



Orthopädisches Zentrum

Martin-Ulbrich-Haus Rothenburg gGmbH

Fachklinik für Orthopädie • Klinik für Rehabilitation • Wohnpflegeheim für Schwerstkörperbehinderte
Tagespflegeeinrichtung "Sonnenhut"



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Fachklinik für Orthopädie Orthopädisches Zentrum Martin-Ulbrich-Haus Rothenburg gGmbH
Institutionskennzeichen:	261400950
Anschrift:	Horkaer Straße 15-21 02929 Rothenburg
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2018-0003 KHVN
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	SAMA Cert GmbH, Stuttgart
Gültig vom:	04.03.2018
bis:	03.03.2021
Zertifiziert seit:	07.03.2006

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ - Kriterien	6
1. Patientenorientierung	7
2. Mitarbeiterorientierung	11
3. Sicherheit - Risikomanagement	13
4. Informations- und Kommunikationswesen	17
5 Unternehmensführung	19
6. Qualitätsmanagement	22

Vorwort der KTQ®

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

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

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

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

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

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

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2015. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die **Fachklinik für Orthopädie Orthopädisches Zentrum Martin-Ulbrich-Haus Rothenburg gGmbH** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

im Jahr 2005 wurde die Fachklinik für Orthopädie erstmals nach den Kriterien der Gesellschaft für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) zertifiziert. Alle drei Jahre erfolgt erneut eine Überprüfung im Rahmen einer Visitation. Wir stellen uns gerne dieser Aufgabe, gibt sie uns doch die Möglichkeit, die Qualitäts- und Leistungsstandards unserer Fachklinik für Orthopädie am Orthopädischen Zentrum Martin-Ulbrich-Haus Rothenburg gGmbH aufzuzeigen und darzustellen.

In unserem Leitbild spiegeln sich die christlichen Wurzeln unseres Arbeitens wider. Der Patient mit seinen Bedürfnissen nach Genesung und Anteilnahme steht im Mittelpunkt unseres Handelns. Diese gerechtfertigten Ansprüche unserer Patienten gewährleisten wir durch eine bestmögliche Behandlung auf hohem medizinischem und pflegerischem Niveau. Alle unsere Mitarbeiter sehen sich unserem gemeinsamen Ziel nach einer ganzheitlichen Betreuung des Patienten unter Berücksichtigung seiner individuellen Erwartungen verpflichtet.

Die uns anvertrauten Patienten dürfen von uns ein Gefühl des „zu Hause auf Zeit“ erwarten und fordern.

Durch unser ständiges Bestreben nach Verbesserung bieten wir eine Medizin und Pflege, die einem modernen Gesundheitswesen entspricht. Durch unser Qualitätsmanagement wird dieser Anspruch strukturiert unterstützt und umgesetzt. Ausdruck dieses Bestrebens ist nun auch die Zertifizierung als Endoprothetikzentrum für die Fachklinik für Orthopädie.

Als großes Plus unserer medizinischen Versorgung sehen wir unseren Anspruch auf ganzheitliche Betreuung unserer Patienten. Dieses wird durch die Tatsache unterstützt, dass wir neben unserer Fachklinik für Orthopädie eine modern eingerichtete Klinik für Rehabilitation vorhalten. Diese Klinik erfüllt die Qualitätskriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. Sie ist auch nach KTQ zertifiziert. Die Qualität wird durch das Zertifikat „Exzellente Qualität in der Rehabilitation“ vom Institut für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen bestätigt.

Diese in Ostsachsen einzige Kombination von orthopädischer Fachklinik und orthopädischer Rehabilitation lässt eine ganzheitliche Behandlung von orthopädischen Patienten zu, mit dem Vorteil einer wohnortnahen Versorgung an einem Ort, die das soziale Umfeld der Patienten in den Genesungsprozess mit einbeziehen kann.

Wir freuen uns, wenn Sie unser Qualitätsbericht überzeugt und Ihr Interesse an unserem Orthopädischen Zentrum weckt.

Weiterführende Informationen finden Sie auf unserer Internetseite www.klinik-rothenburg.de

Gerne dürfen Sie sich bei Beratungs- oder Informationsbedarf an uns wenden.

Geschäftsführung und Krankenhausleitung
Orthopädisches Zentrum Martin-Ulbrich-Haus Rothenburg gGmbH

Die KTQ - Kriterien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Fachklinik für Orthopädie liegt im Ortszentrum von Rothenburg. Über die B 115 gibt es sowohl eine Anbindung in Richtung Görlitz und Cottbus, als auch zur Autobahn nach Dresden. Für Patienten, Besucher und Mitarbeiter befinden sich auf dem Krankenhausgelände 143 kostenlose Parkplätze. Die nächstgelegenen Bahnhöfe befinden sich im Ortsteil Ushmannsdorf sowie in Horka. Regelmäßig verkehren Linienbusse nach Rothenburg. Schautafeln und Wegweiser informieren die Patienten und Besucher. Ein Farbleitsystem erleichtert die Orientierung im Krankenhaus. Grundlage der Aufnahmeplanung elektiver Patienten bildet das Konzept zur Verweildauer, Patienteneinberufung und Bettendisposition. Die Patienteneinberufung führt ein EDV-gestütztes Aufnahmebuch, welches an die diagnosebezogene OP-Planung angelehnt ist. Die Datei für die OP-Planung beinhaltet die Verteilung der elektiven Eingriffe auf die Wochentage unter Beachtung der OP-Kapazität und der Anwesenheit der Operateure.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Leitlinien der Fachgesellschaften und nationale Expertenstandards bilden die Grundlage der klinikinternen Standards, Handlungsleitfäden sowie Dienstanweisungen. Diese klinikinternen Anweisungen sind für alle Mitarbeiter im Intranet einsehbar. Jährliche Überprüfungen unter Einbeziehung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse sorgen für die Aktualität der Behandlungsrichtlinien. Des Weiteren sind Aktualisierungen der Fachgesellschaften Gegenstand interner und externer Weiterbildungen.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Das Orthopädische Zentrum informiert den Patienten durch einen umfangreichen Aufnahmebrief, mit der Klinikbroschüre und auf einer Internetseite über die bevorstehende Krankenhausbehandlung. Patientenleitfäden für ausgewählte Erkrankungen beschreiben verständlich die einzelnen Behandlungsverfahren.

1.1.4 Ernährung und Service

Der Speiseplan bietet werktags zum Mittagessen zwei Menüs zur Auswahl. Eine Diätassistentin berät Patienten, die besondere Kost benötigen oder wünschen. Das schließt vegetarische und vegane Ernährung sowie religiöse Besonderheiten bei der Speisenzubereitung ein. Die Zubereitung der Speisen erfolgt in der klinikeigenen Küche. Zusätzlich bietet die Cafeteria ein reichhaltiges Speisenangebot an. Einkaufsmöglichkeiten bestehen in der Cafeteria und an der Information. Die Kapelle dient als Andachtsraum und für Veranstaltungen. In der Informationsbroschüre erhalten Patienten und deren Angehörige Informationen zu weiteren Serviceleistungen wie beispielsweise Telefon/TV, Internetzugang, Kosmetik, Frisör, Bibliothek und Post.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Für die Behandlung akuter Notfälle steht in der Ambulanz der Fachklinik rund um die Uhr ein dienst habender Arzt zur Verfügung. Besonderes Augenmerk legt das Personal auf eine zügige und vorrangige Behandlung der Notfallpatienten. Der dienst habende Arzt stellt jeden Notfallpatienten einem Facharzt vor. Durch die Planung des Bereitschaftsdienstes ist der Facharztstandard rund um die Uhr gewährleistet. Über den Rufbereitschaftsdienst ist die Verfügbarkeit eines Facharztes für Anästhesiologie sowie des Röntgenfachpersonals gesichert. In der Ambulanz ist ausschließlich ausgebildetes Fachpersonal beschäftigt.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Das Orthopädische Zentrum bietet eine Chefarztsprechstunde, eine Sprechstunde eines Facharztes für Orthopädie, eine orthopädische Kindersprechstunde, eine handchirurgische Sprechstunde und eine prästationäre Sprechstunde an. Als zentrale Anlaufstelle für ambulante Patienten ist die Ambulanz festgelegt. Für alle ambulant zu versorgenden Patienten steht in der Ambulanz ein dienst habender Arzt zur Verfügung, der die diagnostischen Möglichkeiten der Fachklinik nutzt. Durch die Organisation des Dienstsystems sind der Facharztstandard und die Möglichkeit von Röntgenuntersuchungen bei der Versorgung der Patienten rund um die Uhr gewährleistet. Die Abteilungen Physiotherapie und Ergotherapie besitzen eine Zulassung zur Behandlung ambulanter Patienten.

1.3.2 Ambulante Operationen

Die Mitarbeiter der Patientenaufnahme senden den Patienten vor einer ambulanten Operation ein Schreiben mit Informationen zu. Es beinhaltet die notwendigen Schritte der Vorbereitung wie Indikationsstellung und Aufklärungsgespräche, den OP-Termin, sowie die Verhaltensregeln vor bzw. nach dem Eingriff. Für ambulante handchirurgische Eingriffe steht ein Eingriffsraum zur Verfügung. Die Überwachung nach der Operation erfolgt im Aufwachraum. Medikamente zur Schmerztherapie erhält der Patient vom Krankenhaus. Die ambulant zu operierenden orthopädischen Patienten der Fachklinik durchlaufen die prästationäre Sprechstunde und am Aufnahmetag die zentrale Aufnahme.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Die stationäre Aufnahme für Patienten zur operativen oder konservativen Therapie erfolgt einheitlich in der Ambulanz. Dort findet die ärztliche Aufnahmeuntersuchung statt. Dadurch können Patienten, welche nicht aufnahmefähig sind, die Klinik zeitnah wieder verlassen, ohne im Patientenzimmer auf die Arztvorstellung warten zu müssen. Die Behandlungsplanung für die am häufigsten durchgeführten Prozeduren geben diagnosebezogene Behandlungsleitfäden vor. Sie beinhalten diagnostische und therapeutische Maßnahmen und vernetzen die Pflege, den ärztlichen Bereich, Sozialdienst, Labor, Röntgen sowie Physiotherapie. Pflegerische Handlungen sind in Pflegestandards festgeschrieben. Formulare zur Erhebung von Patientenrisiken, wie Sturz und Dekubitus, stehen zur Verfügung. Alle stationär aufgenommenen Patienten werden am Aufnahmetag zur Überprüfung der Diagnose und OP-Indikation dem Chefarzt/Oberarzt vorgestellt. Die Mitbehandlung der Patienten regeln Konsiliarverträge z.B. mit einer niedergelassenen Internistin. Für Patienten und Angehörige stehen Informationsbroschüren und klinikeigene Patientenleitfäden bereit.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Zur Information für den Patienten dienen Broschüren und die Patientenleitfäden, die die Abläufe der Behandlung verständlich darstellen. Bei der stationären Aufnahme wird der Patient vom Arzt über die Diagnose und mögliche Therapien in Kenntnis gesetzt. Für die Patientenaufklärung werden Merkblätter und klinikeigene Aufklärungsbögen genutzt. Empfehlungen zu Sturz-, Dekubitus- und Thromboseprophylaxe liegen in Schriftform vor. Zur Behandlungsplanung nutzen Ärzte, Pflegepersonal, Therapeuten und der Sozialdienst die Behandlungsleitfäden. Dienstanweisungen regeln das Verhalten beim Auftreten von Komplikationen. Der Aufwachraum ist für fünf Patienten konzipiert. Die Intensivtherapiestation ist für die Überwachung und Behandlung von bis zu vier Patienten vorgesehen.

1.4.3 Operative Prozesse

Die Fachklinik erfasst die patientenbezogenen Daten, Aufnahme Diagnosen und Therapien in einem EDV-gestützten Aufnahmebuch. Es dient dem zuständigen Oberarzt als Arbeitsgrundlage für die Planung und Erstellung der Operationsprogramme. Der Chefarzt/Oberarzt genehmigt den Wochenplan und gibt das tägliche Operationsprogramm frei. Notfalloperationen werden in das laufende Programm integriert. Die Kooperation zwischen den Berufsgruppen bei Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung operativer Eingriffe ist durch Dienstanweisungen geregelt. Eine Dienstanweisung regelt die Umsetzung des Konzepts zur Patientensicherheit im OP, einschließlich eines Team-Time-Outs, welches an die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit angelehnt ist und eine Operative-Sicherheits-Checkliste enthält.

1.4.4 Visite

Für alle Patienten finden werktäglich Stationsarztvisiten, eine wöchentliche Oberarztvisite und die wöchentliche Chefarztvisite statt. Alle Visiten werden gemeinsam mit dem Pflegepersonal durchgeführt. Wöchentlich und bei Bedarf werden die Physiotherapeuten oder weitere Mitarbeiter in die Visite einbezogen. Durch feste Visitenzeiten kann sich der Patient auf die Visite einstellen. Auf jeder Station befinden sich Informationstafeln mit den entsprechenden Visitenzeiten. Zusätzlich erfährt der Patient die Visitenzeiten im pflegerischen Aufnahmegespräch. Besucher werden während der Visiten aus dem Zimmer gebeten. Vertrauliche Gespräche werden als Einzelgespräche geführt.

1.5.1 Entlassungsprozess

Die Fachklinik für Orthopädie kommt dem gesetzlichen Anspruch der Patienten auf ein strukturiertes Entlassmanagement nach. Voraussetzung dafür ist die schriftliche Einwilligung des Patienten zur Durchführung des Entlassmanagements sowie zum Datenaustausch mit den Nachversorgern. Ziel des Entlassmanagements ist die Organisation einer lückenlosen Versorgung im Anschluss an den Klinikaufenthalt. Schon während des Klinikaufenthaltes wird gemeinsam mit dem Patienten die Entlassung von einem multidisziplinären Team strukturiert analysiert und vorbereitet. In einem Entlassplan wird dokumentiert, ob und welche medizinischen, pflegerischen oder therapeutischen Maßnahmen speziell für die Nachversorgung erforderlich sind. Auf Wunsch werden auch Angehörige oder Bezugspersonen in die Organisation der nachstationären Versorgung einbezogen. Hierbei wird dem Patienten die freie Wahl des Leistungserbringers gewährt. Die Fachklinik für Orthopädie kann dabei als unterstützende Maßnahme Kontakt mit der Krankenkasse oder Pflegekasse aufnehmen.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

In der Fachklinik für Orthopädie versterben selten Patienten. Bei der Aufnahme dokumentiert die Pflegekraft das Vorhandensein einer Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht. Für sterbende Patienten richtet das Pflegepersonal ein separates Zimmer ein und ermöglicht so die angemessene und störungsfreie Sterbebegleitung durch das Pflegepersonal, die Angehörigen und auf Wunsch durch den Krankenhausseelsorger. Angehörige können in der Einrichtung übernachten, um den Patienten über längere Zeit begleiten zu können. Im Bedarfsfall erfolgt eine Verlegung in eine Palliativstation einer anderen Einrichtung.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Das Orthopädische Zentrum verfügt über einen Begegnungsraum, der ein ungestörtes Abschiednehmen ermöglicht. Der Würde des Menschen und unserer christlichen Überzeugung entsprechend ist es unsere persönliche Einstellung, würdig und respektvoll mit dem Verstorbenen umzugehen und den Angehörigen einfühlsam zu begegnen. Der Krankenhausseelsorger betreut und begleitet auf Wunsch die Angehörigen beim Abschiednehmen.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Die Planung des Personalbedarfs erfolgt jährlich mit der Erstellung des Wirtschaftsplanes. Grundlage der Planung sind die Stellenpläne. Sowohl die Personalplanung als auch die Stellenbesetzung erfolgen grundsätzlich in enger Zusammenarbeit zwischen Geschäftsführer, Verwaltungsleiterin, Leitendem Chefarzt, Pflegedienstleiterin, Abteilungsleitern und der Personalleiterin. Die Zielvorgaben des Stellenplanes werden monatlich nach Abschluss der Gehaltsrechnung überprüft.

2.1.2 Personalentwicklung

Die Geschäfts- und Zuständigkeitsordnung beschreibt die Grundsätze der Arbeitsorganisation und regelt die Verantwortungs-, Kompetenz- und Zuständigkeitsbereiche. Der Geschäftsverteilungsplan benennt für die einzelnen Bereiche die Vorgesetzten, die Leitung und deren Stellvertretung. Alle Mitarbeiter der Einrichtung haben eine Stellenbeschreibung. Die Personalabteilung führt eine Übersicht, welche den aktuellen Stand an Aus- und Fortbildungen sowie Berechtigungen dokumentiert. In den Mitarbeiterjahresgesprächen wird der Fort- und Weiterbildungsbedarf ermittelt und es werden gegebenenfalls Zielvereinbarungen abgeschlossen.

2.1.3 Einarbeitung

Für alle Berufsgruppen gibt es Einarbeitungskonzepte. Bei Arbeitsaufnahme wird den Mitarbeitern dieses Konzept erläutert. Durch die Personalabteilung wird die Einarbeitung des Mitarbeiters entsprechend dem Konzept begleitet. Alle neuen Mitarbeiter erhalten eine "Begrüßungsmappe", die alle wichtigen Informationen enthält. Am ersten Arbeitstag wird der Mitarbeiter durch die Einrichtung geführt und den Abteilungsleitern vorgestellt. Über das Outlook informiert die Personalabteilung monatlich über Veränderungen im Personal.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Das Orthopädische Zentrum verfügt über keine eigene Ausbildungsstätte. Im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit der Diakonissenanstalt Emmaus Niesky absolvieren Schüler in der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger ihr Chirurgie-/Orthopädie-Praktikum in der Fachklinik für Orthopädie. In der Fachklinik sind ausgebildete Praxisanleiter tätig, die auf den Stationen durch Mentoren unterstützt werden. Unser Haus bietet Praktikumsplätze für die Ausbildung zum Physio- und Ergotherapeuten, Medizinischen Dokumentationsassistenten sowie im Küchenbereich. Für die Einrichtung wird jährlich ein internes Fortbildungsprogramm organisiert. Monatlich findet eine innerbetriebliche Weiterbildung statt. Eine Dienstanweisung zur Aus-, Fort- und Weiterbildung regelt die Anzahl von zu absolvierenden Weiterbildungsveranstaltungen je Dienstart. Es besteht ein großes Angebot an externen Weiterbildungen, welche die Mitarbeiter nach Absprache mit dem Vorgesetzten wahrnehmen. In Abhängigkeit der Notwendigkeit der Weiterbildungsmaßnahme werden die Kosten durch die Einrichtung übernommen.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Die Arbeitszeitregelungen basieren auf den Arbeitsvertragsrichtlinien für Einrichtungen, die dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche angeschlossen sind und erfüllen die Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes. Die Arbeitszeiten der Mitarbeiter werden von der Geschäftsführung in Absprache mit der Mitarbeitervertretung durch Dienstanweisungen und Dienstvereinbarungen geregelt. Die geplanten Arbeitszeiten sind an die betrieblichen Anforderungen angepasst. Nach Möglichkeit werden familiäre Anforderungen berücksichtigt. Die Dienstpläne werden von den Verantwortlichen für den Folgemonat im Voraus erstellt. In allen Berufsgruppen existieren elektronische Dienstpläne und es besteht die Möglichkeit zu Teilzeitregelungen. Eine Dienstvereinbarung mit der MAV regelt die Durchführung eines Sabbatjahres.

2.1.6 Ideenmanagement

Dienstanweisungen regeln den Umgang mit Mitarbeiterideen. Die Vorschläge zu Änderungen im Arbeitsbereich sind durch den Mitarbeiter mit seinem direkten Vorgesetzten zu besprechen. Die Beurteilung erfolgt durch den Vorgesetzten, der die Änderungsvorschläge an die Krankenhausleitung weiterleitet. Nach der Prüfung informiert die Krankenhausleitung den Mitarbeiter und den direkten Vorgesetzten über die Entscheidung. Der Bereichsleiter und die direkten Vorgesetzten sind für die entsprechende Umsetzung verantwortlich und informieren die Krankenhausleitung über die Durchsetzung der Verbesserungsmaßnahmen. Die Krankenhausleitung entscheidet, ob der Vorschlag des Mitarbeiters in besonderer Form honoriert wird. Des Weiteren steht dem Mitarbeiter bei Wünschen oder Beschwerden die Mitarbeitervertretung zur Verfügung.

3. Sicherheit – Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Eine Dienstanweisung regelt die Umsetzung des Konzepts zur Patientensicherheit im OP einschließlich eines Team-Time-Outs, welches an die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit angelehnt ist. Zur Erhöhung der Patientensicherheit wurde im Rahmen des klinischen Risikomanagements ein „critical incident reporting system“ (CIRS) eingeführt. Das Ziel ist die Identifizierung von Risiken in der Patientenversorgung und deren unterstützenden Prozessen sowie die Auswahl und Einleitung von geeigneten Maßnahmen zur Risikominimierung. Die Einführung eines Fehlermanagements (Sentinel Events) dient zur Verbesserung der Patientensicherheit. Das Ziel der Einführung eines Fehlerfallmanagements besteht in der Auswahl und Einleitung von geeigneten Maßnahmen zur Risikominimierung. Dazu dienen die Erfassung und Analyse seltener schwerwiegender Ereignisse und Komplikationen sowie die Einleitung fehlervermeidender Maßnahmen.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Persönlichkeitseinschränkende Maßnahmen werden nur bei Bedarf und unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen durchgeführt. Eine strukturierte und dokumentierte ärztliche und pflegerische Anamnese und Verlaufsbeobachtungen ermöglichen es, Patienten mit erhöhter Aufsichtspflicht zu identifizieren. Der Pflegestandard "Betreuung aufsichtspflichtiger Patienten" sorgt für eine Erhöhung der Handlungssicherheit der Mitarbeiter.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Das Notfallmanagement der Klinik regelt das Verhalten der Mitarbeiter beim Auftreten von lebensbedrohlichen Zuständen. Es beschreibt den nach neusten Erkenntnissen der Bundesärztekammer entsprechenden Algorithmus für die Maßnahmen der Ersten Hilfe. Regelungen für den Notruf und der Inhalt der Notfallmeldung sind festgelegt. Das Verfahren zur Weiterbehandlung auf der Intensivstation oder der externen Verlegung ist ebenfalls vorgegeben. Verantwortlichkeiten für die Notfallausrüstungen sind benannt. Im Jahr 2016 wurden für die Fachklinik vier Automatische Externe Defibrillatoren (AED) angeschafft. Automatische externe Defibrillatoren befinden sich auf allen orthopädischen Stationen und im Eingangsbereich der Fachklinik. Die Intensivtherapiestation ist zusätzlich mit einem Defibrillator ausgestattet. Mitarbeiterschulungen erfolgen durch Vorträge und praktische Übungen.

3.1.4 Organisation der Hygiene

Die Organisation der Hygiene ist in der Geschäftsordnung der Hygienekommission verbindlich vorgeschrieben. Die Hygienekommission, in der Mitarbeiter aller Bereiche vertreten sind, tagt mindestens zweimal jährlich sowie situationsbezogen. Den Vorgaben des Robert-Koch-Institutes folgend, werden dort die aktuelle Infektionsstatistik vorgestellt und Probleme der Hygiene diskutiert. Die Hygieneordnung ist im Intranet veröffentlicht und steht des Weiteren in Papierform in allen Bereichen zur Verfügung. Für die Einhaltung und Umsetzung neuer Hygienemaßnahmen stehen ein hygienebeauftragter Arzt, eine Hygienefachkraft und beratend ein externer Krankenhaushygieniker zur Verfügung. Es finden Begehungen und Fortbildungen in allen Bereichen der Klinik statt.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Im Krankenhausinformationssystem werden sowohl die nosokomialen Infektionen als auch Wundheilungsstörungen erfasst. Der hygienebeauftragte Arzt und die Hygienefachkraft werten diese Daten gemeinsam mit dem Leitenden Chefarzt quartalsweise aus und stellen diese Auswertung in der Hygienekommission vor. In der Hygienekommission sind Mitarbeiter aus allen Bereichen vertreten, so dass eine umfassende Information über die Ergebnisse sichergestellt ist. Alle meldepflichtigen Erkrankungen werden erfasst und an das zuständige Gesundheitsamt weitergeleitet. Das Orthopädische Zentrum beteiligt sich an der Erfassung von Wundinfektionen am Nationalen Referenzzentrum am Institut für Hygiene und Umweltmedizin an der Charité Berlin. In der Hygieneordnung sind Hygienemaßnahmen zu verschiedenen Infektionskrankheiten bzw. zu Infekten mit multiresistenten Erregern und akuten viralen Infektionen angegeben. Dazu zählen beispielsweise Verhaltensregeln für Personal und Besucher, Umgang mit Blut, Anlegen und Tragen von Schutzkleidung oder besondere Desinfektionsmaßnahmen. Alle Bereiche, in denen eine hygienische Händedesinfektion notwendig ist, sind mit Händedesinfektionsmittelspendern ausgestattet. In jedem Bereich hängen Desinfektionspläne gut sichtbar aus

3.1.6 Arzneimittel

Der Leitende Chefarzt ist für die Überwachung der Arzneimittelversorgung verantwortlich. Die Versorgung mit Arzneimitteln rund um die Uhr erfolgt durch die Apotheke am Klinikum Görlitz. Der arzneimittelbeauftragte Arzt unserer Klinik ist Mitglied in der Arzneimittelkommission am Klinikum Görlitz. Während der stationären Aufnahme und bei Visiten ordnet der Arzt schriftlich die Anwendung von Arzneimitteln an. Die Verabreichung der Medikamente erfolgt durch examiniertes medizinisches Personal im Vier-Augen-Prinzip.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Die Transfusionsordnung regelt die Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten gemäß den Vorgaben des Transfusionsgesetzes. Es erfolgen patienten- und produktbezogene Chargendokumentationen von Blut und Blutprodukten. In der Fachklinik für Orthopädie kommt die Maschinelle Autotransfusion zum Einsatz. Das ist ein Verfahren, in dem das Patientenblut während der Operation steril aufgefangen, gereinigt und dem Patienten als Eigenblut wieder zugeführt wird.

3.1.8 Medizinprodukte

Das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten gemäß Medizinproduktebetriebsverordnung ist durch eine Dienstanweisung geregelt. Die Medizinproduktebeauftragten sind festgelegt. Jeder Mitarbeiter erhält auf Anfrage einen persönlichen Gerätepass. Defekte medizintechnische Geräte werden einheitlich gekennzeichnet. Die Medizintechnikerin führt sicherheitstechnische und messtechnische Kontrollen durch.

3.2.1 Arbeitsschutz

Dem Arbeitsschutzausschuss gehören der Geschäftsführer, die Mitglieder der Krankenhausleitung, der hygienebeauftragte Arzt, der Technische Leiter, der Betriebsarzt, die Fachkraft für Arbeitssicherheit und die Sicherheitsbeauftragten der einzelnen Abteilungen an. Die Fachkraft für Arbeitssicherheit sorgt für die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen. Jede Station besitzt einen Arbeitsschutzordner, in dem einheitliche Formulare mit Verfahrenschecklisten zu Ersteinweisung, Allgemeinen Unterweisungen, Merkblätter, Auszüge des Gefahrstoffkatasters mit den dazugehörigen Sicherheitsdatenblättern bzw. Betriebsanweisungen enthalten sind.

3.2.2 Brandschutz

Für das Orthopädische Zentrum liegt eine zentrale Evakuierungsordnung vor, welche im Intranet allen Mitarbeitern zugänglich ist. Die Evakuierungsordnung ist einmal jährlich Gegenstand einer internen Weiterbildung. Neue Mitarbeiter werden in die Evakuierungsordnung eingewiesen. Mit den zuständigen Feuerwehren finden regelmäßig Ortsbegehungen bzw. Brandschutzübungen statt. Das Orthopädische Zentrum ist brandschutztechnisch modern ausgerüstet.

3.2.3 Datenschutz

Das Datenschutzkonzept verfolgt den Zweck, Patienten und Mitarbeiter davor zu schützen, dass sie durch den Umgang mit personenbezogenen Daten in ihrem Persönlichkeitsrecht beeinträchtigt werden. Eine Mitarbeiterin der Verwaltung ist die Datenschutzbeauftragte. In Dienstanweisungen werden der Umgang mit elektronischer Post sowie die Nutzung von Internetdiensten verbindlich geregelt. Für den EDV- Bereich existiert ein Konzept, das den Zugriff auf Patienten- und Mitarbeiterdaten regelt. Externe Firmen sind über Zusatzvereinbarungen zum Datenschutz verpflichtet. Patienten haben die Möglichkeit, eine Auskunftssperre einrichten zu lassen.

3.2.4 Umweltschutz

Das Orthopädische Zentrum hat sich Umweltsätze erarbeitet und setzt das Konzept zur Energieeinsparung durch. Bei den Neu- und Umbaumaßnahmen wurde moderne Gebäudetechnik installiert, die eine sparsame Nutzung von Energie und Wasser ermöglicht. Das Orthopädische Zentrum nutzt Solarthermie- und Photovoltaikanlagen sowie ein BHKW. Die Grünflächenbewässerung erfolgt durch eine eigene Brunnenanlage, Regenwasser wird dem Löschwasserteich zugeführt. In den Lüftungs- und Klimaanlageanlagen werden Wärmerückgewinnungsanlagen als energiesparende Maßnahme eingesetzt. Durch die Erstellung eines Gefahrstoffkatasters werden die Mitarbeiter im Umgang mit gefährlichen Stoffen sensibilisiert. Alle Mitarbeiter sind über die Regelungen der Abfallentsorgung und Abfalltrennung informiert.

3.2.5 Katastrophenschutz

Das Orthopädische Zentrum hat eine Evakuierungsordnung und einen betrieblichen Alarm- und Gefahrenabwehrplan für interne und externe Vorkommnisse. Beide Dienstanweisungen sind im Intranet veröffentlicht und allen Mitarbeitern zugänglich und werden jährlich geschult. Die Evakuierungsordnung ist mit der unteren Katastrophenschutzbehörde beim Landratsamt und dem Regierungspräsidium abgestimmt.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Eine Rufbereitschaft der Abteilung Technik ist 24 Stunden erreichbar. Die Mitarbeiter der Abteilung Technik, welche die Rufbereitschaft absichern, besitzen eine Ausbildung zum Aufzugswärter. Für die wichtigsten technischen Einrichtungen sind Wartungsverträge abgeschlossen. Zwei örtlich getrennte Trinkwasseranschlüsse gewähren im Havariefall die Trinkwasserversorgung. Die Notstromversorgung erfolgt nach einer im Krankenhaus üblichen Priorisierung in Sicherheits- und Normalstromversorgung. Bestimmte medizinische Geräte werden über batteriegestützte Stromversorgung versorgt. Ein Konzept beim Ausfall der EDV- und der Telekommunikationsanlage liegt vor.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Durch die EDV-Abteilung wird eine effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie sichergestellt. Ein zentrales, integriertes Krankenhausinformationssystem ist in allen Bereichen im Einsatz. Jeder Mitarbeiter hat gemäß seinem Aufgabenbereich einen passwortgeschützten Zugang. Jeder neue Mitarbeiter erhält eine Einweisung. Zusätzlich besteht die Möglichkeit zu einer weiteren Schulung. Es existiert ein Ausfallkonzept für die EDV und die Telekommunikation. Das Intranet und das Outlook sind für alle Mitarbeiter das zentrale Informations- und Kommunikationsmedium.

4.2.1 Klinische Dokumentation

In der Dienstanweisung "Erhebung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten" sind die Anforderungen an eine qualifizierte Dokumentation und Verantwortung für die Dokumentation festgelegt. In dieser Dienstanweisung wird hausintern geregelt, wie mit Patientendaten umgegangen werden muss. Diese Regelung beachtet die Einbeziehung aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Die Patientendokumentation der stationären Patienten befindet sich im Stationszimmer und steht allen befugten Berufsgruppen zur Verfügung. Der Zugriff auf elektronisch gespeicherte Daten ist für berechtigte Personen möglich. Patientenakten aus vorherigen Krankenhausaufenthalten sind im Zentralarchiv abrufbar. Ein Archivverwaltungssystem erfasst entnommene Akten. Alle Patientendaten werden in der Krankenakte und im Krankenhausinformationssystem erfasst. Eine Handzeichenliste macht die Anordnungs- und Durchführungsverantwortung nachvollziehbar.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die Mitglieder der Krankenhausleitung sind aktiv in das Tagesgeschäft eingebunden. Beschwerden von Patienten werden u.a. durch den Patientenfragebogen erfasst und mit dem Qualitätsmanagement und der Krankenhausleitung ausgewertet. Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit, Ideen, Wünsche und Beschwerden an die Krankenhausleitung heranzutragen. Über Beinahefehler informiert das CIRS-Team die Krankenhausleitung halbjährlich. Gemäß den Leitlinien für das CIRS-Team wird der Krankenhausleitung zeitnah über akute Probleme berichtet. Über Schadensfälle oder Behandlungsfehler werden der Leitende Chefarzt und die Verwaltungsleiterin zeitnah in Kenntnis gesetzt.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Das Orthopädische Zentrum hat unter www.klinik-rothenburg.de eine Homepage und stellt sich in den Broschüren des Landkreises, der Stadt Rothenburg und in verschiedenen Flyern vor. Durch enge Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten erfolgt ebenfalls eine Information über unser Leistungsspektrum. Für den Meinungsaustausch mit niedergelassenen Ärzten findet jährlich ein Stammtischabend statt. Im Herbst jeden Jahres wird die Veranstaltung "Rothenburger Gespräch" durchgeführt. Regelmäßig finden Ausstellungseröffnungen in der Einrichtung statt. Die Information der Mitarbeiter erfolgt auch über das krankenhauseigene elektronische Informationssystem Outlook. Ein Kommunikationskonzept beschreibt die regelmäßig stattfindenden Besprechungen innerhalb und zwischen den Bereichen. Die Information im Eingangsbereich ist die zentrale Auskunftsstelle. Sie ist rund um die Uhr besetzt. Die Information ist die erste Anlaufstelle für Patienten und Angehörige. Gleichzeitig ist die Information Poststelle, Telefon- und Alarmzentrale der Einrichtung. Das Verhalten bei Brand- und Katastrophenfällen ist Thema bei vierteljährlichen Unterweisungen. Eine Dienst-anweisung zur Auskunftserteilung an Besucher und Angehörige sowie die Verfahrensweise nach dem Erteilen einer Auskunftssperre liegen vor.

5 Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Für das Orthopädische Zentrum liegt ein Unternehmensleitbild vor, welches das "Grundgesetz" unseres Hauses darstellt. Es zeigt die geistigen und geistlichen Grundlagen und gibt einen visionären Rahmen vor, der von allen Mitarbeitern ausgefüllt werden sollte. Regelmäßig wird das Leitbild durch eine Arbeitsgruppe aktualisiert. Die Broschüre mit Stand Oktober 2016 wurde allen Mitarbeitern ausgehändigt und liegt für die interessierte Öffentlichkeit in den Räumlichkeiten der Klinik aus und kann auch auf der Homepage eingesehen werden.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Der kooperative Führungsstil ist die Grundlage für das vertrauensvolle Miteinander. In den Führungsgrundsätzen ist verankert, dass ein Mitarbeiterjahresgespräch zu führen ist. Zwischen der Geschäftsführung und der Mitarbeitervertretung besteht eine kooperative und respektvolle Zusammenarbeit. Zum Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz wurden alle Mitarbeiter geschult. Die Arbeit in den Projekt- und Arbeitsgruppen wird aktiv durch die Krankenhausleitung unterstützt. Vielfältige Veranstaltungen während des gesamten Jahres werden organisiert und gut angenommen. Die Informationspolitik in der Einrichtung wurde in einer Mitarbeiterbefragung positiv bewertet.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Die Geschäftsführung und die Krankenhausleitung hielten es für angezeigt, die ethische Auseinandersetzung mit Fragen der Behandlung, Pflege und Versorgung von Patienten zu regeln. Bei der Entwicklung von Normen und Verhaltensregeln in Bezug auf die medizinisch-ethischen Aspekte unterstützt das etablierte Ethikkomitee die Geschäftsführung und die Krankenhausleitung. Im Orthopädischen Zentrum arbeitet ein evangelischer Pfarrer als Krankenhausseelsorger. An Sonn- und Feiertagen werden in der Kapelle Gottesdienste gehalten, welche über einen Hausfernsehsender auf die Patientenzimmer übertragen werden. Im Bedarfsfall können Seelsorger anderer Konfessionen hinzugezogen werden. Das Orthopädische Zentrum versteht sich als Teil des regionalen gesellschaftlichen Lebens. Wir öffnen unser Haus für verschiedene Veranstaltungen, z.B. Konzerte, Ausstellungseröffnungen, Tag der offenen Tür, Symposien für die Öffentlichkeit und sind damit ein Ort der Begegnung und Kommunikation.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Um der zunehmenden Wettbewerbssituation im Gesundheitswesen zu begegnen, wird jährlich eine Jahresplanung zur Öffentlichkeitsarbeit erstellt. Mehrmals im Jahr finden Ausstellungseröffnungen sowie Arztvorträge für die interessierte Öffentlichkeit im Orthopädischen Zentrum statt. Die Information der Öffentlichkeit erfolgt über persönliche Einladungen, Informationen in der Presse, Flyer und Plakate. Auf der Homepage wird über die Veranstaltungen informiert. Alle zwei Jahre wird ein Tag der offenen Tür durchgeführt. Die Evakuierungsordnung regelt, wer bei Notfällen Informationen an die Öffentlichkeit erteilt.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Das Strategiekonzept für die Entwicklung des Orthopädischen Zentrums wurde 2013 erarbeitet und durch die Gesellschaftervertreter und den Aufsichtsrat genehmigt. Die Umsetzung wird durch diese Gremien begleitet. Die Mitarbeiter wurden über das Strategiepapier informiert und werden aktiv in die Realisierung eingebunden.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Jährlich wird für alle Bereiche des Orthopädischen Zentrums ein Wirtschafts- und Investitionsplan erstellt. Basierend auf der monatlichen Hochrechnung werden Kosten und Erlöse der einzelnen Abteilungen hochgerechnet und mit den Planvorgaben abgestimmt. Die Geschäftsführung und die Mitglieder der Krankenhausleitung sowie weitere leitende Mitarbeiter erhalten diese Auswertungen. Abweichungen der Hochrechnungen zu den Planzahlen werden analysiert. Des Weiteren erfolgt eine quartalsweise Überprüfung der Investitions- und Instandhaltungsbudgets. Im Januar jedes Jahres werden Abteilungsziele neu aufgestellt und die Zielerreichung für das vergangene Jahr kontrolliert. Die Dokumentation dazu wird dem Qualitätsmanagementbeauftragten zugearbeitet.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Seit mehreren Jahren werden Kinder aus Entwicklungsländern über das SOS- Kinderdorf in unserer Einrichtung medizinisch versorgt. Aus der Behandlung eines Jungen aus Kenia entstand eine Patenschaft. Seit dem Jahr 2009 wird der christliche Schulclub vom Christlichen Verein Junger Menschen (CVJM) in Kodersdorf durch die Einrichtung unterstützt. Die Einrichtung bietet Schülern der Mittelschule und vom Gymnasium die Möglichkeit, Praktika zu absolvieren. Mehrmals jährlich werden Ausstellungen im Rahmen einer Vernissage eröffnet. Alle zwei Jahre findet ein Tag der offenen Tür statt. Es werden Arztvorträge für die Bevölkerung angeboten. Kooperationsverträge werden durch die Geschäftsführung abgeschlossen. Dadurch wird sichergestellt, dass Bereiche, die die Klinik selbst nicht vorhält, abgedeckt werden. Mit den niedergelassenen Fachärzten bestehen langjährige Kooperationsbeziehungen. Einmal jährlich findet ein Stammtischabend statt. Regelmäßig werden Einweiserbefragungen durchgeführt.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Geschäftsführung hat die Organisationsstruktur in Organigrammen festgelegt. Das zentrale Organigramm beschreibt die Verantwortlichkeiten von Geschäftsführung und Krankenhausleitung. Die Organigramme für die einzelnen Bereiche legen die Verantwortlichkeiten der nachgeordneten Führungskräfte fest. Ein Geschäftsverteilungsplan, der im Intranet veröffentlicht ist, benennt namentlich die aktuellen Funktionsträger. Eine Dienstanweisung stellt die monatliche Aktualisierung des Geschäftsverteilungsplanes sicher. Die Krankenhausleitung, bestehend aus Leitendem Chefarzt, Pflegedienstleitung und Verwaltungsleitung, ist dem Geschäftsführer direkt unterstellt und steht ihm als beratendes Gremium zur Verfügung. Die Aufgaben der Mitglieder der Krankenhausleitung sind in der Geschäfts- und Zuständigkeitsordnung definiert. Im Abstand von zwei Wochen finden Sitzungen der Geschäftsführung und Krankenhausleitung statt. Die nachgeordneten Führungskräfte werden in den regelmäßig stattfindenden Sitzungen bzw. durch Hausmitteilungen über Ergebnisse informiert.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Die Fachklinik für Orthopädie versteht sich als Zentrum der Behandlung von orthopädischen Erkrankungen in Ostsachsen. Ein strategisches Ziel ist die Absicherung des kompletten orthopädischen Spektrums. Die Chefärzte unterbreiten Vorschläge zur innovativen medizinischen Entwicklung in der Sitzung der Krankenhausleitung. Daraufhin prüft die Geschäftsführung die Wirtschaftlichkeit und Realisierbarkeit der Innovation. Nach einer Probephase wird durch die Geschäftsführung in Zusammenarbeit mit der Krankenhausleitung endgültig über die Umsetzung der Innovation entschieden. In Strategiekonferenzen werden die Prozesse des Patientenmanagements kritisch hinterfragt und Verbesserungspotentiale aufgezeigt. Die Fort- und Weiterbildungsordnung regelt die kontinuierliche Weiterentwicklung der Mitarbeiter. Jährlich wird ein internes Weiterbildungsprogramm erstellt. Die wissenschaftliche Bibliothek des Orthopädischen Zentrums steht allen Mitarbeitern offen. Des Weiteren dient das Intranet als interne Informationsplattform sowie zum gezielten Wissensmanagement.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Die Realisierung eines effektiven Qualitätsmanagements ist Bestandteil der Strategie der Geschäftsführung. Das Qualitätsmanagement liegt entsprechend der Geschäfts- und Zuständigkeitsordnung in der Verantwortung und in der Zuständigkeit der Verwaltungsleiterin, der die Stabsstelle „Qualitätsmanagement“ direkt zugeordnet ist. Der Lenkungsausschuss ist das zentrale Beratungs- und Entscheidungsgremium im Bereich Qualitätsmanagement. Dort werden neue Projekte angestoßen, kontrolliert und nach erfolgreicher Durchführung genehmigt. Der Qualitätsmanagementbeauftragte leitet den Lenkungsausschuss und dient als Ansprechpartner und als Koordinator für die Qualitätsbeauftragten in den einzelnen Abteilungen. In der Einrichtung wurden 12 Mitarbeiter zu Internen Auditoren ausgebildet. Neben den Qualitätszielen für das Orthopädische Zentrum sind Qualitätsziele für den ärztlichen Bereich, den Pflegebereich sowie die Verwaltung festgelegt. Die Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements ist ein kontinuierliches Thema in den Sitzungen der Krankenhausleitung.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -Optimierung

Die Prozesslandkarte stellt die Kern- und Unterstützungsprozesse sowie die Führungsprozesse dar. Schnittstellen werden aufgezeigt. Die Kernprozesse stellen den Weg des Patienten während der Krankenhausbehandlung dar. Die Unterstützungsprozesse und Führungsprozesse begleiten die Kernprozesse. Die Ablauforganisation der einzelnen Prozesse wird in Dienstanweisungen, Standards und Behandlungsleitfäden geregelt und im Intranet veröffentlicht. In den Strategiekonferenzen werden die Prozesse analysiert. Des Weiteren ergeben sich aus der Auswertung des Visitationsberichtes und der Ist-Analyse im Rahmen der Rezertifizierung Aufgaben, welche in Projekten innerhalb des Lenkungsausschusses bearbeitet werden. Zur Überprüfung von Prozessen erstellt der Qualitätsmanagementbeauftragte einen Plan für die Durchführung interner Audits. Der Lenkungsausschuss berät die Auditergebnisse und leitet notwendige Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen ein.

6.2.1 Patientenbefragung

Die Geschäftsführung unterstreicht mit der Durchführung von Patientenbefragungen die im Unternehmensleitbild festgesetzten Grundsätze nach einer ganzheitlichen Betreuung der Patienten. Das Qualitätsmanagement ist für die Durchführung, Erfassung und Auswertung von Patientenbefragungen verantwortlich. Die kontinuierliche Durchführung von Patientenbefragungen erfolgt auf klinikeigenen Fragebögen. Stichprobenartig führt das Qualitätsmanagement Patienteninterviews zur Patientenzufriedenheit durch. Der Lenkungsausschuss ist auch für die Steuerung und Auswertung von Befragungen zuständig. Die Ergebnisse der Befragungen kommunizieren die Bereichsleiter in den Besprechungen und sind im Intranet veröffentlicht.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Durch Befragungen gewinnt das Orthopädische Zentrum detaillierte Informationen über Stärken und Schwächen in der Zusammenarbeit mit Einweisern und Nachsorgeeinrichtungen. Ziel ist es, den behandlungsbezogenen Dialog zu optimieren und konkrete Ansätze für Verbesserungsmaßnahmen zu erhalten. Des Weiteren dienen sie der Verbesserung hinsichtlich der Patientenbetreuung sowie der Weiterbehandlung der Patienten. Ein entsprechendes Anschreiben vermittelt die Zielsetzung. Zusätzlich werden Einweiserbefragungen in Form persönlicher Gespräche durchgeführt.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Der Lenkungsausschuss beauftragt die Mitarbeitervertretung mit der Durchführung von Mitarbeiterbefragungen. Die Planung der Befragung erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der Verwaltungsleitung und dem Qualitätsmanagement. Die Erfassung, Sichtung und Aufbereitung der Ergebnisse findet innerhalb der Mitarbeitervertretung statt, wobei die Geschäftsführung ausdrücklich nicht mitwirkt. Die Mitarbeitervertretung wertet die Ergebnisse in einer Mitarbeiterversammlung aus und veröffentlicht sie im Intranet. In Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung und dem Qualitätsmanagement leitet die MAV daraus zukünftige Aufgabenstellungen ab.

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

Die Geschäftsführung unterstreicht mit der Dienstanweisung zum Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden die im Unternehmensleitbild festgesetzten Grundsätze nach einer ganzheitlichen Betreuung. Das Qualitätsmanagement koordiniert die Erfassung und Auswertung von Befragungen, Patientenwünschen und Patientenbeschwerden. Die systematische Erfassung von Patientenwünschen und Patientenbeschwerden erfolgt sowohl durch die kontinuierliche Patientenbefragung mittels Fragebogen, als auch durch regelmäßig durchgeführte Befragungen von Patienten durch ein standardisiertes Interview. Zusätzlich fungiert der Krankhausseelsorger als unabhängige Patientenbeschwerdestelle. Eine Dienstanweisung regelt die Vorgehensweise bei Mitarbeiterbeschwerden.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Zu den wichtigsten Qualitätskennzahlen zählen die Bewertung der Zufriedenheit von Patienten, Mitarbeitern und Einweisern. Weitere Qualitätskennzahlen sind u.a. OP- Kennzahlen (Planungssicherheit, Auslastung der Säle, Wechselzeiten), die Sturzstatistik, Dekubitusstatistik, Einhaltung der Visitenzeiten, Wartezeitanalysen, Personalausfallzeiten, Fluktationsraten, CIRS-Meldungen, Hygienesdaten und die Komplikationsraten. Die Qualitätskennzahlen geben Auskunft über die Qualität, Attraktivität, Rentabilität und Produktivität der Fachklinik für Orthopädie. Durch die Festlegung von strategischen und operativen Zielen möchte die Geschäftsführung das erreichte Qualitätsniveau sichern und die Weiterentwicklung der Einrichtung vorantreiben. Mit der Einführung des neuen Krankenhausinformationssystems wurden Sicherheiten eingebaut, um eine Dokumentationsrate im Bereich externe Qualitätssicherung und Infektionsstatistik vollständig zu erreichen. Daten der externen Qualitätssicherung von der Bundesgeschäftsstelle werden im Intranet veröffentlicht und bilden die Grundlage für hausinterne Analysen. Entsprechend der Bescheinigung der Sächsischen Landesärztekammer betrug die Dokumentationsrate in allen Modulen 100%. Ein Arzt der Fachklinik für Orthopädie ist als Delegierter der Krankenhausgesellschaft Sachsen Mitglied in der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung für Orthopädie und Traumatologie bei der Sächsischen Landesärztekammer. Das Orthopädische Zentrum nimmt am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) teil.