.2.3 Hygienemanagement

Der Leiter der Abteilung für Laboratoriumsmedizin ist der hygienebeauftragte Arzt. Vier Hygienefachkräfte und eine Desinfektor sind bestellt, weitere werden ausgebildet. Eine Hygienekommission (Infektions-Kontroll-Kommission) ist eingerichtet. Der Hygieneplan für alle Stationen und Bereiche ist über das Intranet abrufbar und - wo erforderlich - in den Bereichen ausgehängt. Der Hygieneplan wird laufend aktualisiert. Auf der Basis eines Jahresplanes werden zahlreiche Stationen und Funktionsbereiche und die raumlufttechnischen Anlagen überwacht. In allen Stationen und hygienerelevanten Bereichen finden Begehungen und Vor-Ort-Beratungen statt.
Für die Sterilgutversorgung und die Endoskop-Aufbereitung ist eine Chargendokumentation etabliert. Ein überwachtes HACCP-Konzept gewährleistet die Lebensmittelhygiene.
Standards zum Tragen von Dienstkleidung und Schmuck wurden erarbeitet.

3.2.4 Hygienerelevante Daten

Infektions- und Keimstatistiken auf der Basis der mikrobiologischen Untersuchungen werden monatlich erstellt. Sie werden den Chefärzten und der Pflegedienstleitung kommuniziert und in der Infektions-Kontroll-Kommission vorgestellt. Infektionen können der Hygiene über hierfür vorgesehene EDV-Formulare gemeldet werden. Bei Häufungen nosokomialer Infektionen werden diese mit den betroffenen Bereichen sofort erörtert. Auf der Basis der aktuellen Resistenzlagen werden die Vorgaben zur kalkulierten Antibiotika-Therapie jährlich aktualisiert. Das EVKLN nimmt an mehreren Krankenhausinfektions-Überwachungsprogrammen (KISS) und am Euregio-Projekt zur Bekämpfung von hochresistenten Keimen teil.

3.2.5 Infektionsmanagement

Zu zahlreichen Infektionserkrankungen (HIV; Hepatitis, Tuberkulose, Noro-Virus, Schweingrippe, EHEC, Salmonellen, MRSA u.a.) wurden Empfehlungen und Leitlinien erstellt und sind über das Intranet verfügbar. Durch ein Screening-Konzept sollen Patienten mit hochresistenten Erregern frühzeitig erkannt werden, um eine Verbreitung der Keime zu vermeiden. Im Falle eines Ausbruchs einer Erkrankung werden die nötigen Informationen über das Intranet, E-Mails und Rundschreiben verbreitet. Ein Seuchenalarmplan wurde erstellt und ist im Intranet abrufbar. Vorgaben für die Antibiotika-Therapie werden jährlich unter Berücksichtigung der aktuellen Resistenzlage überarbeitet.
Das EVKLN nimmt seit 2008 an der "Aktion Saubere Hände" teil. Durch Aktionstage und die Anschaffung neuer Desinfektionsmittelspender konnte die Akzeptanz bei der Händehygiene gesteigert werden.

3.2.6 Arzneimittel

Eine Arzneimittelkommission ist eingerichtet; sie legt die Arzneimittelhausliste fest. Die Apotheke gewährleistet die Versorgung aller Betriebsteile. Nicht vorgehaltene Medika-

mente können jederzeit kurzfristig beschafft werden. Eine Rufbereitschaft der Apotheke außerhalb der Kernarbeitszeiten ist eingerichtet. Die Bestellung von Medikamenten ist im Handbuch der Pflege geregelt. Die Sonderanforderung von Medikamenten und Betäubungsmitteln ist geregelt. Die Stationen werden nach einem festen Schema von der Apotheke begangen und die Bestände sowie die Betäubungsmittelbücher überprüft. Ein Arzneimittelindex steht an allen EDV-Arbeitsplätzen zur Verfügung. Die Herstellung von Medikamenten folgt den Vorgaben der Herstellungsanweisungen, die Rohstoffe werden mikrobiologisch überwacht, Rückstellproben werden gebildet.

3.2.7 Blutprodukte und Plasmaderivate

Eine Transfusionskommission ist eingerichtet. Ärztliche Transfusionsbeauftragte der klinischen Abteilungen sind benannt und werden nach den Curricula der Ärztekammer fortgebildet. Ein Transfusionshandbuch regelt den Umgang mit Blut und Blutprodukten. Die Einzelschritte, insbesondere die Transfusion (auch in Notfallsituationen) sind detailliert geregelt und werden regelmäßig unterwiesen. Die Dokumente stehen über das Intranet allen Mitarbeitern zur Verfügung.
Blutprodukte werden vom zentralen Blutdepot des Betriebsteils 3 geliefert, in den Labors der Betriebsteile sind Zwischendepots eingerichtet.
Plasmaderivate werden von der Apotheke geliefert. Die Chargendokumentation erfolgt zentral in der Apotheke.

3.2.8 Medizinprodukte

Das "Organisationshandbuch MPG" regelt die Abläufe und Verantwortlichkeiten. Das Einkaufshandbuch regelt die Grundsätze der Beschaffung. Die Medizintechnik führt die sicherheitstechnischen Kontrollen der Medizingeräte durch. Medizinproduktebeauftragte sind benannt. Die Bedienungsanleitungen der eingesetzten Geräte werden im Intranet vorgehalten und sind von jedem EDV-Arbeitsplatz aus verfügbar. Für die Dokumentation der Einweisung steht eine EDV-Unterstützung zur Verfügung (Virtual Facility Management). Darin können die dokumentierten Einweisungen verwaltet werden. In einem Projekt wurden die Medizinproduktebeauftragten zum Teil neu festgelegt.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Das gesamte EVKLN ist EDV-technisch vernetzt. Verantwortlichkeiten und Struktur der IT-Abteilung sind in einem Organigramm dargelegt. 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 zahlreichen Projektteilschritten komplett erneuert.

Die Nutzung des Krankenhausinformationssystems wird kontinuierlich weiter ausgebaut. Seit 2011 werden Röntgenaufnahmen digital erfasst und archivert ("PACS"). Patientenakten werden digitalisiert und sind im Falle der Wiederaufnahme eines Patienten elektronisch verfügbar.

4.2 Patientendaten

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

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 von Patientendaten

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 seit 2004 digitalisiert. Bei wiederkehrenden Patienten werden auch die Unterlagen vor 2004 digitalisiert. Ältere Unterlagen werden in den Archiven vorgehalten. 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. Seit 2011 ist ein digitales Bildarchiv für neu erstellte Röntgen- CT- und MRT- Bilder etabliert. Informationsportale zur Befund- und Bildkommunikation mit kooperierenden Ärzten und Krankenhäusern wurden etabliert.

4.3 Informationsmanagement

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Die Information der Krankenhausleitung erfolgt durch regelmäßige Besprechungen und Joures 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. Fachzeitschriften stehen z.T. in gedruckter Form, z.T. elektronisch zur Verfügung. Zahlreiche Kennzahlen werden mit den Daten des Krankenhauszweckverbandes Rheinland von über 150 Mitglieds-Krankenhäusern abgeglichen.

4.3.2 Informationsweitergabe

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.

4.4 Telefonzentrale und Empfang

4.4.1 Organisation und Service der Aufnahmebereiche, Pforten und der Telefonzentralen

Die Mitarbeiter der Information / Pforte und Telefonzentralen werden gezielt nach einem schriftlichen Konzept eingearbeitet. Sie wurden im Umgang mit Patienten und Angehörigen gezielt geschult. In den Aufnahmebereichen ist durch geschlossene Räume die Diskretion gewährleistet. An den Pforten liegen Alarmierungslisten für Notfälle vor, die regelmäßig überprüft werden. Medizinische Notfälle werden in drei Betriebsteilen in den Zentralen Notaufnahmen versorgt, bis zur Einrichtung der Notaufnahme im verbleibenden Betriebsteil liegen dort Handlungsleitfäden für den Umgang mit medizinischen Notfallsituationen vor.

4.5 Datenschutz

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Ein Datenschutzbeauftragter ist benannt. Die Regelungen zum Datenschutz sind im Datenschutzhandbuch hinterlegt. Neue Mitarbeiter bestätigen durch Unterschrift die Kenntnisnahme der "Dienstanweisung zum Umgang mit Informationstechnologie". Die Grundsätze zur Beauskunftung anfragender externer Stellen wurden formuliert und veröffentlicht. Die Mehrzahl der Mitarbeiter ist im Datenschutz unterwiesen, Neue Mitarbeiter werden beim Einführungstag unterwiesen. Die Patienten willigen mit den Aufnahmeunterlagen in die eingeschränkte Nutzung ihrer Daten zu medizinischen Zwecken ein. Betriebsfremde Personen unterzeichnen Verschwiegenheitserklärungen, der Datenschutz wir mit Kooperationspartnern vertraglich geregelt. Der Zugang zu den IT-Medien erfolgt über personalisierte Passwörter.

5 Führung

5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Die Leitsätze wurden durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe erarbeitet, der Aufsichtsrat stimmte der vorläufigen Fassung zu und 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 Krankenpflege) unter Berücksichtigung der Leitsätze erstellt.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Vertrauensfördernde Maßnahmen leiten sich aus den Leitsätzen ab. Eine Stabsstelle Kommunikation ist eingerichtet. Hauszeitung und QM-Flyer sowie regelmäßige Begehungen dienen der Information.
Die Teilnahme an unterschiedlichen Arbeitskreisen durch Mitarbeiter ist erwünscht und wird von der Geschäftsführung durch die Bereitstellung von Ressourcen gefördert. Die MAV wird in die Gremien- und Projektarbeit eingebunden.
Die Zufriedenheit der Mitarbeiter wurde 2011 erstmals mittels einer Befragung erhoben.
Durch die Neugestaltung des Intranets 2011 soll die Information der Mitarbeiter (z.B. über die Weiterentwicklung der zahlreichen Baumaßnahmen sowie die Angebote für die Mitarbeiter) verbessert werden.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Aspekte

Ein Klinisch-Ethisches Komitee (KEK) ist eingerichtet. Mitarbeiter, Patienten und Angehörige können im Bedarfsfall auf die Mitwirkung des Komitees zurückgreifen. Seelsorger der Evangelischen und Katholischen Kirche sind in allen Betriebsteilen jederzeit ansprechbar. Die Leitsätze geben den Mitarbeitern Orientierung zu ethischen Fragestellungen. Die Sensibilisierung der Pflegemitarbeiter zu ethischen Problemstellungen erfolgt durch Seelsorger. Die Pflege hat Leitfäden zur Sterbebegleitung und ein Handbuch der Religionen erstellt. Selbsthilfegruppen werden eingebunden.

5.2. Strategie und Zielplanung

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Verantwortlich für die Zielplanung ist die Geschäftsführung. Ein über mehrere Jahre angelegtes Strategiepapier wurde erstellt. Es existieren ein jährlicher Wirtschaftsplan, eine Bau- und Investitionsplanung, Gerätelisten und eine Personalbedarfsplanung. Ziele werden unter Einbindung der Abteilungsleiter, der Chefärzte und der Pflege festgelegt, dabei werden Wirtschaftlichkeitsberechnungen einbezogen. Bei der Umsetzung in den Arbeitsgruppen wird die Expertise der Hygiene, der Arbeitssicherheit und der MAV einbezogen. Die Überprüfung der Ziele erfolgt anhand von Kennzahlen der Controlling-Bereiche, hierfür steht unter anderem ein Data-Warehouse zur Verfügung. Im Vordergrund der Weiterentwicklung stehen derzeit die Anbindung des Herzzentrums an den Standort Duisburg-Nord sowie zahlreiche weitere Aus- und Umbaumaßnahmen.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Kooperationsverträge mit medizinischen und nicht-medizinischen Partnern wurden geschlossen. Die Kooperationen werden unter Beteiligung der betroffenen Fachabteilung nach fachlichen Kriterien ausgewählt und dienen der Ergänzung des Leistungsspektrums, der Förderung der sektorübergreifenden Versorgung und der Nutzung von Synergie-Effekten. Verträge werden von der Geschäftsführung geschlossen und folgen dem Prinzip von Leistung und Gegenleistung.
Die Ökumenische Krankenhaushilfe ist seit 35 Jahren in die Arbeit des EVKLN eingebunden. Ein ehrenamtlich tätiger Patientenfürsprecherkreis ist etabliert.

Das EVKLN und die angegliederten Schulen bieten Ausbildungen in zahlreichen medizinischen und nicht-medizinischen Berufen sowie Weiterbildungsstellen für Ärzte.
Seit Jahren wird das EVKLN jährlich wegen seines Engagements in der Organspende vom Gesundheitsministerium NRW ausgezeichnet.

5.3 Organisationsentwicklung

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Aufbauorganisation des Krankenhauses ist in einem Organigramm dargestellt, das regelmäßig überprüft und angepasst wird. Die Struktur der Kliniken oder Zentren ist teilweise in detaillierten Organigrammen oder Strukturplänen dargestellt. Die Geschäftsordnungen der Gremien regeln deren Zusammensetzung unter Einbindung der Geschäftsführung. Projektarbeitsgruppen werden durch die QM- Kommission empfohlen und durch die Geschäftsführung beauftragt. Die Projektarbeit ist strukturiert, über den Fortgang und die Ergebnisse wird regelmäßig berichtet. Der Informationsaustausch wird durch regelmäßige Sitzungen gewährleistet, die Sitzungen sind in einer Besprechungsmatrix dargestellt. Die Ansprechpartner aller Kliniken und Abteilungen sind bekannt und werden im Internet, im Intranet und in der Broschüre für Mitarbeiter dargestellt.

5.3.2 Festlegung einer effektiven Arbeitsweise in den Leitungsgremien

Das Unternehmen verfügt über eine Satzung, für die Geschäftsführung liegt ein Geschäftsverteilungsplan vor. Die Gremienarbeit wird größtenteils durch Geschäftsordnungen geregelt. Die Geschäftsführung oder ein Vertreter nehmen an den Gremien teil. Der Informationsaustausch erfolgt in regelmäßigen Joures Fixes und Besprechungen, deren Rhythmus in einer Besprechungsmatrix beschrieben ist. Die Geschäftsführung berichtet an den Aufsichtrat, die Abteilungsleiter berichten an die Geschäftsführung. Der Austausch mit Kliniken und Pflege wird über Betriebsleitungssitzungen und Teilnahme der Geschäftsführer an den Chefarztkonferenzen gewährleistet.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Strategische Entscheidungen werden vom Aufsichtsrat getroffen. Die Geschäftsführung bereitet die Beschlüsse unter Einbeziehung der Fachexpertise vor und überwacht die Umsetzung. Klinische Innovationen werden auf Anregung der Kliniken auf die Umsetzbarkeit und Refinanzierung überprüft und bedürfen der Genehmigung durch die Geschäftsführung.

5.4 Marketing

5.4.1 Kommunikation

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.

5.5 Risikomanagement

5.5.1 Risikomanagementsystem
Ein detailliertes Risikoinventar besteht und wurde 2010 / 2011 vollständig überarbeitet. Für die Meldung von Beinahezwischenfällen steht eine Datenbank zur Verfügung, Meldungen werden von einem Lenkungsgremium ausgewertet. Zahlreiche Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit sind etabliert. Risikoaudits wurden in den Jahren 2013 und 2014 von unabhängigen Dritten unter Beteiligung der betroffenen Bereiche durchgeführt.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Qualitätsmanagementsystem

6.1.1 Organisation und Einbindung der Mitarbeiter
Die Aufbauorganisation des QM ist in einem im Qualitätsbericht veröffentlichten Organigramm beschrieben. Verantwortlich für Steuerung und Umsetzung sind die Geschäftsführung und die Qualitätsmanagementkommission. Die Qualitätspolitik orientiert sich an den Leitsätzen. Ein hauptamtlicher Qualitätsmanagementbeauftragter ist benannt und der Stabsstelle Medizincontrolling und QM zugeordnet. Die Leitungsebenen sind über die Gremien in die Umsetzung des QM eingebunden. Projektarbeitsgruppen werden von der QMK oder der Geschäftsführung beauftragt, der Projektfortschritt wird durch die Geschäftsführung und die QM-Kommission überwacht. Die Stabsstelle MedCo / QM unterstützt die Abteilungen bei der praktischen QM-Arbeit. Mitarbeiter wurden im QM geschult. Mustervorgaben für die Organisation von Strukturen und Prozessen in den Kliniken wurden erstellt.

6.1.2 Vernetzung und Prozessgestaltung
Für das EVKLN und einige Abteilungen wurden Prozesslandschaften erstellt. Die Prozesse zahlreicher Bereiche werden über - teils interdisziplinär erarbeitete - Vorgabedokumente geregelt. Die Vorgabedokumente werden zentral über eine Intranet-Anwendung (QM-Arbeitsplatz) allen Mitarbeitern zur Verfügung gestellt und von den Prozessverantwortlichen regelmäßig überprüft und aktualisiert. Die Evaluation der Strukturen und Prozesse erfolgt durch Audits in allen Kliniken unter Einbeziehung von Mitarbeitern der Pflege, des ärztlichen Dienstes und weiterer Berufsgruppen.

6.2 Befragungen

6.2.1 Befragungen
Das EVKLN führt in regelmäßigen Abständen externe Patientenbefragungen mit einem validierten Verfahren durch. Aufgrund der Methodik wird ein weit überdurchschnittlicher Rücklauf erzielt. Der Anbieter ermöglicht den Vergleich der Ergebnisse mit einem großen Vergleichskollektiv. Die Ergebnisse werden hausintern kommuniziert. Auf der Basis der Ergebnisse der Befragungen wurden Projekte eingerichtet und Maßnahmen einge-

leitet, deren Evaluation durch die regelmäßige Wiederholung der Befragungen gewährleistet ist. Daneben werden in ausgewählten Bereichen auch interne Patientenbefragungen durchgeführt.

6.2.Befragung externer Einrichtungen
Die zuweisenden Ärzte wurden ebenfalls in regelmäßigen Abständen befragt. Der Rücklauf war hier allerdings gering, die Ergebnisse waren wegen der geringen Rücklaufquote nur eingeschränkt verwertbar.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung
Im Jahre 2010/11 wurde erstmals eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt, die Koordination übernahm eine Lenkungsgruppe. Durch eine gezielte Informationskampagne konnte ein Rücklauf von 52% erreicht werden. Die allgemeinen Ergebnisse wurden in Betriebsversammlungen und im Intranet bekannt gemacht. Detailergebnisse der Abteilungen wurden den Betroffenen im persönlichen Gespräch (Kleingruppen und Abteilungsversammlungen) erörtert, in Abteilungen mit möglichem Konfliktpotential mit dem Angebot der Unterstützung durch einen externen Mediator. Eine Lenkungsgruppe zur Erarbeitung von Vorschlägen und Maßnahmen zur Mitarbeiterorientierung wurde dauerhaft eingerichtet.

6.3 Beschwerdemanagement

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden
Ein ehrenamtlicher Patientenfürsprecher sowie vier Vertretungen wurden benannt und nehmen Beschwerden 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. In den vergangenen Jahren wurden die Beschwerdemöglichkeiten kontinuierlich ausgebaut. Die Patienten werden durch Plakate und Hinweise auf die Beschwerdemöglichkeiten aufmerksam gemacht.

6.4 Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Erhebung und Nutzung qualitätsrelevanter Daten
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.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die Erhebung und Auswertung der Daten ist detailliert geregelt. Das EVKLN liefert ca.7.000 Datensätze jährlich, die Dokumentationsquote liegt seit Jahren bei 100%. Die Daten werden während des laufenden Jahres mittels einer Software ständig überprüft, um bei etwaigen Abweichungen die Prozesse verbessern zu können. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden von der Geschäftsführung supervidiert und den Abteilungen in aufbereiteter Form zur Verfügung gestellt. Auffällige Ergebnisse werden mit den Abteilungen in Besprechungen erörtert. Weitere Daten zur Qualitätssicherung werden erhoben und an zentrale Stellen gemeldet (Darmkrebs, Schlaganfall, Prostatakarzinom, Thoraxzentrum, Refraktive Chirurgie etc.)