

Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
für das Berichtsjahr 2006

Orthoklinik Lüneburg GmbH

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ
auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 19.10.2007 um 09:09 Uhr erstellt.

DKTIG: <http://www.dktig.de>

ProMaTo: <http://www.netfutura.de>

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses
A-3	Standort(nummer)
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses
B-[1]	Orthopädie
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[1].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[1].3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[1].4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD
B-[1].7	Prozeduren nach OPS
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-[1].11	Apparative Ausstattung
B-[1].12	Personelle Ausstattung
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

- C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V
- C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)
- D-1 Qualitätspolitik
- D-2 Qualitätsziele
- D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements
- D-5 Qualitätsmanagement-Projekte
- D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Einleitung



Abbildung: Logo

Gemäß § 137 SGB V sind die Krankenhäuser ab dem Jahr 2005 verpflichtet im Abstand von zwei Jahren einen strukturierten Qualitätsbericht zu veröffentlichen. Mit der Veröffentlichung des vorliegenden Qualitätsberichtes möchte die Orthoklinik Lüneburg GmbH nicht nur seiner gesetzlichen Verpflichtung der Veröffentlichung nachkommen, sondern Patienten, Ärztinnen und Ärzten, Krankenkassen und Versicherungen, Lieferanten, Kunden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und allen Interessierten die Leistungen transparent machen.

Neben mehr Transparenz ist der Qualitätsbericht die Grundlage für einen Vergleich der Krankenhäuser, dem sich die Orthoklinik Lüneburg GmbH als Fachklinik für Orthopädische und Rheumatologische Chirurgie, geführt in privater Trägerschaft, gerne stellt.

Dieser Bericht ist ein medizinischer Jahresbericht und enthält keine betriebswirtschaftlichen Daten. Weitergehende Informationen die im Umfang des Qualitätsberichts nicht vorgesehen sind oder nur begrenzt dargestellt werden können, hält die Orthoklinik auf der Homepage unter www.orthoklinik-lueneburg.de bereit.

In den Teilen A und B werden die allgemeinen und fachspezifischen Struktur- und Leistungsdaten der Orthoklinik Lüneburg dargestellt, im Teil C wird über die Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung berichtet und im Teil D wird über den Stand des Qualitätsmanagements informiert.

Der Bericht ist unabhängig von der Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 : 2000 erstellt worden, mit dem das Krankenhaus im Jahr 2002 erstmals ausgezeichnet wurde.

Lüneburg, im August 2007

Holger von Ahn

Stellv. Verwaltungsleitung & QMB

Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Holger von Ahn	Verwaltung / stellv. Verwaltungsleiter	04131/722-231	04131/722-265	vonahn@orthoklinik-lueneburg.de

Ansprechpartner:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Holger von Ahn	Verwaltung / stellv. Verwaltungsleiter	04131/722-231	04131/722-265	vonahn@orthoklinik-lueneburg.de

Links:

www.orthoklinik-lueneburg.de

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herr Holger von Ahn, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hausanschrift:

Orthoklinik Lüneburg GmbH

Ginsterweg 5-7

21335 Lüneburg

Telefon:

04131 / 722 - 0

Fax:

04131 / 722 - 265

E-Mail:

info@orthoklinik-lueneburg.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260330680

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name:

Orthoklinik Lüneburg GmbH

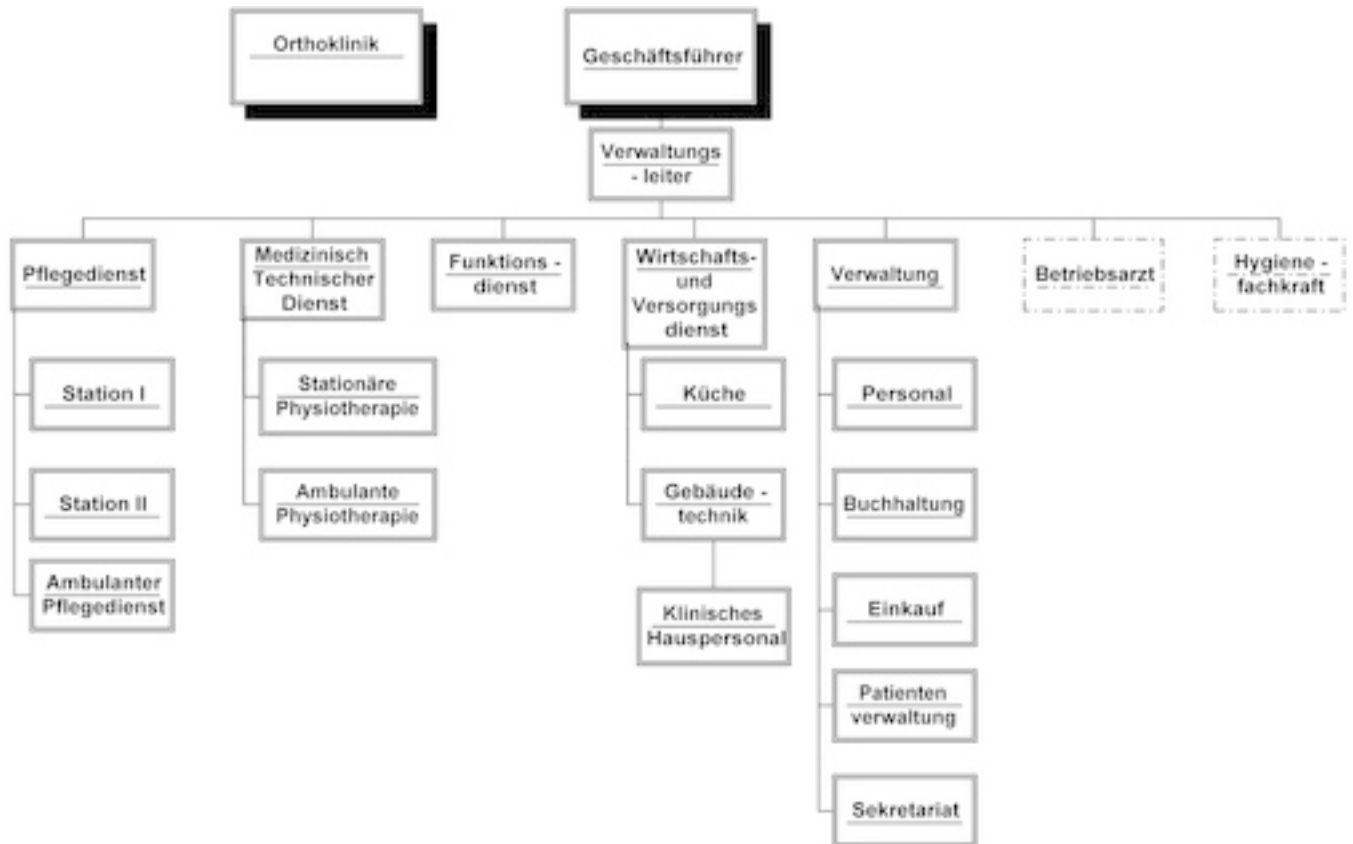
Art:

privat

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



Organigramm: Organigramm Stand: August 2007

Das Organigramm zeigt die Struktur der Orthoklinik Lüneburg, die als Belegklinik mit der Fachabteilung Orthopädie auf zwei Stationen mit jeweils 25 Belegbetten geführt wird.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

50 Betten

A-13 Fallzahlen des Krankenhaus:

Vollstationäre Fallzahl:

1508

Teilstationäre Fallzahl:

0

Ambulante Fallzahlen

Fallzählweise:

0

Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-[1] Fachabteilung Orthopädie

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Orthopädie

Art der Abteilung:

bettenführende Belegabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

2300

Hausanschrift:

Ginsterweg 5-7

21335 Lüneburg

Telefon:

04131 / 722 - 200

Fax:

04131 / 722 - 265

E-Mail:

info@orthoklinik-lueneburg.de

B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie:	Kommentar / Erläuterung:
VC28	Gelenkersatzverfahren/ Endo-Prothetik	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	

B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
-----	---	--------------------------

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP17	Fallmanagement/ Case Management/ Primary Nursing/ Bezugspflege	
MP24	Lymphdrainage	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik	
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	

B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA12	Balkon/ Terrasse	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA18	Telefon	
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	
SA22	Bibliothek	
SA24	Faxempfang für Patienten	
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	
SA33	Parkanlage	

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:

1508

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Top 30 Diagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	M17	242	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Kniegelenkes
2	M75	238	Schulterverletzung
3	M48	222	Sonstige Krankheit an den Wirbelkörpern
4	M16	158	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Hüftgelenkes
5	M51	126	Sonstiger Bandscheibenschaden
6	M23	70	Schädigung von Bändern bzw. Knorpeln des Kniegelenkes
7	M05	66	Anhaltende Entzündung mehrerer Gelenke mit im Blut nachweisbarem Rheumafaktor
8	T84	59	Komplikationen durch künstliche Gelenke, Metallteile oder durch Verpflanzung von Gewebe in Knochen, Sehnen, Muskeln bzw. Gelenken
9	M20	55	Nicht angeborene Verformungen von Fingern bzw. Zehen
10	M54	44	Rückenschmerzen
11	M06	38	Sonstige anhaltende Entzündung mehrerer Gelenke
12	M53	28	Sonstige Krankheit der Wirbelsäule bzw. des Rückens, die nicht an anderen Stellen der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) eingeordnet ist
13	M19	21	Sonstige Form des Gelenkverschleißes (Arthrose)
14	M67	8	Sonstige Gelenkhaut- bzw. Sehnenkrankheit
14	Q74	8	Sonstige angeborene Fehlbildung der Arme bzw. Beine
16	M65	7	Entzündung der Gelenkinnenhaut bzw. der Sehnenscheiden
16	M80	7	Knochenbruch bei normaler Belastung aufgrund einer Verminderung der Knochendichte - Osteoporose
16	T81	7	Komplikationen bei ärztlichen Eingriffen
19	M22	6	Krankheit der Kniescheibe
20	C79	<= 5	Metastase einer Krebserkrankung in sonstigen Körperregionen
20	D16	<= 5	Gutartiger Tumor des Knochens bzw. des Gelenkknorpels

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
20	D17	<= 5	Gutartiger Tumor des Fettgewebes
20	D21	<= 5	Sonstige gutartige Tumoren des Bindegewebes bzw. anderer Weichteilgewebe wie Muskel oder Knorpel
20	D48	<= 5	Tumor an sonstigen bzw. vom Arzt nicht näher bezeichneten Körperregionen ohne Angabe, ob gutartig oder bösartig
20	G56	<= 5	Funktionsstörung eines Nervens am Arm bzw. an der Hand
20	L03	<= 5	Eitrige, sich ohne klare Grenzen ausbreitende Entzündung in tiefer liegendem Gewebe - Phlegmone
20	M00	<= 5	Eitrige Gelenkentzündung
20	M13	<= 5	Sonstige Gelenkentzündung
20	M18	<= 5	Gelenkverschleiß (Arthrose) des Daumensattelgelenkes
20	M21	<= 5	Sonstige nicht angeborene Verformungen von Armen bzw. Beinen

B-[1].7 Prozeduren nach OPS

Top 30 Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	5-032	220	Operativer Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuzbein bzw. zum Steißbein
1	5-984	220	Operation unter Verwendung optischer Vergrößerungshilfen, z.B. Lupenbrille, Operationsmikroskop
3	5-805	178	Operativer, wiederherstellender Eingriff an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks
4	5-822	176	Operatives Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks
5	5-832	175	Operative Entfernung von erkranktem Knochen- bzw. Gelenkgewebe der Wirbelsäule
6	5-812	170	Operation am Gelenkknorpel bzw. an den knorpeligen Zwischenscheiben (Menisken) des Kniegelenks durch eine Spiegelung
7	5-839	157	Sonstige Operation an der Wirbelsäule
8	5-820	156	Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
9	5-814	141	Operativer, wiederherstellender Eingriff an Sehnen bzw. Bändern des Schultergelenks durch eine Spiegelung
10	8-910	140	Regionale Schmerztherapie durch Einbringen eines Betäubungsmittels in einen Spaltraum im Wirbelkanal (Epiduralraum)
11	5-788	114	Operation an den Fußknochen
12	5-831	107	Operative Entfernung von erkranktem Bandscheibengewebe
12	8-915	107	Schmerztherapie mit Einspritzen eines Betäubungsmittels an einen sonstigen Nerven außerhalb des Gehirn und des Rückenmarks
14	8-917	94	Schmerztherapie mit Einspritzen eines Betäubungsmittels in Gelenke der Wirbelsäule
15	5-811	71	Operation an der Gelenkinnenhaut durch eine Spiegelung
16	5-810	49	Erneute Operation eines Gelenks durch eine Spiegelung
17	8-803	34	Wiedereinbringen von Blut, das zuvor vom Empfänger gewonnen wurde - Transfusion von Eigenblut
18	5-836	31	Operative Versteifung der Wirbelsäule - Spondylodese
19	5-800	30	Erneute operative Begutachtung und Behandlung nach einer Gelenkoperation
19	5-835	30	Operative Befestigung von Knochen der Wirbelsäule mit Hilfsmitteln wie Schrauben oder Platten
21	5-804	28	Operation an der Kniescheibe bzw. ihren Bändern
21	5-983	28	Erneute Operation
23	5-859	27	Sonstige Operation an Muskeln, Sehnen, deren Bindegewebshüllen bzw. Schleimbeuteln
24	5-787	25	Entfernung von Hilfsmitteln, die zur Befestigung von Knochenteilen z.B. bei Brüchen verwendet wurden
25	8-800	24	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
26	8-020	22	Behandlung durch Einspritzen von Medikamenten in Organe bzw. Gewebe oder Entfernung von Ergüssen z.B. aus Gelenken
27	5-852	20	Entfernen von Muskeln, Sehnen bzw. deren Bindegewebshüllen
28	5-821	19	Erneute Operation, Wechsel bzw. Entfernung eines künstlichen Hüftgelenks
29	5-823	15	Erneute Operation, Wechsel bzw. Entfernung eines künstlichen Kniegelenks
30	5-995	12	Vorzeitiger Abbruch einer Operation (Eingriff nicht komplett durchgeführt)

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Kommentar / Erläuterung:
AA07	Cell Saver (im Rahmen einer Bluttransfusion)	[24h verfügbar]
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	[24h verfügbar]

B-[1].12 Personelle Ausstattung

B-12.1 Ärzte:

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte):

0

Davon Fachärzte:

0

Belegärzte (nach § 121 SGB V):

4

B-12.2 Pflegepersonal:

Pflegekräfte insgesamt:

34

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung):

28

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung):

4

B-12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP21	Physiotherapeuten	

Teil C - Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Leistungsbereich:	Fallzahl:	Dokumentationsrate in %:	Kommentar:
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	161	100	Strukturierter Dialog 2006 für Modul 17/2 abgeschlossen Ergebnis unauffällig, kein Strukturierter Dialog erforderlich
Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel	<20	100	
Hüftgelenknahe Femurfraktur	<20	100	
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	147	100	
Knie-Totalendoprothesen-Wechsel und -komponentenwechsel	<20	100	
Gesamt	330	100	

C-1.2 A Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren:

C-1.2 A.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt.

(1) Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI):	(2) Kennzahlbezeichnung:	(3) Bew. durch Strukt. Dialog:	(4) Vertr.-bereich:	(5) Ergebnis (Einheit):	(6) Zähler / Nenner:	(7) Referenzbereich (bundesweit):	(8) Kommentar / Erläuterung:
Hüftgelenkersatz Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionen wegen Komplikation	8	entfällt	Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt	entfällt	<= 9%	

(1) Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI):	(2) Kennzahl- bezeichnung:	(3) Bew. durch Strukt. Dialog:	(4) Vertr.- bereich:	(5) Ergebnis (Einheit):	(6) Zähler / Nenner:	(7) Referenz- bereich (bundesweit):	(8) Kommentar / Erläuterung:
Hüftgelenkersatz Ausrenkung des künstlichen Hüftgelenkes nach der Operation	Endoprothesenluxation	8	entfällt	Ergebnis wurde dem Kranken- haus nicht mitgeteilt	entfällt	<= 5%	
Hüftgelenkersatz Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation	Postoperative Wundinfektion	8	entfällt	Ergebnis wurde dem Kranken- haus nicht mitgeteilt	entfällt	<= 3%	

C-1.2 A.II Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind.

(1) Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI):	(2) Kennzahl- bezeichnung:	(3) Bew. durch Strukt. Dialog:	(8) Kommentar / Erläuterung:
Kniegelenkersatz Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionen wegen Komplikation	0	
Kniegelenkersatz Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation	Postoperative Wundinfektion	0	

C-1.2 B Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene

Qualitätsindikatoren / Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung:

C-1.2 B.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt:

C-1.2 B.II Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind:

C-1.2 C Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene / noch nicht bzgl. ihrer methodischen Eignung bewertete Qualitätsindikatoren :

C-1.2 C.I Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt:

C-1.2 C.II Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind:

In der Spalte 3 Bewertung durch Strukt. Dialog ist in den Unterabschnitten C-1.2 A.I, C-1.2 B.I und C-1.2 C.I die Bewertung des Strukturierten Dialogs verpflichtend darzustellen. Aus folgender Liste ist die zutreffende Zahl ausgewählt:

8 = Ergebnis unauffällig, kein Strukturierter Dialog erforderlich

1 = Krankenhaus wird nach Prüfung als unauffällig eingestuft

6 = Krankenhaus wird nach Prüfung als positiv auffällig, d. h. als besonders gut eingestuft

2 = Krankenhaus wird für dieses Erhebungsjahr als unauffällig eingestuft,

in der nächsten Auswertung sollen die Ergebnisse aber noch mal kontrolliert werden

3 = Krankenhaus wird ggf. trotz Begründung erstmals als qualitativ auffällig bewertet

4 = Krankenhaus wird ggf. trotz Begründung wiederholt als qualitativ auffällig bewertet

5 = Krankenhaus wird wegen Verweigerung einer Stellungnahme als qualitativ auffällig eingestuft

9 = Sonstiges

0 = Derzeit noch keine Einstufung als auffällig oder unauffällig möglich,

da der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen ist

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Leistungsbereich:	Mindestmenge:	Erbrachte Menge:	Ausnahmeregelung:
Knie-TEP	50	168	Nein

C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)

trifft nicht zu / entfällt

Teil D - Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Unternehmensleitsätze Orthoklinik Lüneburg GmbH Stand: 06.06.2003

Die Orthoklinik Lüneburg GmbH ist eine Belegklinik in der Fachrichtung Rheumatologie, operative/konservative Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie.

Wir sind als Fachklinik mit 50 Betten im Niedersächsischen Bettenbedarfsplan enthalten und verfügen über zwei Stationen mit insgesamt 50 aufgestellten Betten, einem Operationsbereich mit zwei Sälen, einer eigenständigen Physiotherapie sowie einem ambulanten Hauspflagedienst.

Unsere Aufgabenstellung besteht in der Sicherstellung einer qualifizierten Pflege und Betreuung der Patienten unter dem Aspekt der Patientenzufriedenheit durch ganzheitliche und individuelle Pflege. Wobei im Mittelpunkt des Geschehens stehen soll:

- o **Gesundheit zu fördern,**

- o **Krankheiten zu verhüten,**

- o **Gesundheit wieder herzustellen,**

- o **sowie Leiden zu lindern.**

Der Patient/Kunde steht im Mittelpunkt unserer Arbeit. Wir akzeptieren unsere Patienten/Kunden als eigenständige Persönlichkeiten, ihnen und ihren Angehörigen gilt unsere Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft.

Wir fördern die enge Zusammenarbeit mit Ärzten und häuslicher Pflege.

Die Klinikleitung sorgt für die Interessen der Kranken und der Mitarbeiter in gleichem Maß.

Wir sind eine Einheit. Unser Ziel ist es, die Qualität zu wahren, zu kontrollieren und ständig zu verbessern. Dazu bedienen wir uns allgemein gültiger Standards, geltender Gesetze und Normen. Die Verantwortung dafür trägt die Klinikleitung.

Unser Umgangsstil ist kooperativ und partnerschaftlich.

Wirtschaftlichkeit ist Voraussetzung für unser Arbeiten.

Wir informieren uns gegenseitig und tragen bei zu einer Atmosphäre der Offenheit und der Transparenz. Nicht nur, die Fehler selbst, sondern die Ursachen von Fehlern müssen beseitigt werden. Fehlerprävention hat Vorrang vor Fehlerbeseitigung.

Alle Beschäftigten sind aufgefordert, an der Ausarbeitung, Umsetzung und Bewertung qualitätsverbessernder Maßnahmen mitzuwirken. Dies erfolgt durch die Einführung und Aufrechterhaltung eines Prozessorientierten QM-Systems.

Fort- und Weiterbildung sind Teil aller Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsqualität.

Das Erreichen unserer Qualitätsziele ist eine wichtige Führungsaufgabe.

D-2 Qualitätsziele

Die Qualitätsziele der Orthoklinik Lüneburg GmbH

Zuerst sind die Ziele in Bezug auf die Patientenzufriedenheit zu nennen, anschließend die Ziele in Bezug auf die Mitarbeiterzufriedenheit und dann die Ziele in Bezug auf die Wirtschaftlichkeit der Klinik.

Ziele im Bereich der Patientenaufnahme (Verwaltung)

o gute Erreichbarkeit der Klinik

o gute Orientierung in der Klinik

- o keine bzw. kurze Wartezeiten vor der Patientenaufnahme
- o Integration des Patienten während der Patientenaufnahme
- o Umfangreiche Information des Patienten

Ziele im Bereich der Patientenaufnahme (Station)

- o Nutzung der bisherigen Patienteninformationen, Vermeidung von Doppelerhebungen
- o Keine Wartezeiten
- o Zuweisung eines persönlichen Ansprechpartners
- o Schnelle Zuweisung eines freien Bettes

Ziele im Bereich der Behandlung

- o Integration des Patienten in die Behandlung
- o Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung
- o Anwendung von Leitlinien und Standards
- o Medizinisch zweckmäßige Versorgung des Patienten
- o Koordinierte Behandlung

Ziele im Bereich der Basisleistungen

- o Berücksichtigung von Patientenwünschen
- o Umfangreiche Standardleistungen im Bereich der Hygiene und Verpflegung
- o Bereitstellung von Zusatzleistungen

Ziele im Bereich der Entlassung

- o Bereitstellung kompletter Informationen zum Entlassungszeitpunkt
- o Integration des Patienten in die Entlassung
- o Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung des Patienten
- o Koordinierung der Entlassung

Mitarbeiterzufriedenheit

Neben der Patientenzufriedenheit ist die Mitarbeiterzufriedenheit das höchste Ziel.

Die Mitarbeiterzufriedenheit wird durch Mitarbeiterbefragungen und Kennzahlen ermittelt. Die Kennzahlen sind die Fluktuationsrate und Fehltage der Mitarbeiter. Wenn die Mitarbeiterzufriedenheit ausschließlich an der Dauer der Betriebszugehörigkeit gemessen würde, müsste sie außerordentlich hoch sein, da ein großer Teil der Mitarbeiter 10 Jahre und länger der Orthoklinik angehören.

Ziele im Bereich Mitarbeiterorientierung

- o Hohe Mitarbeiterzufriedenheit
- o Geringe Fluktuation
- o Bereitschaft zur Weiter-/Fortbildung

Wirtschaftlichkeit

Ohne ein gesundes wirtschaftliches Fundament kann keine Klinik im Wettbewerb bestehen. Die optimale Nutzung der vorhandenen Ressourcen ist ein Baustein zur Erreichung der wirtschaftlichen Ziele.

Ziele im Bereich Wirtschaftlichkeit

- o Erfüllung des vereinbarten Budgets zu mindestens 99%

- o Steigerung der Integrierten Versorgung um 100% gegenüber dem Jahr 2005

- o Steigerung der Walleistungen 1- und 2-Bettzimmer um 5% gegenüber dem Vorjahr

- o Festigung der Ambulanten Angebote (Physiotherapie und Ambulanter Pflegedienst), Steigerung des Umsatzes um 10%

- o Langfristige wirtschaftliche Sicherung und Erschließung neuer Geschäftsfelder

- o Refinanzierung der Investitionen

D-3 Aufbau des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements

Das QM-System basiert auf den Forderungen der DIN EN ISO 9001:2000 und wird ständig an die aktuelle Entwicklung im Unternehmen angepasst.

In Prozess- und Verfahrensbeschreibungen sind die Prozesse/ Verfahren unter Berücksichtigung folgender Punkte beschrieben:

- Abfolge der Tätigkeiten und Wechselwirkungen zwischen den Prozessen (insbesondere Eingaben/ Ergebnisse an den Schnittstellen)
- Kriterien und Methoden zur wirksamen Lenkung der Prozesse
- erforderliche Informationen zur Ausführung der Prozesse (Eingaben)
- Messen, Überwachen und Analysieren der Prozesse, um die geplanten Ergebnisse zu überprüfen und Verbesserungen zu erzielen.

Um sicherzustellen, dass die Anforderungen unserer Patienten/Kunden und Interessenspartner erfüllt werden, sind die Prozesse vom ersten Patientenkontakt bis zur Entlassung festgelegt und im Sinne der Patientenzufriedenheit gestaltet.

Alle wesentlichen Prozesse und Verfahren in der Orthoklinik sind in einer Übersicht zusammengefasst. Damit werden auch die Wechselbeziehungen zwischen den Prozessen transparent gemacht.

Der Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) hat die Aufgabe und besitzt dabei insbesondere die organisatorische Unabhängigkeit und Befugnis,

- sicherzustellen, dass die Prozesse des QM-Systems eingeführt, aufrechterhalten und weiterentwickelt werden;
- alle erforderlichen Informationen für die QM-Bewertung zusammen zu stellen, die der Unternehmensleitung einen Überblick über die Leistung des QM-Systems geben;
- Verbesserungsmaßnahmen zu initiieren;
- das Bewusstsein für Bedürfnisse und Anforderungen der Patienten/ Interessenspartner im ganzen Unternehmen zu fördern;

Verbindungen zu externen Organisationen in Qualitätsfragen zu unterhalten, insbesondere zu Interessenspartnern und Zertifizierungsgesellschaften.

Der Steuerkreis ist eine Art Qualitätskommission, die sich aus allen Abteilungen der Orthoklinik zusammen setzt. Der Steuerkreis hat die Aufgabe:

die Prozesse des QM-Systems weiterzuentwickeln;

- Informationen zur QM-Bewertung, durch Patienten- und Mitarbeiter- befragungen, zu beschaffen;
- Zusammen mit dem QMB Verbesserungsmaßnahmen zu initiieren und umzusetzen;
- das Bewusstsein für das QM-System im ganzen Unternehmen zu fördern;

Dazu kommt der Steuerkreis mit dem QMB in monatlichen Sitzungen zusammen.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Interne Audits

Die internen Auditoren führen interne Audits durch, um zu ermitteln, ob das QM-System den Forderungen der DIN EN ISO 9001:2000 entspricht und effektiv verwirklicht und aufrechterhalten wird. Die im Auditplan festgelegten Auditoren führen interne Qualitätsaudits in dem festgelegten Zeitfenster oder außerplanmäßig bei gegebenem Anlass durch. Die Festlegung des Auditumfangs hängt von der Wichtigkeit der zu auditierenden Tätigkeiten oder Bereiche und von den Ergebnissen vorangegangener Audits ab. Die Ergebnisse der internen Qualitätsaudits werden im Auditbericht und im Aktionsplan

Verbesserungen dem QMB und der auditierten Abteilung mitgeteilt. Für die Einhaltung der gesetzten Termine ist der QMB verantwortlich.

Beschwerdemanagement

Ansprechpartner für Beschwerden von Patienten sind grundsätzlich alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik, für Beschwerden vom Personal ist der erste Ansprechpartner die Abteilungsleitung bzw. die Geschäftsführung. Probleme die augenscheinlich Kleinigkeiten betreffen, werden sofort behoben. Hier wird nur ein Protokoll geführt, wenn das Problem gehäuft auftritt. Grundsätzlich können Beschwerden mündlich oder schriftlich eingereicht werden. Mündliche Beschwerden sind schriftlich in Formblatt Beschwerde fest zu halten. Nach Festlegung in welchen Bereich die Beschwerde gehört, wird sie dort hin weitergeleitet und Maßnahmen festgelegt. Anschließend wird der Beschwerdeführer über die Maßnahmen informiert.

Hygienemanagement

Für Hygienefragen ist die Hygienekommission zuständig, die 1 x im Halbjahr zusammen kommt. Zur Hygienekommission gehören Vertreter aus allen Abteilungen, die Fachkraft für Arbeitssicherheit und die externe Hygienefachkraft, sowie der externe Betriebsarzt. Bei den Sitzungen werden aktuelle Neuerungen besprochen und Umsetzungshinweise erarbeitet. Fragen die zwischen den Sitzungen auftreten und keinen Aufschub dulden, werden fernmündlich direkt mit der Hygienefachkraft geklärt und bei der nächsten Sitzung mit ins Protokoll aufgenommen.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

trifft nicht zu / entfällt

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Managementbewertung Orthoklinik Lüneburg GmbH für das Jahr 2006

1. Interne Audits

Im Jahr 2006 wurden interne Audits in allen Abteilung der Orthoklinik durchgeführt. Dabei konnte der Auditplan betriebsbedingt nicht immer eingehalten werden. Zum Jahresende waren aber alle Audits durchgeführt.

Die Audits wurden in einer offenen und freundlichen Atmosphäre durchgeführt. Die Einhaltung des Auditplans ist weiter das Problem, da noch keine zusätzlichen Auditoren ausgebildet wurden. Die Ergebnisse sind in Auditberichten sowie im „Aktionsplan Verbesserung“ zusammengefasst worden. Diese wurden den Abteilungen sowie dem QMB zur Verfügung gestellt. Die Forderungen sind überwiegend erfüllt worden. Für Abweichungen wurden Verbesserungsvorschläge gemacht, die i.d.R. umgehend aufgenommen und in die Tat umgesetzt wurden, so dass die gesetzten Termine eingehalten wurden.

Die Arbeit der internen Auditoren kann insgesamt als gut, hilfreich, angemessen und wirksam bewertet werden. Die internen Auditoren werden auch im kommenden Jahr unverändert die internen Audits durchführen. Die Audits sind im „Jahresplan Interne Qualitätsaudits“ festgelegt.

2. Kundenzufriedenheit

Siehe Abschnitt D - 2

Das oberste Ziel unseres Qualitätsmanagementsystems ist die Kunden-/Patientenzufriedenheit. Die Patientenzufriedenheit wurde wieder mit Hilfe einer Patientenumfrage ermittelt. Aber im Gegensatz zum Vorjahr wurden wesentlich mehr Patienten in die Befragung eingebunden, da sich die durchführenden hiervon mehr Anregungen für Verbesserungen erwartet hatten. Diese Erwartung wurde jedoch nicht erfüllt, da nur wenig Patienten von der Möglichkeit Gebrauch machten und neben der Bewertung auch Bemerkungen dokumentierten. Im Ergebnis haben sich zum Vorjahr keine wesentlichen Veränderungen ergeben. Das Ergebnis wird im Ergebnisbericht zur Patientenumfrage detailliert dargestellt und zeigt, dass die eingeleiteten Verbesserungen im Sinne der Kundenzufriedenheit greifen.

Ein Schwerpunkt der Unzufriedenheit liegt in der „unzureichenden“ Situation im Sanitärbereich. Das Problem lässt sich nur

durch eine bauliche Veränderung lösen. Die Maßnahme ist bereits geplant und sobald die Finanzierung geklärt ist, wird mit dem Umbau begonnen.

Hin und wieder kommt es zu kleineren zwischen-menschlichen Problemen, die i.d.R. direkt mit den Patienten durch die Abteilungen gelöst werden.

Der Pflegedienst ist bei den Patienten besonders beliebt und erhielt wie im Vorjahr ausschließlich gute Noten.

3. Mitarbeiterzufriedenheit

Neben der Patientenzufriedenheit steht die Mitarbeiterzufriedenheit im Zentrum unseres Qualitätsmanagements. Im Jahr 2006 haben wir keine Mitarbeiterbefragung bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Orthoklinik durchgeführt. Der Zusammenhalt und die Identifikation mit dem Arbeitgeber ist jedoch außerordentlich hoch.

Die nächste Mitarbeiterbefragung ist für das Frühjahr 2008 geplant.

4. Marktbeobachtung

Im Jahr 2006 hat sich die Konkurrenzsituation wesentlich verändert. Durch die Ausweitung der eigenständigen DRG-Kalkulation für Belegabteilungen, haben sich die Erwartungen zum Ende der Konvergenzphase grundlegend verändert. Für das Jahr 2007 wird keine wesentliche Budgetsteigerung erwartet, da die meisten DRG's geringer bewertet wurden als in 2006. Diese Entwicklung wird sicher bis zum Ende der Konvergenzphase anhalten.

Neben diesen fehlenden Einnahmen wird der EBM für die Belegärzte neu gefasst. Die Auswirkungen lassen sich jedoch erst beurteilen, wenn die Punktwerte und Rahmenbedingungen feststehen.

Die Einführung von Mindestmengen für die Knieendoprothetik wird keine wesentlichen Veränderung im Einzugsgebiet der Orthoklinik mit sich bringen, da alle umliegenden Krankenhäuser die Mindestmenge im Jahr 2004 geschafft haben und damit vorläufig keine Klinik aus der Versorgung für diese Leistungen ausscheidet.

Die Konkurrenzsituation wird sich weiter verändern, da die Stadt Lüneburg das Landeskrankenhaus erwerben will. Inwieweit dies zu Veränderungen führt kann zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgesehen werden. Zusätzlich sind die großen Krankenhäuser aus dem Landkreis und den angrenzenden Landkreisen dabei eine Kooperation voran zu treiben und sich entsprechend zu positionieren.

Krankenhäuser ohne Einbindung in einen Verbund können sich nur über außerordentliche Leistungen bei der Betreuung und Spezialisierung definieren. Eigene Gespräche und Verhandlungen mit gleichgroßen Krankenhäuser sind weiter ergebnislos verlaufen.

Zur Stärkung des eigene Standorts ist es für die Klinik besonders wichtig die eigenen Leistungen in einem attraktiven Umfeld an zu bieten. Nur so lässt sich der Vorsprung gegenüber der regionalen Konkurrenz halten bzw. ausbauen. Mittelfristig gehört hierzu der OP-Neubau und die Neugestaltung der Wahlleistungszimmer. Im kommenden Jahr steht die Finanzierung dieser Investitionen im Vordergrund unserer Bemühungen, um Pläne so schnell wie möglich zu verwirklichen.

Im abgelaufenen Jahr sind weitere Verträge zur Integrierten Versorgung geschlossen worden. Damit nimmt die Orthoklinik die Vorreiterrolle ein, da die Konkurrenz noch keine Verträge zur Integrierten Versorgung geschlossen hat.

4. Qualitätspolitik

Unsere Qualitätspolitik musste bisher nicht geändert werden. Abstriche und Änderungen kann es nicht geben, da die Klinik nur durch Leistung überzeugen kann.

5. Unternehmen- und Qualitätsziele

An den Grundaussagen zum Unternehmensziel hat sich nichts geändert. Eine hohe Patientenzufriedenheit ist aus Sicht der Geschäftsführung in der abgelaufenen Periode erreicht worden.

Die geringe Fluktuation, lange Betriebszugehörigkeit und ein gutes Ergebnis bei der Mitarbeiterbefragung lässt auch auf eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit schließen.

Neben der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit steht die wirtschaftliche Sicherung und das Bestehen im DRG-System im Vordergrund unserer Bemühungen. Daher wurden die wirtschaftlichen Ziele konkretisiert, um sie entsprechend messbar zu machen.

Die angestrebte Zertifizierung nach KTQ® ist immer noch nicht verpflichtend für das Gesundheitswesen eingeführt worden, daher wird sie erst einmal zurückgestellt. Im abgelaufenen Jahr konnte die Rezertifizierung nach DIN EN ISO 9001 : 2000 durchgeführt werden. Das QM-System soll weiterentwickelt werden, so dass die Ü-Audits in Zukunft kein Problem darstellen.

6. Reklamationen

In der abgelaufenen Periode gab es nur geringfügige Reklamationen, die auf Sachbearbeiterebene geklärt werden konnten. Neue Lieferantenbewertungen wurden im Zuge der Rezertifizierung durchgeführt.

7. Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen

In Rahmen der internen Audits wurden Korrekturmaßnahmen mit Erfolg durchgeführt. Durch den Einbau von Möbeltresoren kommt es nicht mehr so oft zu Diebstahlanzeigen.

Weitere Maßnahmen, wie die Videoüberwachung des Eingangs- und Stationsbereich, oder die Präsenz von Wachpersonal scheint im Moment nicht erforderlich zu sein.

8. Mitarbeiterqualifikation

Der Schulungsplan hilft bei der Mitarbeiterqualifikation, so kann bereits frühzeitig der Bedarf für Fort- und Weiterbildung festgestellt werden. Damit ist eine gezielte Mitarbeiterqualifikation über einen längeren Zeitraum möglich. Im abgelaufenen Jahr sind fast alle geplanten Weiterbildungen durchgeführt worden. Ausgefallene oder verschobene Weiterbildungen wurden für die neue Periode geplant.

9. Gesamteffizienz und -effektivität / Aktualität des QM-Systems

Durch die internen Audits konnten weiter Reibungsverluste abgebaut werden. Damit ist der Erfolg durch das QM-System, auf mittelfristige Sicht, vorprogrammiert.

10. Zusammenfassung aller Schwerpunkte und Maßnahmenpakete

Die Zertifizierung unseres QM-Systems soll weiter herausgestellt werden, auch wenn die Spitzenverbände der Krankenhäuser und Krankenkassen die Zertifizierung nach KTQ ® bevorzugen.

Auch in dieser Periode wird der Steuerkreis zur Fortführung und Begleitung des QM-Systems eingesetzt. Dazu ist 1 x im Quartal eine Sitzung durchzuführen, bei Bedarf ist dies auch in kürzeren Abständen möglich.

Das eingeführte QM-System soll als Grundlage für weitere Qualitätsmaßnahmen dienen. Durch die langjährige Erfahrung mit Qualitätszirkeln sind wir gut für weitere Aufgaben gerüstet.

Verwaltung. Jan 2006