



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen



Klinikum Duisburg



Ein Haus der
Sana Kliniken AG

KTQ - QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Klinikum Duisburg

Institutionskennzeichen: 260510212

Anschrift: Zu den Rehwiesen 9
D – 47055 Duisburg

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2009 – 0001 K

durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:

BSI NIS Zertifizierungs- und Umweltgutachter GmbH, Hanau

Datum der Ausstellung: 05.02.2009

Gültigkeitsdauer: 04.02.2012

Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das getragen wird von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet. **Die Verfahrensinhalte wurden ausschließlich von Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.**

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

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

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

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner

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

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

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

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

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

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

Prof. Dr. F.-W. Kolkmann

Für die Bundesärztekammer

Dr. M. Walger

Für die

Deutsche Krankenhausgesellschaft

Dr. H. D. Scheinert

Für die Spitzen-

verbände der Krankenkassen

M.-L. Müller

Für den Deutschen Pflegerat

Die Klinikum Duisburg GmbH hat ihren Ursprung in den städtischen Häusern „Frauen- und Kinderklinik Lotharstrasse“ und der „Haniel-Krankenstiftung Ruhrort“, die 1977 in der Klinikneugründung am Sportpark Wedau unter dem Namen "Städtische Kliniken" (1977 - 1999) zusammengeführt wurden. Im Jahre 1977 wurde das Klinikum Duisburg auch Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen. Im Jahre 1981 wurde das Bertha-Krankenhaus in Rheinhausen als zweiter Standort integriert. Im Jahr 1999 entschied sich die Stadt, die bis dahin als Eigenbetrieb der Stadt Duisburg geführten Städtischen Kliniken in die Klinikum Duisburg gGmbH mit den beiden Betriebsstätten "Wedau Kliniken" und "Bertha-Krankenhaus" umzuwandeln. 2007 wurden 49 % der Gesellschaftsanteile an die Sana Kliniken AG verkauft und noch im gleichen Jahr wurde die Gemeinützigkeit aufgegeben.

Das Klinikum Duisburg ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit 678 Betten in 16 Fachabteilungen. Als innovatives und patientenorientiertes Unternehmen steht es im Dienste der Menschen und ihrer Gesundheit und zählt zu den marktführenden Krankenhäusern in der Region. Im Jahre 2007 wurden im Klinikum Duisburg 22.168 stationäre und 56.352 ambulante Patienten behandelt.



Das Klinikum Duisburg ist ein Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Duisburg-Essen mit einem Perinatalzentrum sowie einem Neuro-Zentrum und verfügt über einen onkologischen Schwerpunkt. In den Tageskliniken der Geriatrie, Rheumatologie, Neurologie, Psychosomatik, Psychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie - der Psychotherapie bietet das Haus seinen Patienten auch eine teilstationäre Behandlung an. Ebenso gehören ein Institut für Notfallmedizin, welches in Kooperation mit der Feuerwehr Duisburg betrieben wird, ein Institut für Rechtsmedizin in Zusammenarbeit mit der Polizei sowie ein Institut für Sport und Bewegung zum Leistungsspektrum. In der Planung sind darüberhinaus eine ambulante neurologische Rehabilitation, eine mobile Geriatrie und ein Institut für Frühförderung.

Das Klinikum Duisburg verfügt über eine zertifizierte, überregionale Stroke Unit zur Schlaganfall-Akutversorgung, ein zertifiziertes Gefäßzentrum sowie einer nach Iso zertifizierten ZSVA. Daneben gibt es eine Intensiv- und Intermediate Care-Station. In Kooperation mit der Polizei Duisburg gibt es eine Opferschutzambulanz.

Eine Vernetzung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung wird durch das angeschlossene Ärztezentrum auf dem Gelände des Klinikum Duisburg gewährleistet, in dem sich vier selbstständige Praxen, darunter ein Dialysezentrum, befinden.



Ausführliche Informationen zum Leistungsspektrum des Klinikum Duisburg, Flyer sowie eine Vielzahl von Bildern erhalten Sie unter www.klinikum-duisburg.de.



Inhaltsverzeichnis

1	Patientenorientierung im Krankenhaus	10
1.1	Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme	10
1.1.1	Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert	10
1.1.2	Orientierung im Krankenhaus	10
1.1.3	Patientenorientierung während der Aufnahme	10
1.1.4	Ambulante Patientenversorgung.....	10
1.2	Ersteinschätzung und Planung der Behandlung	10
1.2.1	Ersteinschätzung.....	10
1.2.2	Nutzung von Vorbefunden	11
1.2.3	Festlegung des Behandlungsprozesses	11
1.2.4	Integration der Patienten in die Behandlungsplanung	11
1.3	Durchführung der Patientenversorgung	11
1.3.1	Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung	11
1.3.2	Anwendung von Leitlinien.....	11
1.3.3	Patientenorientierung während der Behandlung	12
1.3.4	Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung	12
1.3.5	Koordinierung der Behandlung	12
1.3.6	Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination	12
1.3.7	Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung	12
1.3.8	Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite	12
1.4	Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche	13
1.4.1	Entlassung und Verlegung	13
1.4.2	Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung/ Verlegung u. a.)	13
1.4.3	Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung	13
2	Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	14
2.1	Planung des Personals.....	14
2.1.1	Planung des Personalbedarfes.....	14
2.2	Personalentwicklung	14
2.2.1	Systematische Personalentwicklung	14
2.2.2	Festlegung der Qualifikation	14
2.2.3	Fort- und Weiterbildung	14
2.2.4	Finanzierung der Fort- und Weiterbildung	14
2.2.5	Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien	15
2.2.6	Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten	15
2.3	Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern	15
2.3.1	Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles	15
2.3.2	Einhaltung geplanter Arbeitszeiten	15
2.3.3	Einarbeitung von Mitarbeitern	15
2.3.4	Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden	16
3	Sicherheit im Krankenhaus	17
3.1	Gewährleistung einer sicheren Umgebung	17
3.1.1	Verfahren zum Arbeitsschutz.....	17
3.1.2	Verfahren zum Brandschutz	17
3.1.3	Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfall-situationen und zum Katastrophenschutz	17
3.1.4	Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement	17
3.1.5	Gewährleistung der Patientensicherheit.....	17
3.2	Hygiene.....	18
3.2.1	Organisation der Hygiene	18
3.2.2	Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten	18
3.2.3	Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen	18
3.2.4	Einhaltung von Hygienerichtlinien	18
3.3	Bereitstellung von Materialien	18
3.3.1	Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten	18
3.3.2	Anwendung von Arzneimitteln	19
3.3.3	Anwendung von Blut- und Blutprodukten	19
3.3.4	Anwendung von Medizinprodukten	19
3.3.5	Regelung des Umweltschutzes.....	19
4	Informationswesen	20

4.1 Umgang mit Patientendaten	20
4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten	20
4.1.2 Dokumentation von Patientendaten	20
4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten	20
4.2 Informationsweiterleitung.....	20
4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen	20
4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen	20
4.2.3 Information der Öffentlichkeit.....	21
4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes	21
4.3 Nutzung einer Informationstechnologie	21
4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie	21
5 Krankenhausführung	22
5.1 Entwicklung eines Leitbildes	22
5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes	22
5.2 Zielplanung	22
5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung	22
5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur	22
5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes	22
5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung	23
5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen	23
5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise inne rhalb der Krankenhausführung	23
5.3.3 Information der Krankenhausführung	23
5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen	23
5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben	23
5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen	23
5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten.....	24
5.4.3 Umgang mit Verstorbenen.....	24
6 Qualitätsmanagement	25
6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement	25
6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement	25
6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen	25
6.2 Qualitätsmanagementsystem	25
6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements	25
6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung.....	25
6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten	26
6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten	26
6.3.2 Nutzung von Befragungen	26
6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden	26
6.4 Externe Qualitätssicherung nach §137 SGB V	26
6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung	26
6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung	26

Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Klinikum Duisburg

1 Patientenorientierung im Krankenhaus

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

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

Einweiser und Patienten vereinbaren mit den Fachambulanzen den Aufnahmetermin. Die vorstationäre Behandlung wird zur Planung der Einbestellung genutzt. Notfälle werden über die ZPA abgewickelt (24 Std./Tag). Der Prozess von der Aufnahme bis zur Entlassung ist durch eine Verfahrensweisung umfassend geregelt.

Information erhalten Patienten über unsere Homepage, die Abteilung "Marketing und Öffentlichkeitsarbeit und fallbezogen über Fachambulanzen. Wir arbeiten eng vernetzt mit Selbsthilfegruppen zusammen.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Die Orientierung der Patienten und Besucher erfolgt durch ein einheitliches Wegeleitsystem. An den 3 Haupteingängen der Klinik erhalten Angehörige und Patienten Informationen, Beratung und b. Bed. eine Transportbegleitung. Lagepläne liegen an den Haupteingängen aus und unterstützen die Orientierung im Krankenhaus. Für die Begleitung der Patienten stehen der Transportdienst und die Ökumenische Krankenhilfe zur Verfügung. Bei kritisch kranken Patienten übernehmen Pflegekräfte und Ärzte den Transport.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Der Ablauf des stationären Aufnahmeprozesses bis hin zur Entlassung und die Aufnahme von Verletzten sind in Verfahrensweisungen umfassend geregelt. Über 24 Stunden ist überall der Facharztstandard gewährleistet. Mitarbeiter sind umfassend für den Umgang mit Notfallsituationen qualifiziert. Die Wartezonen sind im Aufnahmebereich mit Getränkeautomat und Spielmöglichkeiten ausgestattet. In der Kinderklinik gibt es neben dem Spielbereich mit Holzschiff, Fernseher und Wickelraum ein restauriertes Schiff im Außenbereich zum Klettern.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

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

Die ambulante Notfallversorgung erfolgt über die Zentralambulanz. Das Institut für Notfallmedizin sichert die Verzahnung zwischen der Klinik und dem Rettungsdienst. In der Klinik ist ein Baby - Notarztwagen stationiert. Die Zentralambulanz liegt direkt an der Liegendanfahrt und am Hubschrauberlandeplatz. Die Ausstattung erfüllt alle Anforderungen an eine effiziente Notfallversorgung. Intensivstationen und OP's sind über kurze Wege erreichbar. Die Röntgenabteilung befindet sich direkt neben der Zentralambulanz. Mit externen Dienstleistern gibt es Kooperationen.

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.

1.2.1 Ersteinschätzung

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

Der Ablauf der Aufnahme ist für die medizinische, pflegerische und administrative Aufnahme geregelt. Erwartungen der Patienten zu medizinischen, pflegerischen und Unterbringungsgesichtspunkten werden berücksichtigt. Die einheitliche Dokumentation erfolgt über das Optiplan - System und

Krankenhausinformationssystem. Die Intimsphäre wird bei der Anamneseerhebung etc. gewahrt. Patienten werden in Aufnahmezimmern der Ambulanzen aufgenommen. Der Facharztstandard ist überall gewährleistet. Mitarbeiter der Klinik unterliegen vertraglich der Schweigepflicht.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Die Patienten und Einweiser werden vor einer stationären Aufnahme bei der ambulanten / prästationären Untersuchung gebeten, relevante Vorbefunde zur Verfügung zu stellen, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Mitgebrachte Vorbefunde werden in der Patientendokumentation erfasst und den Patienten nach der Entlassung mitgegeben. Über die Klinikcomputer können Laborbefunde, Arztbriefe, archivierte Akten und Radiologiebefunde abgefragt werden. Die Weiterleitung von Akten und Vorbefunden an andere Fachabteilungen ist durch eine Verfahrensweisung geregelt.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Die Festlegung der Therapie erfolgt in den Ambulanzen bei der Aufnahme über etablierte Behandlungsleitlinien und Vorgaben der Fachgesellschaften. Behandlungspläne werden innerhalb von 24 Stunden durch einen Facharzt überprüft. Anpassungen der Behandlungspläne finden auch bei den täglichen Visiten, Ober- und Chefarztvisiten sowie disziplinären und interdisziplinären Besprechungen statt. Die Pflegeplanung geschieht für jeden Patienten individuell. In der Patientenakte werden Behandlungsplanungen und alle Leistungen durch die Leistungserbringer dokumentiert.

1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Bei der ambulanten Vorstellung und stationären Aufnahme wird der Behandlungsplan mit den Patienten und Angehörigen besprochen. Fremdsprachige Patienten werden durch mehrsprachige Aufklärungsbögen und Mitarbeiter mit entsprechenden Sprachkenntnissen unterstützt. Die Kinderklinik fördert die Einbeziehung der Eltern durch die gewünschte Anwesenheit bei den Visiten. Die Organisation der häuslichen Versorgung sichern der Sozialdienst, psychosoziale Dienst und Überleitungspflege. Wir bieten Schulungen (z.B. häusliche Pflege, chronische Erkrankungen) an.

1.3 Durchführung der Patientenversorgung

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

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

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

Die etablierten Behandlungsleitlinien berücksichtigen Therapieempfehlungen der Fachgesellschaften und hausinterne Strukturen. Interdisziplinäre Abstimmung und der Facharztstandard sichern die professionelle Behandlungsqualität. Die Kontrolle der Behandlungsplanung erfolgt während der Visiten durch den Ober- und Chefarzt. Bei lebensbedrohlichen Zuständen steht das Reanimationsteam der Intensivstation zu Verfügung. Die Indikation zu operativen Eingriffen oder anderen invasiven Maßnahmen wird grundsätzlich durch einen Oberarzt gestellt bzw. genehmigt.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien mit, wo möglich, Evidenzbezug zugrunde gelegt.

In den Unternehmensleitlinien, Qualitätsstandards und Betriebsvereinbarungen sind allgemeine Verhaltensweisen und der Umgang mit Patienten sowie Mitarbeitern festgeschrieben. Die Abteilungen und Berufsgruppen verfügen über klinikinterne Behandlungsleitlinien und Standards, die laufend aktualisiert werden. Der Evidenzbezug ergibt sich über die Orientierung an den Leitlinien der Fachgesellschaften. Bei besonderen Fragestellungen wird außerdem auf Konsile zurückgegriffen. Bei ethischen Fragestellungen kann ein ethisches Konsil angefordert werden.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

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

Zur Verfügung stehen Zimmer mit Fernseher, Telefon, Rufanlage, elektrischen Betten und modernen Badezimmer. Der Patientenservice umfasst u.a. Schulungen, Eltern-Kind-Zimmer, Frisör, Safe, Kiosk, Dolmetscher, Hotelzimmer, Safe, christlicher und muslimischer Andachtsraum, Infolyer, Cafeteria, Wintergarten, Hausdame, Internetcafe und ein Beschwerdewesen. Die Einbeziehung der Patienten und Angehörigen erfolgt im Rahmen von Visiten und Beratungsgesprächen. Die Leitlinien unseres Hauses sind die Grundlage für patientenorientiertes Handeln.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Durch die Automatische Waren-Transportanlage ist ein zügiger Transport des Essens von der Küche zu den Stationen gewährleistet. Geschulte Service-Assistenten erfassen täglich die Wünsche der Patienten und berücksichtigen angeordnete Diätvorschriften, religiöse und kulturelle Aspekte beim Speisenangebot. Medizinische Zusatznahrungen werden kurzfristig zur Verfügung gestellt. Für mobile Patienten besteht die Möglichkeit, das Frühstück ihrer Wahl in der Cafeteria einzunehmen. Patientencafeteria, Stillräume und Essensräume auf den Stationen ergänzen das Angebot.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Der behandelnde Arzt ist verantwortlich für die Koordination der Maßnahmen. Die weitere Behandlung wird gemeinsam mit dem danach zuständigen Stationsarzt abgestimmt. Ein entsprechendes Formularwesen, die interdisziplinäre Kommunikation, Konsile und Behandlungsleitlinien unterstützen den reibungslosen Ablauf der Behandlung. Selbst bei Notfällen unter Transportbedingungen kann mit Hilfe des Notfallteams innerhalb von wenigen Minuten vor Ort adäquat reagiert werden. Vital gefährdete Patienten werden grundsätzlich vom Pflegepersonal bzw. Ärzten transportiert.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Als Haus der Maximalversorgung stellen wir die Operationsbereitschaft rund um die Uhr sicher. Im OP-Statut sind die Verantwortlichkeiten und Abläufe festgelegt. Die OP-Planung wird dezentral vorgenommen und dem OP-Koordinator am Vortag zur Genehmigung vorgelegt. Durch Kapazitätsverschiebungen ist es jederzeit möglich, Notfalloperationen vorzunehmen. Der OP-Koordinator berücksichtigt bei der OP-Planung die Kapazitäten der Intensivstationen und Intermediate Care. Die weiterbehandelnden Stationen werden nach jeder OP über durchzuführende Maßnahmen informiert.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Die Koordination der Patientenbehandlung obliegt dem behandelnden Arzt. Über Behandlungsleitlinien und die Dokumentation werden die Leistungsprozesse für alle Beteiligten transparent und verbindlich. Als Kommunikationsplattform für die Abstimmung aller Bereiche dienen tägliche Visiten und in einigen Bereichen zusätzlich interdisziplinär besetzte Teambesprechungen. Bei Konsilen ist der Facharztstandard gewährleistet. Neben den Fachabteilungen stehen hierzu viele Konsilpartner zu Verfügung, die teilweise im angegliederten Ärztezentrum Praxen haben.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

In allen Abteilungen finden täglich Visiten und teilweise gezielte interdisziplinäre Fallbesprechungen statt. Auf Wunsch des Patienten können auch die Angehörigen teilnehmen. Wöchentlich erfolgt mindestens eine Chefarztvisite. In akutmedizinischen Bereichen ist ständig ein Oberarzt oder Facharzt anwesend. Ausführliche Gespräche und Beratungen werden dem Patienten und seinen Angehörigen außerhalb der Visitenzeiten angeboten. Die Dokumentation der Visitenresultate geschieht in der Patientenkurve. Nur das therapeutische Team hat Zugang zu den Patientenakten.

1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

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

1.4.1 Entlassung und Verlegung

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

Bei den Visiten informiert der Arzt den Patienten über den geplanten Entlassungstermin. Der Patient erhält einen ärztlichen Entlassungsbrief und wenn erforderlich auch einen pflegerischen, stoma- und physiotherapeutischen Überleitungsbogen. In der Geriatrie gibt es interdisziplinäre Qualitätsstandards zur Austrittsplanung. Sozialdienst, Stomatherapie, Hilfsmittelversorger und Überleitungs- pflege werden im Bedarfsfall einbezogen. In der neurologischen Frührehabilitation werden mit den Angehörigen vorher Wochenendbelastungserprobungen durchgeführt.

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

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

Die Vorgehensweise bei Entlassungen ist in einer Verfahrensanweisung geregelt. Bei der Entlassung erhält jeder Patient einen ärztlichen Verlegungsbericht (Kurzarztbrief). Ein ausführlicher Arztbrief wird dem Hausarzt bzw. der weiterbehandelnden Einrichtung nachgesandt. Aktuell erarbeiten wir hierzu ein neues Konzept, um endgültige Arztbriefe am Entlassungstag direkt an Patienten auszuhändigen zu können. Ist in der Weiterbehandlung eine pflegerische Betreuung notwendig, wird ein Überleitungsbogen der Pflege und ggf. der Physikalischen Therapie erstellt.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Die Geriatrie Tagesklinik, Rheumatologische Tagesklinik, Neurologische Frührehabilitation und die Möglichkeit zur nachstationären Behandlung sichern unseren Patienten eine übergangslose Weiterbehandlung. Entlassungen werden mit den weiterbetreuenden Einrichtungen und ggf. mit Unterstützung des Krankenhaussozialdienstes geplant. Die gute Kooperation mit Pflegediensten, Selbsthilfegruppen etc. wird durch langjährige Beziehungen ermöglicht. Der Informationsfluss ist durch Arztbriefe, Überleitungsbögen und den direkten Austausch gewährleistet.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Planung des Personals

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

2.1.1 Planung des Personalbedarfes

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

Wir nutzen an Kennzahlen orientierte Berechnungsverfahren zum Personalbedarf unter Berücksichtigung aller abteilungsspezifischen Umstrukturierungs- und Umschichtungsmöglichkeiten zur Optimierung von Arbeitsabläufen. Die Leistungserfassung und Planung des Personals erfolgt über das Dienstplanungsinstrument PER-RES. Rahmendienstepläne werden jährlich mit den Anforderungen an die Klinik, dem zur Verfügung stehenden Budget und der Strategie der Geschäftsführung abgeglichen. Bei Umstrukturierungen wird der Stellenplan den Leistungsmerkmalen angepasst.

2.2 Personalentwicklung

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

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Die neue Konzeption zur Personalführung und Personalentwicklung wurde (auf der Grundlage einer umfassenden Meta-Analyse) interdisziplinär in den letzten Monaten erarbeitet. Ergebnis der Projektgruppe sind aktuell 10 Betriebsvereinbarungen, die durch eine Kick-off-Veranstaltung am 29.09.2008 eingeführt wurden und somit den Prozess der systematischen Personalentwicklung initiierten und implementieren.

Weitere 10 Betriebsvereinbarungen werden bis Februar 2009 eingeführt. Kontinuierliche Workshops sichern zudem eine breite Mitarbeiterbeteiligung.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Die Steuergruppe PE hat kürzlich eine Betriebsvereinbarung zur Stellen- und Funktionsbeschreibung veröffentlicht. Die jeweils zuständigen Personalreferenten („Team Personalentwicklung“, Personalmanagement) begleiten die Personalverantwortlichen bei der Erarbeitung von Stellen- und Funktionsbeschreibungen, der Führung entsprechender Mitarbeitergespräche und des Prozesses zur Umsetzung. Die Bewertung der Funktionen wird auch Bestandteil der Stellenbeschreibung und dient somit als Maßstab für die Leistungsbeurteilung von Mitarbeitern.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

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

Wir bieten Mitarbeitern vielfältige Möglichkeiten zur Aus- und Weiterbildung bzw. Freistellungen für ein Studium. Fortbildungen, die im betrieblichen Interesse liegen, sind für Mitarbeiter kostenlos. Der gerechte Zugang zu Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung erfolgt auf Basis einer Betriebsvereinbarung. Rückmeldungen aus Abteilungen zum Bildungsbedarf und Daten aus der Bildungsbedarfsanalyse bzw. von Zielvereinbarungsgesprächen werden von der Personalabteilung bei der Erstellung des Halbjahresprogramms berücksichtigt. Ein Budget für Fortbildungen existiert.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Die jährlich festgelegten Bedarfsanalysen und Zielvereinbarungen mit Mitarbeitern führen zur Präzisierung und Fortentwicklung der im Budget zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel. Über die Betriebsvereinbarung ist das Verfahren geregelt. Im Wirtschaftsplan wird ein Gesamtbudget veranschlagt, darüber hinaus gehende Fort- und Weiterbildungen werden im erforderlichen Maße genehmigt und die notwendigen Mittel bereitgestellt. Die Überprüfung der Verhältnismäßigkeit der

Kosten erfolgt durch die Leitung der Personalabteilung.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Nach Schließung der Krankenhausbibliothek wurden Bücher auf die verschiedenen Fachabteilungen verteilt. Ausbildungszentrum, Führungskräfte im oberen und mittleren Management sowie Stabstellen verfügen über Internetzugänge. Für Fachzeitschriften gibt es einen begrenzten Verteiler. An mehreren Stellen stehen allen Mitarbeitern Kopierer und Internetzugänge zur Verfügung. Über die neue Intranetseite der Klinik ist nach Antragstellung zukünftig jedem Mitarbeiter ein Internetzugriff möglich. Diverse Links und Datenbanken (z.B. Uni-Essen) sind darüber nutzbar.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

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

Im Ausbildungszentrum gibt es eine integrative Ausbildung mit Praxisbezug. Über ein Praxisheft ist der Theorie-Praxis-Transfer für die Lehrenden zeitnah überprüfbar. Für die praktische Anleitung sind jeweils zwei Praxisanleiter pro Bereich zuständig. Im Rahmen der Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräche in der praktischen Ausbildung erfolgen mit Auszubildenden Leistungsbeurteilungen sowie Zielvereinbarungen. Die praktischen Einsätze sind in allen Weiterbildungseinrichtungen gemäß der gesetzlichen Grundlagen und DKG-Richtlinien strukturiert.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

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

Das etablierte Qualitätsmanagementsystem im Bereich der Personalführung und -entwicklung ist auf dem aktuellen Stand der Literatur und gewährleistet die Weiterentwicklung einer hohen Mitarbeiterorientierung im Klinikum Duisburg. Von den Führungskräften wird erwartet, dass sie im Umgang mit Mitarbeitern professionelles Führungshandeln zeigen. Die Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstils ist im Unternehmensleitbild und in den vielen führungspezifischen Betriebsvereinbarungen verankert und wird regelmäßig auf Zielerreichung überprüft.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Es gibt hohe Freiheitsgrade bei der Wahl der Schichtfolgen (ca. 600 Varianten) und Gleitzeit unter Beachtung des Arbeitszeitgesetzes. Ergänzend sind Individualregelungen für die Teilnahme an Fachweiterbildungen etc. möglich. Teil- und Altersteilzeit sind ebenfalls möglich. Mitarbeiter werden ebenso für Studium oder verlängerte Erziehungsurlaube (Sonderurlaub) freigestellt. Überstunden müssen beim Betriebsrat angemeldet werden. Die Steuerung der Dienstzeiten erfolgt über ein EDV-Tool. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter wird regelmäßig über Befragungen erfasst.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Jeder neue Mitarbeiter erhält von der Personalabteilung eine strukturierte Einführung. Für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege gibt es pro Bereich zwei Praxisanleiter mit entsprechender Qualifizierung. Strukturierte Erst-, Zwischen- und Abschlussgespräche und diverse Standards sichern die praktische Anleitung. Jeder Vorgesetzte ist verpflichtet, neuen Mitarbeitern Orientierung über organisatorische Inhalte zu geben und die Einarbeitung sicherzustellen. Qualitätsmanagementhandbücher werden in allen organisatorischen Einheiten vorgehalten.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Seit Ende 2008 existiert ein Ideenmanagement auf Basis einer Betriebsvereinbarung. Kriteriengestützt wird entschieden, ob ein Mitarbeitervorschlag grundsätzlich Verbesserungspotentiale für das Unternehmen aufweist. Sollte dies der Fall sein, erhält der Mitarbeiter eine persönliche Rückmeldung. Mitarbeiter werden informiert, wenn aus ihren Vorschlägen Projekte abgeleitet werden. Nach Realisierung der Projekte erhält der Mitarbeiter eine Beteiligung, die abhängig von der realisierten Jahres- Netto- Einsparung ist. Das Prämiensystem ist normiert.

3 Sicherheit im Krankenhaus

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

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

Die Anforderungen der Berufsgenossenschaften, der GUV, des Landesamtes für Strahlenschutz, Arbeitsschutzgesetz, Landesbaugesetz und die Apothekenbetriebsverordnung werden eingehalten. Es gibt eine Fachkraft für Arbeitssicherheit sowie einen Betriebsarzt. Mitarbeiter erhalten kostenlos Impfungen. Es finden regelmäßig Begehungen, Beratungen und Sitzungen der Arbeitssicherheit statt und erkannte Mängel aus der Gefährdungsanalyse und Unfallstatistik werden behoben. Das Therapiezentrum bietet Mitarbeitern Schulungen im Präventiv- und Rehabereich an.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Der Brandschutzplan wird regelmäßig aktualisiert und erfüllt die gesetzlichen Anforderungen. Mitarbeiter werden vom Brandschutzbeauftragten unterwiesen. Brandschutzgutachten durch die Feuerwehr und Überprüfungen der Löschanlagen, Hydranten und Brandabschnitttüren erfolgen regelmäßig. 2004 erfolgte die Aufrüstung mit Rauchmeldern, Deckenverschlüssen, Fluchttürverriegelungen, Brandschutzdecken, Flucht- und Rettungswegeplänen, Notfallbeschilderungen, schwer entflammbarem Mobiliar und Brandschutztüren.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

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

Der aktualisierte Gefahrenplan für den Massenansturm von Kranken und Verletzten wurde mit dem leitenden Notarzt der Stadt Duisburg erstellt. Eine Brandschutzordnung, ein Maßnahmenkalender sowie Taschenplan für Großschäden sind hinterlegt. Der Gefahrenplan liegt der Feuerwehr Duisburg, dem Amt für Zivil- und Katastrophenschutz und Gesundheitsamt vor. Eine Katastrophenschutzplanübung wurde durchgeführt, um die Qualität des Gefahrenplans zu beurteilen. Das Verfahren bei Ausfällen der Strom-, Wasser-, Gas-, Heizungsversorgung und dem Ausfall von Aufzügen ist geregelt.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

In medizinischen Notfällen wird über die zentrale Notrufnummer das Reanimationsteam angefordert. Es sichert innerhalb von Minuten die Behandlung vor Ort und den Transport. Ein standardisiertes Reanimationsset mit Elektroschockgerät wird zum Notfallort mitgenommen. Unabhängig davon hat jede Station einen eigenen Notfallkoffer bzw. Notfallwagen. Der leitende Notarzt der Stadt Duisburg führt jährlich Unterweisungen in Reanimationstechnik und Notfallmanagement durch. Darüber hinaus bilden wir Multiplikatoren mittels Megacodetraining aus.

3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

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

Wir verfügen zur Patientensicherheit u.a. über moderne Brandschutztechnik, Patientenrufanlagen, Standards für Sturzereignisse, Fixierung und einen Standard mit Patientenidentifikationsarmbändern gegen Verwechslungen im OP. Die Klinik ist videoüberwacht und die Nacheingänge sind gesichert. Die Kinderklinik hat Stationsausgangstüren mit hohen Türklinken, kindersichere Steckdosen, verschlossene Medikamentenschränke, Schutzausrüstungen gegen den plötzlichen Kindstod, ein Transpondersystem als Schutz vor Entführung und tw. elektronische Türschlösser.

3.2 Hygiene

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

3.2.1 Organisation der Hygiene

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

Die Verantwortung für hygienerelevante Themen liegt, analog der Krankenhaushygieneverordnung bei der Hygienekommission, deren ständiges Mitglied ein Hygieniker ist. Eine Geschäftsordnung regelt das Aufgabenprofil. Es sind zwei Mitarbeiter der Hygienestabsstelle zugeordnet. Zentrale Ansprechpartner bei Hygieneproblemen sind die Hygienefachkräfte, die allen Fällen zeitnah nachgehen und die Einhaltung bestehender Richtlinien und vorgeschriebener Verfahrensweisen überwachen. Eine Aktualisierung der Hygienepläne erfolgte im Jahr 2008.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerelevante Daten erfasst.

Infektionserfassungsbogen werden bei der Entlassung des Patienten vom behandelnden Arzt ausgefüllt und von der Hygienefachkraft statistisch ausgewertet. Eine Verfahrensanweisung zum Umgang mit Infektionserfassungen und den resultierenden Daten liegt vor. Die Vorschriften des Infektionsschutzgesetzes werden eingehalten. Die Hygienekommission bewertet die Datenlage und beschließt situationsabhängig Änderungen der Hygienepläne bzw. nimmt Kontakt mit den Verantwortlichen der Bereiche auf (z.B. in Kombination mit Stationsbegehungen).

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Zur Sicherung hygieneerhaltender Maßnahmen führen die Hygienefachkraft und die Hygienekommission angekündigte Stationsbegehungen durch. Auf diesen Begehungen werden die Mitarbeiter nach ihrem Wissensstand in der jeweiligen Situation befragt. Fachinformation erhalten Mitarbeiter durch das Qualitätsmanagementhandbuch, durch Einzel- und Gruppengespräche und Schulungen. Die Hygienepläne und Verfahrensanweisungen werden durch die Hygienestabsstelle regelmäßig mit der Fachliteratur abgeglichen und ggf. aktualisiert.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Die Einhaltung der Hygienevorschriften wird durch die Hygienekommission und Hygienestabsstelle im Rahmen von Umgebungsuntersuchungen und Begehungen in den Bereichen überwacht. Es gibt umfassende Hygienepläne und Verfahrensanweisungen, die im Qualitätsmanagementhandbuch hinterlegt sind. Die Krankenhausküche arbeitet nach dem HACCP Konzept. Die Küche wurde komplett umgebaut und befindet sich auf dem neusten Stand der Technik. Die neugebaute zentrale Aufbereitungsabteilung arbeitet nach den Richtlinien des Robert-Koch-Institutes und ist TÜV-zertifiziert.

3.3 Bereitstellung von Materialien

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

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie

Medizinprodukten

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

Die Versorgung der Bereiche mit Medikamenten, Lagerartikeln und Blutprodukten ist sichergestellt. Jede Abteilung verfügt über eine Lagerartikelliste und Apothekenliste. Die interdisziplinär besetzte Arzneimittelkommission legt die Produktauswahl fest. Die Qualitätsnormen der Hersteller werden berücksichtigt. Für die Bestellung und Anwendung von Betäubungsmitteln liegt eine Verfahrensanweisung vor. Besondere Produkte können direkt über die Einkaufsabteilung bestellt werden. Anwenderspezifische Anforderungen werden beim Produktangebot berücksichtigt.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Das Bestellverfahren ist geregelt. Die Hinterlegung der Verordnung erfolgt in der Patientenakte. In den Behandlungsleitlinien werden Medikationen benannt. Die Apotheke berät Mitarbeiter in pharmakologischen Fragen und leitet das Arzneimitteltelegramm weiter. Beipackzettel liegen auf den Stationen vor und die aktuelle Rote Liste ist im Stationscomputer verfügbar. Die Arzneimittelverordnung, das Betäubungsmittelgesetz und die Apothekenbetriebsordnung werden beachtet. Zytostatika werden an gesicherten Arbeitsplätzen durch geschulte Mitarbeiter vorbereitet.

3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

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

Der Umgang mit Transfusionen ist allen Mitarbeitern der Fachabteilungen bekannt. Die Arbeitsabläufe im Labor sind standardisiert. Alle notwendigen Unterlagen und Dienstanweisungen liegen im Transfusionshandbuch vor. Für die Registrierung der Blutkonserven nutzen das Labor und die Apotheke eine entsprechende Software. Alle vorgenommenen Kreuzproben werden von einer zweiten Fachkraft kontrolliert. Die Gewährleistung einer entsprechenden Lagerung der unterschiedlichen Blutprodukte wird beachtet und elektronisch überwacht.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Die Anwendung von Medizinprodukten ist mittels Verfahrensanweisung geregelt. Der Einweisungsbedarf wird von den Medizinprodukteverantwortlichen arbeitsplatzbezogen ermittelt. Die Einweisungsqualität stellt eine Leitlinie sicher. Das zentrale Medizinproduktebuch und Gebrauchsanweisungen befinden sich in der Medizintechnik und an jedem Arbeitsplatz. Die Medizintechnik ist für die regelmäßige Überprüfung der Vereinfachten Medizinproduktebücher, der erfolgten Einweisungen und das Berichtswesen an die Geschäftsführung verantwortlich.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Der Umweltschutz gehört zu den übergeordneten Zielen, die im Unternehmensleitbild verankert sind. Ein Entsorgungsplan der Arbeitssicherheit existiert. Ca. 80 % der Abfallfraktionen werden einer Wiederverwertung zugeführt. Ein Wassereinsparkonzept wurde umgesetzt. An den Betriebsstätten werden Investitionen in Millionenhöhe für Umweltschutzmaßnahmen (u.a. Energiesparkonzept, Energie-Contracting) getätigt. Materialbeschaffungen erfolgen über eine Einkaufsgemeinschaft, wo ökologische Forderungen bei der Lieferantenauswahl berücksichtigt werden.

4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Patientendaten

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

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

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

Über Dienstanweisungen/Qualitätsstandards sind die Dokumentationspflichten, der Umgang mit sensiblen Daten und die Archivierung geregelt. Wir nutzen ein standardisiertes Formularwesen und Dokumentationssystem sowie Musterakten. Das Röntgenarchiv und die OP -Dokumentation wurden auf EDV umgestellt. Im Intensivbereich ist die Patientenakte voll elektronisch. Zur Zeit wird das Krankenhausinformationssystem um mehrere Funktionalitäten erweitert u.a. mit der Arztbriefschreibung. Das Medizincontrolling ist für die Kontrolle der Dokumentationsqualität zuständig.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Es existieren Musterakten, Musterformulare und ein Krankenhausinformationssystem. EDV -Tools im OP, Intensivstation, Labor oder in der Radiologie ermöglichen eine zeitnahe Erfassung der patientenbezogenen Ergebnisse. Es existiert eine Dienstanweisung zur Dokumentation, zur administrativen Erfassung von Patienten und zur Arztbriefschreibung. Alle Maßnahmen am Patienten werden dokumentiert. Die Patientenakte wird vor jeder Entlassung vom Pflegepersonal geordnet. Nachkommende Befunde werden nach Kenntnisnahme des Arztes an das Archiv weitergeleitet.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Es existieren Musterakten, Musterformulare und ein Krankenhausinformationssystem. EDV -Tools im OP, Intensivstation, Labor oder in der Radiologie ermöglichen eine zeitnahe Erfassung der patientenbezogenen Ergebnisse. Es gibt Regelungen zur Dokumentation, zur administrativen Erfassung von Patienten und Arztbriefschreibung. Die Patiententeilakten aller stationären Aufenthalte eines Patienten werden im Archiv digitalisiert.

4.2 Informationsweiterleitung

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

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

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

Die Kommunikationsstruktur besteht aus vielen interdisziplinären, hierarchie - und berufsgruppenübergreifenden Besprechungsroutinen, hierzu zählen z. B. Visiten oder Kommissionen auf der Basis einer Geschäftsordnung wie z.B. die Ethikkommission. Für den Informationsaustausch stehen alle üblichen technischen Mittel, wie z.B. das Intranet und hausinterne Medien zur Verfügung. Im Rahmen von Konsilen, Betriebsversammlungen, Führungsgesprächen und des Berichtswesens für betriebliche Kennzahlen werden ebenfalls gezielt Informationen weitergeleitet.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Die Information und die Zentralambulanz sind 24 Stunden pro Tag besetzt. Beide haben Direktleitungen zur Feuerwehr. Es gibt dort Dienstanweisungen, wie in speziellen Notfallsituationen bzw. bei Anfragen von Leitstellen zu verfahren ist. Wir verfügen über ein Krankenhausinformationssystem, womit relevante Informationen an allen PC - Arbeitsplätzen abrufbar sind. So können z. B. Angehörige umgehend zu aufgenommenen Patienten geleitet werden. Alle

Abteilungen, die am Bereitschaftsdienst teilnehmen, stellen der Information Dienstpläne zur Verfügung.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Regelmäßig erscheinen die Zeitschriften „StippVisite“ und „Sana Profile“. Mehrmals wöchentlich erfolgen Pressemeldungen über Angebote des Klinikums, z. B. Therapieabteilungen, Fortbildungen und medizinische Leistungen. Regelmäßig informiert die Geschäftsführung per Rundschreiben über organisatorische Neuerungen. Von den verschiedenen therapeutischen Bereichen und Kliniken des Hauses werden regelmäßig Informationsveranstaltungen für Laien durchgeführt. Dazu wird über die Presse und über die Internetseite des Krankenhauses eingeladen.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. Vgl. entsprechende landesrechtliche Regelungen (Regelungen zum Datenschutz finden sich in den Landeskrankenhausesetzen von Baden - Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg -Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Thüringen), in: Krankenhausrecht - Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder, Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, 5. Auflage 1998; Ärztliche Berufsordnung.

Mitarbeiter werden bei Einstellung nach den Richtlinien des Bundesdatenschutzgesetzes aufgeklärt. Die Zugangs- und Zugriffsrechte auf das Intranet werden für Mitarbeiter vom Datenschutzbeauftragten angepasst. Das Intranet hat aus Sicherheitsgründen nur aufwändig gesicherte Verbindungen ins Internet. Patienten unterschreiben bei Aufnahme, ob sie mit der Weitergabe von Daten an Dritte (z. B. Hausarzt) einverstanden sind. Unterlagen an Versicherungen, Gutachter, Anwälte oder Gerichte dürfen nur nach Überprüfung der Schweigepflichtentbindung weitergeleitet werden.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

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

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

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

Das Klinikum Duisburg betreibt ein vernetztes EDV- System, das den gesetzlichen und funktionalen Anforderungen gerecht wird und allen Bereichen rund um die Uhr zur Verfügung steht. Abgestimmte Zugangsberechtigungen gewährleisten den Datenschutz. Alle Systeme und damit auch die Daten sind 2-3 fach abgesichert. Weiterhin ist das Intranet mit Firewalls und besonderen Zugangsregeln geschützt, so dass eine Infektion mit Viren etc. ausgeschlossen ist. Die Intranetoberfläche wurde neu programmiert und steht nun als komplexe Wissensdatenbank allen Mitarbeitern zur Verfügung.

5 Krankenhausführung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

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

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

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

In einer interdisziplinär und hierarchieübergreifend zusammengesetzten Arbeitsgruppe wurde das Leitbild weiterentwickelt und mit dem der Sana in Einklang gebracht. Die BV "Partnerschaftliches Verhalten am Arbeitsplatz" konkretisiert die Inhalte des Leitbildes auf der Verhaltensebene. Als Ergänzung des Leitbildes wurde im April 2008 unter besonderer Beachtung der Repräsentanz der großen Glaubensgemeinschaften ein Ethik-Statut entwickelt. Dies baut auf dem Ethik-Statut des Sana-Verbundes auf, das mit externer Expertise eines Medizin-Ethikers entwickelt wurde.

5.2 Zielplanung

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

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

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

Die Strategie der Eigentümer wird in Strategietagen weiterentwickelt. Das Klinikum nutzt die Balanced Score Card (BSC) als Managementinstrument. Das „Interne Berichtswesen“ ergänzt das konzernweite standardisierte Sana-Berichtswesen. Die Ziele und Kennzahlen fokussieren die Leistung aus den klassischen vier Perspektiven: Finanzen, Kunden, Prozesse, Entwicklung. Zielvereinbarungen werden von Führungskräften mit den Zielvorgaben der BSC verknüpft. Durch die Vernetzung mit dem Sanakonzern werden laufend Innovationen ausgetauscht und Strategien abgestimmt.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Aufbauorganisation ist anhand eines Organigramms (Stab - Linienorganisation) abgebildet und die Funktionsträger sind im Organigramm benannt. Das Organigramm wurde zuletzt in 2008 aktualisiert. Die Benennung von Zuständigkeiten im Unternehmen erfolgt über Stellenprofile, die analog der BV „Stellenbeschreibungen“ verbindlich beschrieben werden und über die Ausschreibungsmerkmale. Beauftragte Personen (z.B. Transfusionsbeauftragte, Dolmetscher) sind in der Person abteilung gelistet. Gremien verfügen durchgängig über Geschäftsordnungen.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Für die Erstellung der Planungen existieren u.a. diverse Richtlinien und Vorgaben für die Planung 2009 - 2013 im Sana-Konzern, Sana Richtlinie 5-Jahresplanung 2009-2013, Konzernrichtlinie Cash-Management und Finanzierung und eine Beschaffungsordnung. Aktuell wurde durch die Geschäftsführung beschlossen, neben der Einführung einer Balanced Score Card mit einem abgestimmten internen Berichtswesen auch eine differenzierte Kostenstellenrechnung zu entwickeln. Ein leistungsfähiges Berichtswesen (u.a. DRG - Berichte) wird allen Leistungsträgern transparent gemacht.

5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

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

5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

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

Die Effektivität der Gremien wird durch Geschäftsordnungen sichergestellt. Diese regeln die Zusammensetzung, Sitzungsfrequenz, Aufgabenumfang, Protokollerstellung und Kommunikation. Weiterhin haben Gremien jährlich die Aufgabe, ihre Effektivität zu überprüfen und ggf. Vorgehensweisen weiterzuentwickeln. Die Koordination der Arbeit von Leitungsgremien, Kommissionen und Beauftragten erfolgt durch die Geschäftsführung. Protokolle der Gremien gehen der Geschäftsführung zu. Ergebnisprotokolle werden quartalsweise vom Marketing im Intranet veröffentlicht.

5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

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

Die Aufgabenverteilung in der Geschäftsführung ist geregelt. Geschäftsordnungen von Gremien regeln die Verantwortlichkeiten. Die Balanced Score Card, das internes Berichtswesen und das standardisierte Projektmanagement unterstützen u.a. die Unternehmenssteuerung. Innerhalb der Geschäftsführung gibt es täglich definierte Gesprächsroutinen, Kommissionen und Gesprächszirkel. Nachgeordnete Leitungsebenen und Mitarbeiter werden durch Infoveranstaltungen, hausinterne Medien, Vorgesetzte und Dienstanweisungen über Managemententscheidungen informiert.

5.3.3 Information der Krankenhausführung

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

Durch regelmäßige Kontakte der Geschäftsführung mit Führungskräften, Projektleitern, Mitarbeitern, Betriebsrat, dem Controlling und über das Berichtswesen ist sie zeitnah über Soll - Ist- Abweichungen informiert. Die Geschäftsführung bezieht außerdem relevante Informationen aus der Balanced Score Card, dem Krankenhausinformationssystem, dem Risikomanagement, den Protokollen der Gremien, dem Beschwerdewesen und aus Befragungsergebnissen. Die Krankenhausführung ist darüber hinaus Mitglied in mehreren Gremien und Projektgruppen.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Unternehmensleitbild, 10 Betriebsvereinbarungen zur Personalführung und -entwicklung (weitere 10 folgen in Kürze), betriebliche Beratungsstelle, Beschwerdewesen, Qualitätsstandards, Personalentwicklungsmaßnahmen etc. unterstreichen das Bemühen der Geschäftsführung um ein gutes Arbeitsklima. Etwaige Verbesserungspotentiale werden u.a. durch Befragungen identifiziert und dann in Projektform bearbeitet. Mitarbeiter werden zum Stand der Projekte informiert und einbezogen. Als vertrauensbildende Maßnahme gehört der Betriebsrat auch dem Aufsichtsrat an.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

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

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Wir respektieren die Glaubens- und Gewissensfreiheit und Intimsphäre unserer Patienten. Ethische Aspekte werden im Leitbild des Klinikum Duisburg, in der Leitlinie zur Sterbebegleitung und zur Versorgung von Verstorbenen berücksichtigt. Eine interdisziplinär besetzte Ethikkommission bietet ethische Konsile an. Wir haben Abschiedsräume für Verstorbene und Gebetsräume für Christen und Muslime. Seelsorger, Opferschutzambulanz, Psychologen, die zertifizierte interdisziplinäre Schmerzkonzferenz und mehrere Selbsthilfegruppen vervollständigen das Angebot.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Es ist uns ein großes Anliegen, Bedürfnisse sterbender Patienten zu erfüllen. Menschliche Zuwendung, Wunschkost, uneingeschränkte Besuchsmöglichkeiten, die Berücksichtigung von Patienten-Verfügungen, Psychologen, Seelsorge, Schmerztherapie, Helferinnen der Ökumenischen Krankenhilfe, Ethische Konsile, Sozialarbeiter etc. sind hierfür Garanten. Orientierung bieten allen Mitarbeitern das Unternehmensleitbild, die Leitlinie Sterbebegleitung, die Richtlinien der Deutschen Ärztekammer sowie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Den gesetzlichen Vorgaben und ethischen Gesichtspunkten im Umgang mit Verstorbenen wird entsprochen. Eine Dienstanweisung regelt den Umgang mit verstorbenen Patienten. In 2 Abschiedsräumen können Aufbahrungen und rituelle Waschungen vollzogen werden. Eine Betreuung der Hinterbliebenen findet durch das Ärzte- und Pflegeteam statt. Fachmännische Betreuung ist auch durch Seelsorger, Psychologen und Psychiater möglich. Das Kreissaalteam arbeitet nach einem eigenen Konzept zum Umgang mit Tod- und Fehlgeburten.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

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

6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

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

Die Geschäftsführung ist verantwortlich für die Aufbauorganisation des QM. Die Ableitung von Projekten aus Strategietagen, Befragungen, Risikoaudits etc. erfolgt durch das Projektkernteam. Jährlich wird der QM- Masterplan von der Geschäftsführung freigegeben und dann Gegenstand der Zielvereinbarungen mit dem QM und Projektleitern. Alle zentralen Prozesse im QM sind standardisiert und somit transparent. Durch die Vernetzung aller Unternehmensteile und insbesondere des QM mit dem Sanakonzern werden laufend Innovationen ausgetauscht und QM- Strategien abgestimmt.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Für die Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen im Klinikum Duisburg dienen als Grundlagen die BSC, das internes Berichtswesen, die Kommunizierung über strukturierte Mitarbeitergespräche, Informationsmedien sowie definierte Besprechungsroutinen etc.. Die Vorgehensweisen zur Qualitätsentwicklung sind integraler Bestandteil der Unternehmensplanung der Sana. Die Qualitätsziele des Klinikums orientieren sich am Leitbild, am Medizinischen Konzept, an den Konzernzielen der Sana, externen Trends, Ergebnissen aus Messungen und Kundenbeschwerden.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Die QM- Stabstelle ist direkt an die Geschäftsführung angebunden. Das Aufgabenprofil ist in der QM - Verantwortungsmatrix und der Stellenbeschreibung hinterlegt.

Die Umsetzung der strategischen Unternehmensziele erfolgt über die BSC und das interne Berichtswesen, das Projektkernteam und die qualifizierten Projektleiter. Alle zentralen Prozesse im QM sind standardisiert. Die kollegiale Prozessbegleitung zur Zertifizierung erfolgt durch das Sana -QM und themenbezogen werden bei ausgesuchten Qualitätsprojekten Beratungsfirmen einbezogen.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Die interne Qualitätssicherung wird unterstützt durch das Controlling, Qualitätsmanagement und Consulter. Das Berichtswesen stellt der Geschäftsführung Auswertungen und Statistiken zu Verfügung. Regelmäßige Zielgruppenbefragungen, ärztliche Visiten, Beschwerdewesen, Besprechungsroutinen, Gremien, Qualitätszirkel, Stationsbegehungen und Ziel - und Strategieworkshops ermöglichen Soll- Ist- Analysen und Zielplanungen. Die Geschäftsführung definiert konkrete Projektaufträge, um identifizierte Verbesserungspotentialen zeitnah und gezielt zu bearbeiten.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

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

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

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

Das Klinikum Duisburg beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung. Wir nehmen auch an Krankenhausvergleichsuntersuchungen teil (z.B. Outcome Benchmarking rheumatologischer Akutkliniken, Verband Duisburger Krankenhäuser, Einweiserbefragung und Patientenbefragung). Das Gesundheitsamt, TÜV, Amtsapotheke, Qualitätsmanagement, Arbeitssicherheit, Hygiene, Medizintechnik und Medizincontrolling führen Audits durch. Das Controlling und die Pflegedienstleitung erheben laufend betriebliche Kennzahlen.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

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

Alle 2 Jahre werden im Klinikum Duisburg Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterbefragungen vorgenommen. Das Klinikum beteiligt sich auch am Klinikführer Rhein-Ruhr und seit 2007 auch am Klinikführer Rheinland, so dass zukünftig jährlich aktuelle Ergebnisse von flächendeckenden Patientenbefragungen zur Verfügung stehen werden. Darüber hinaus führt das QM bei speziellen Fragestellungen Befragungen durch und wertet diese aus. Insgesamt haben das QM und seine Partner seit 2003 21 Befragungen abgewickelt. Regelmäßig werden von den Ergebnissen Projekte abgeleitet.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Für das Beschwerdewesen ist eine entsprechend qualifizierte hauptamtliche Mitarbeiterin zuständig. Beschwerden werden (vor Ort) strukturiert bearbeitet und statistisch ausgewertet. Patienten werden mit Postern und Wandhalterungen mit Beschwerdeformularen auf jeder Station und vor jeder Fachambulanz von der Möglichkeit einer Beschwerde informiert, die auf Wunsch streng vertraulich behandelt wird. Jeder Patient erhält zeitnah eine Rückmeldung zum Stand des Beschwerdeverfahrens, selbst wenn er nicht mehr in der Klinik liegt.

6.4 Externe Qualitätssicherung nach §137 SGB V

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

6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

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

Über den Prozess der Identifikation der Fälle, die Erfassung und die Übermittlung der Daten existiert ein Qualitätsstandard. Das Controlling überwacht die vollständige und plausible Datenerhebung. Im Krankenhausinformationssystem werden die zu dokumentierenden Fälle identifiziert. In allen Abteilungen gibt es einen ärztlichen Ansprechpartner, der die Dokumentation durchführt und überwacht. Durch den verbindlichen Workflow ist sichergestellt, dass die Dokumentationsrate und Dokumentationsqualität gut sind.

6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

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

Die Auswertung der Daten der externen Qualitätssicherung erfolgt, indem Chefärzte und das Controllerteam aus klinischer/statistischer Sicht relevante Abweichungen vom BQS - Benchmark festlegen, diese in den betroffenen Abteilungen kommunizieren und Maßnahmen, die bei Abweichungen eingeleitet werden, u.a. mit der Geschäftsführung und dem Qualitätsmanagement abstimmen. Das Vorgehen und der Umgang mit BQS - Daten ist in einer Verfahrensweisung geregelt.

