



**ORTHOPÄDISCHE  
FACHKLINIK  
SCHWARZACH**



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## **KTQ-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Orthopädische Fachklinik Schwarzach
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260920719
<b>Anschrift:</b>	Dekan-Graf-Straße 2-6 94374 Schwarzach
<b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2019-0022 KH
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	QMS CERT GmbH, Bramsche
<b>Gültig vom:</b>	30.08.2019
<b>    bis:</b>	29.08.2022
<b>Zertifiziert seit:</b>	27.12.2013

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
Die KTQ-Kategorien	<b>8</b>
1. Patientenorientierung	9
2. Mitarbeiterorientierung	13
3. Sicherheit - Risikomanagement	15
4. Informations- und Kommunikationswesen	19
5. Unternehmensführung	21
6. Qualitätsmanagement	24

## 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.

Der Beirat 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 **Orthopädische Fachklinik Schwarzach**, in Schwarzach 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](http://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 Pflegeerrat

## Vorwort der Einrichtung

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

mit diesem Qualitätsbericht möchten wir Ihnen unsere Klinik vorstellen. Die hier folgende Einleitung stellt die Klinik allgemein vor, anschließend beschreiben wir entsprechend der Systematik des KTQ-Manuals die besonderen Schwerpunkte und Grundätze unseres Handelns.

Die Orthopädische Fachklinik Schwarzach ist die einzige orthopädische Fach- und Stiftungsklinik im Regierungsbezirk Niederbayern. Sie blickt mittlerweile auf eine über 70-jährige Tradition zurück. Ein aufregender und ereignisreicher Weg vom Allgemeinkrankenhaus mit orthopädischem Schwerpunkt im Jahr 1948 bis zur Spezialklinik mit 105 Planbetten im Jahr 1976 wurde beschritten.



Die Orthopädische Fachklinik Schwarzach ist seit gut 50 Jahren auf die operative und konservative Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen des gesamten Haltungs- und Bewegungsapparates spezialisiert.

Unser Aufgabengebiet umfasst die Behandlung nahezu aller angeborenen und erworbenen Erkrankungen an Knochen und Gelenken. Dabei werden sämtliche heute gängigen operativen Verfahren sowohl bei degenerativen Verschleißerscheinungen als auch bei Verletzungen und Unfallfolgen durchgeführt.

Neben einer breiten Palette bewährter und innovativer operativer Behandlungsmöglichkeiten stehen zusätzlich umfassende konservative Therapiemöglichkeiten am gesamten Stütz- und Bewegungsapparat zur Verfügung, welche sowohl ambulant als auch stationär genutzt werden können. Dies trifft auch für die operativen Eingriffe zu. Dabei bieten sich vor allem sogenannte minimal-invasive Eingriffe (Arthroskopie, Hand- und Fußchirurgie) zur ambulanten Behandlung an.



Aus dieser Fülle unserer Möglichkeiten können wir unseren Patienten eine sehr individuelle und ihren Bedürfnissen und Erwartungen angepasste Behandlung bieten. Diese Kombination einer individuellen persönlichen Zuwendung zu unseren Patienten in einer modernen über-schaubaren Klinik bei gleichzeitig hohem Spezialisierungsgrad unter Anwendung modernster operativer Techniken und Materialien hat die Orthopädische Fachklinik Schwarzach weit über die Grenzen Niederbayerns hinaus bekannt gemacht.



Unser Haus genießt weit über die Landkreisgrenzen hinaus einen guten Ruf, dem sich alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verpflichtet fühlen. „Spitzenmedizin und Menschlichkeit - ganz in Ihrer Nähe“ ist unser Leitsatz, der nicht nur werbewirksam auf dem Papier steht, sondern der von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in unserer Klinik gelebt wird. Selbstredend, dass „der Mensch ganz im Mittelpunkt steht“. Das ergibt sich schon aus unserem (Versorgungs-) Auftrag. Das Wohlbefinden und die Gesundheit unserer Patienten liegen uns am Herzen. Anreiz und Ansporn sind die Patientenzufriedenheit.



Unsere zahlreichen Kooperationen mit örtlichen und regionalen Partnern ermöglichen eine umfassende, hochqualitative Versorgung vor Ort in der Grund- und Regelversorgung, die sonst oft nur überregional und in großer Entfernung von Zuhause zu finden ist.

Gemeinsam engagieren wir uns für die Versorgung und Genesung der uns anvertrauten Menschen unter Berücksichtigung standardisierter Qualitätsansprüche.

Bitte besuchen Sie uns auch online unter [www.klinik-schwarzach.de](http://www.klinik-schwarzach.de), hier finden Sie interessante weitere Informationen zum gesamten Leistungsangebot und zu unseren medizinischen Versorgungszentren.

Pfarrer-Michael-Graf Stiftung Schwarzach  
Orthopädische Fachklinik Schwarzach

# Die KTQ-Kategorien



## 1. Patientenorientierung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Orthopädische Fachklinik Schwarzach liegt landschaftlich reizvoll im Bayerischen Wald und ist von großzügigen Gartenanlagen umgeben. Die Klinik liegt zentrumsnah und ist für Ortsansässige zu Fuß gut erreichbar. Auf dem Klinikgelände befindet sich eine Bushaltestelle. Ein ausgeschilderter Parkplatz für Besucher und Patienten, sowie Schwerbehindertenparkplätze sind vorhanden und werden unentgeltlich zur Verfügung gestellt. Von Schwarzach aus besteht eine direkte Anbindung an die Autobahn A3.

Die Planung, Organisation und Vorbereitung der stationären Aufnahmen/ambulanten Behandlungsmaßnahmen und der Operationen erfolgt patientenorientiert. Die Mitarbeiter des Sekretariats informieren und beraten die Patienten über die Angebote der Klinik entweder telefonisch oder im Rahmen der ambulanten Sprechstunde. Sie senden den Patienten gerne Informationsmaterial auf dem Postweg zu. Auf unserer Homepage im Internet ([www.klinik-schwarzach.de](http://www.klinik-schwarzach.de)) stehen vielfältige Informationen zur Verfügung.

### 1.1.2 Leitlinien und Standards

Unser Leitbild bildet die Basis des ärztlichen und pflegerischen Handelns. Leitlinien und Expertenstandards stellen die jeweils aktuelle fachliche Grundlage dar. Für die Mitarbeiter sind diese sowie weitere ergänzende fachliche Vorgaben (z.B. Hygienerichtlinien, abteilungsspezifische Behandlungspfade, Pflegestandards, Therapiestandards) im Intranet der Klinik hinterlegt. Regelmäßige Besprechungen und die koordinierte Abstimmung zwischen den Fachkräften führen zur Umsetzung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse. In unseren drei Sektionen wird die leitlinienkonforme Behandlung gelebt, das bedeutet Behandlungsqualität auf hohem Niveau.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Alle drei Sektionen bieten Sprechstunden an. Damit gewährleisten wir Beratung, Aufklärung und Diagnostik vor dem Aufenthalt, um die Wünsche und persönlichen Bedürfnisse der Patienten zu erfüllen. Internetauftritt, eine Patientenbroschüre, Abteilungsflyer und Patienteninformationen ergänzen und unterstützen dieses Angebot. Der respektvolle Umgang mit Patienten ist wesentlicher Bestandteil unseres täglichen Handelns. Patienten, Betreuer und wenn gewünscht Angehörige, werden aktiv in die Planung einbezogen. Der Wille des Patienten ist für uns bindend, eine ablehnende Haltung gegenüber Behandlungsvorschlägen wird respektiert und berücksichtigt. Sprachschwierigkeiten mildern wir durch mehrsprachige Aufklärungsbögen und Hilfestellung, ebenso berücksichtigen wir kulturelle und religiöse Besonderheiten.

#### *1.1.4 Ernährung und Service*

Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt. Die Patienten sollen neben einer hochwertigen Behandlung auch einen anspruchsvollen Service erhalten und sich in unserer Klinik wohlfühlen. Das Ziel der Klinikleitung bei der Ausstattung der Zimmer war, die Sicherheit des Patienten und dessen persönliche Freiheit weitestgehend auch im Status des Krankseins beizubehalten. An allen Bettplätzen und in den sanitären Einrichtungen gibt es ein zentrales Kommunikationssystem mit Gegensprechmöglichkeit. Alle Zimmer verfügen über elektrisch verstellbare Betten. Die Komfortzimmer sind mit einem Kühlschrank, einen DVD-Player, Safe und Balkon ausgestattet. Zahlreiche Aufenthaltsmöglichkeiten, eine Kapelle, ein Kiosk/ Cafeteria und Sitzgruppen im Garten laden Patienten, Angehörige und Besucher zum Verweilen ein. Eine adäquate Versorgung der Patienten mit Essen und Trinken unter Berücksichtigung der Patientenwünsche erfolgt über den wöchentlich wechselnden Speiseplan. Die Patienten haben zum Mittagessen drei Menüs und ein Gourmet-Menü für Wahlleistungspatienten zur Auswahl. Religiöse Bedürfnisse werden berücksichtigt. Mineralwasser und verschiedene Teesorten stehen ganztägig kostenlos bereit. Zur Sauberkeit und Hygiene aller Räume erfolgt die Reinigung durch hauseigenes Personal.

#### *1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung*

Die ärztliche Versorgung von ambulanten Notfallpatienten ist geregelt. Die Hauptabteilungen decken die ambulante Versorgung der Patienten durch die diensthabenden Assistenz- und Fachärzte für 24 Stunden ab. Der Facharztstandard ist dabei über den Hintergrunddienst gewährleistet.

#### *1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung*

Die Fachambulanzen aller Hauptabteilungen bieten geregelte Sprechstunden an. Die Patientenversorgung verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der erhobenen Befunde und orientiert sich an den Patientenbedürfnissen. Die Nutzung von Vorbefunden und vorherigen Aufenthalten ist durch das Krankenhausinformationssystem sichergestellt.

#### *1.3.2 Ambulante Operationen*

Die Planung der ambulanten Operationen erfolgt im Rahmen eines persönlichen Gespräches innerhalb der Sprechstunden der einzelnen Fachabteilungen. Im Vorbereitungsgespräch werden mit dem Patienten Vorerkrankungen sowie die häusliche Situation geprüft. Aufklärendes Informationsmaterial über Eingriff und Narkose werden mit ihm besprochen und ausgehändigt, sowie Fragen beantwortet. Die vor-/ bzw. nachbereitende Station betreut den Patienten nach der Operation und entlässt ihn nach der ärztlichen Abschlussuntersuchung.

#### *1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung*

In allen Sektionen werden die Behandlungsprozesse und -ziele in der Regel vor der stationären Aufnahme des Patienten im Rahmen der ambulanten Sprechstunden festgelegt. Bei den Patienten, die mit einer OP-Indikation direkt zur stationären Behandlung eingewiesen werden, laufen die Prozesse am Aufnahmetag ab.

Neue Erkenntnisse während des stationären Aufenthaltes fließen in das Behandlungskonzept mit ein und führen zu einer Anpassung. Der Prozess wird laufend fachärztlich evaluiert. Die Behandlungsplanung berücksichtigt die Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften, sowie hausspezifische Vorgaben.

#### *1.4.2 Therapeutische Prozesse*

Die Festlegung der Behandlung basiert auf den aktuellen Leitlinien und Vorgaben der Fachgesellschaften und erfolgt durch die Fachärzte der Abteilungen in enger Kooperation mit den Pflegekräften, der Physiotherapie und den weiteren notwendigen Fachkräften. Die Anordnungen werden in der Patientenakte festgehalten. Der Behandlungsprozess wird in Visiten, Pflegeübergaben und Besprechungen unter Einbeziehung der aktuellen Befunde und des bisherigen Verlaufs überprüft und angepasst. Der Patient wird in die Planung einbezogen und wird (z.B. in der Visite oder im persönlichen Gespräch) über die Ziele, mögliche Probleme und Alternativen aufgeklärt.

#### *1.4.3 Operative Prozesse*

Die Indikation zur Operation, Koordinierung der Behandlung, Einstufung der Dringlichkeit und Komplexität sowie die Terminvergabe erfolgt in der Regel während der Sprechstunde des jeweils zuständigen Chef- bzw. Oberarztes, da unsere Operationen vorwiegend geplant sind. Diverse Behandlungspfade regeln die Aufnahmeuntersuchungen zu speziellen Krankheitsbildern. Die Aufklärung über den Eingriff wird vom Arzt anhand standardisierter Aufklärungsbögen mit individuellen Ergänzungen durchgeführt.

Eine Seitenmarkierung erfolgt, jeder Patient erhält ein Patientenidentifikationsarmbändchen. Eine OP-Sicherheitscheckliste gemäß der Vorgaben des Aktionsbündnisses Patientensicherheit wird eingesetzt, ein Team-time-out wird durchgeführt. Spezifische Informationen zum Befinden des Patienten und weiterer Behandlung nach der Operation werden mittels standardisierter Dokumentation und regelmäßiger Besprechungen im Behandlungsteam vermittelt. Die postoperative Schmerztherapie ist in einem Konzept formuliert und wird vorrangig von der Anästhesie organisiert.

#### *1.4.4 Visite*

Die Visite stellt eines der wichtigsten Steuerungs- und Kommunikationsinstrumente für eine fachgerechte und patientenorientierte Behandlung in unserer Klinik dar. Die Visite erfolgt strukturiert anhand der Patientenkurve incl. der Untersuchungsergebnisse. Die Visiten werden regelmäßig, unter Einbeziehung des Patienten auf allen Stationen, ggf. auch unter Beteiligung anderer Berufsgruppen geplant und durchgeführt. Der Behandlungsplan sowie die Behandlungsziele werden mit dem Patienten besprochen. Vor Beginn der

Visite sind alle relevanten Befunde geprüft und liegen vor. Die Dokumentation erfolgt durch die Ärzte sowie das Stationspersonal. Die Anzahl, Zeiten und Arten der Visite sind nach Sektionen geordnet und in einer Visitenübersicht aufgeführt.

#### *1.5.1 Entlassungsprozess*

Der Entlassungstermin wird von dem behandelnden Arzt in Absprache mit dem Patienten festgelegt. Dies erfolgt frühzeitig im Rahmen der Visite, damit die notwendigen Vorbereitungen (Reha, Hilfsmittel, ambulante Versorgung) rechtzeitig getroffen werden können. Das Entlassgespräch wird in der Regel am Vortag der Entlassung durchgeführt. Pflegedienst und Ärzte überprüfen dabei abschließend mit dem Patienten, ob die Entlassung geregelt erfolgen kann. Der Arztbrief mit Medikamentenplan und bei Bedarf einem Pflegeverlegungsbericht sichern den Informationsfluss an den Hausarzt oder die nachsorgende Institution.

#### *1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung*

Neben den medizinischen Maßnahmen gehören eine würdevolle Pflege sterbender Patienten sowie ein mitfühlender Umgang mit deren Angehörigen zu den Grundprinzipien unseres Leitbildes. Es gibt einen Pflegestandard "Begleitung von Sterbenden", das seelsorgerische Angebot für die verschiedenen Konfessionen ist Bestandteil. Für die Schmerzbehandlung steht das Schmerzteam der Anästhesie zur Verfügung.

#### *1.6.2 Umgang mit Verstorbenen*

Das Leitbild der Orthopädischen Fachklinik Schwarzach sichert in Verbindung mit unseren Pflegestandards und dem Engagement der Mitarbeiter den würdevollen Umgang mit verstorbenen Patienten. Die Angehörigen haben die Möglichkeit im Patientenzimmer Abschied von den Verstorbenen zu nehmen. Ein Beistand des Seelsorgers ist möglich. Bei Bedarf kann der Kontakt zu Bezugspersonen anderer Konfessionen oder Religionen hergestellt werden, um deren religiöse Wünsche zu berücksichtigen.

## **2. Mitarbeiterorientierung**

### *2.1.1 Personalbedarf*

Unser Ziel ist, dass in allen Bereichen eine ausreichende und der Arbeitsauslastung entsprechende Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern zur Verfügung steht. Eine systematische Planung des Personalbedarfs erfolgt durch einen jährlichen Abgleich der Leistungszahlen mit der Anzahl der beschäftigten Mitarbeiter auf der Basis der vorhandenen Stellenpläne. Dies erfolgt in Abstimmung zwischen dem Geschäftsführenden Verwaltungsleiter und den Abteilungsleitungen.

Der neue Stellenplan wird zusammen mit den Abteilungsleitungen anhand der konkreten Personalanforderungen in den jeweiligen Bereichen und den Abteilungszielen festgelegt.

### *2.1.2 Personalentwicklung*

Mindestens einmal jährlich werden zwischen den Mitarbeitern und den Abteilungsleitern standardisierte Mitarbeitergespräche geführt. Hierbei werden rückblickend die Aufgaben, Tätigkeiten und Leistungen der Mitarbeiter besprochen, bewertet, neue Ziele vereinbart und konkrete Maßnahmen zur Zielerreichung festgelegt. Persönliche Wünsche der Mitarbeiter finden ebenso Berücksichtigung wie das Feedback an den Vorgesetzten und umgekehrt.

### *2.1.3 Einarbeitung*

Unser Ziel ist, ein selbständiges Arbeiten der neuen Mitarbeiter zeitnah und effektiv sicherzustellen, sowie die Mitarbeiter im Rahmen ihrer Einarbeitung systematisch zu unterstützen. Wir geben an die neuen Mitarbeiter regelmäßig Feedback über ihren Leistungsstand, sowie über unsere Erwartungen im Rahmen der Einarbeitung, um eine sichere Beurteilungsgrundlage für den Abschluss der Probezeit zu schaffen.

Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter erfolgt systematisch anhand spezifischer Einarbeitungskonzepte unter Verwendung von Checklisten.

### *2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung*

In der Orthopädischen Fachklinik Schwarzach gibt es folgende Ausbildungsbereiche: Ausbildung zur Bürokauffrau/-mann, sowie zur Kauffrau/-mann im Gesundheitswesen. Für diese Ausbildungsberufe gibt es detaillierte Ausbildungspläne, in denen Ausbildungsinhalte, Ausbildungszeit sowie Ausbilder geregelt sind. Des Weiteren absolvieren Schüler der Berufe Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Altenpflege, Physiotherapie ihren Praxiseinsatz in unserer Klinik.

### *2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance*

Unser Ziel ist, die Arbeitszeiten an die betrieblichen Erfordernisse anzupassen, alle gesetzlichen Auflagen zu erfüllen und auch die Mitarbeiterwünsche weitgehend zu berücksichtigen.

Regelungen zur Arbeitszeit sind in der Dienstanweisung: "Vollzug des Arbeitszeitgesetzes", sowie im "AVR" festgelegt. In unserer Klinik werden die Arbeitszeiten elektronisch erfasst. Wir haben in allen Bereichen festgelegte Arbeitszeiten und Dienstpläne. Für den Bereitschaftsdienst (Ärzte, Funktionsbereiche) gibt es eigene Dienstpläne und Aufzeichnungen. Die Einhaltung wird vom jeweiligen Vorgesetzten sowie von der Personalstelle kontrolliert. Die Arbeitszeiten sind mit der Mitarbeitervertretung abgestimmt.

### *2.1.6 Ideenmanagement*

Unser Ziel ist, den Mitarbeitern die Möglichkeit zu geben, aktiv, kreativ und eigenverantwortlich ihre Kenntnisse und Erfahrungen über ihre eigentlichen Aufgaben hinaus zum Nutzen der Klinik einzubringen. Dies wird durch das innerbetriebliche Vorschlags- und Verbesserungswesen ermöglicht. Im Alltag nutzen die Mitarbeiter den direkten Kontakt zum Vorgesetzten und zur Mitarbeitervertretung, um ihre Anliegen einzubringen. In Projekten bringen die Mitarbeiter ihre Berufserfahrungen ein.

### **3. Sicherheit - Risikomanagement**

#### *3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements*

Die Weiterentwicklung des Risikomanagements und die Etablierung einer Sicherheitskultur ist für uns ein wichtiges Ziel. Aus diesem Grund wurde an unserer Klinik ein Risikomanagement implementiert. Unsere integrierte Bewertungslogik sieht eine Bewertung der Risiken aus drei unterschiedlichen Perspektiven (Patienten; Leistungsfähigkeit und Reputation) vor. Diese dient zugleich als Datengrundlage für das Risikocontrolling und die Berichterstattung an die Klinikleitung. In der gesamten Klinik können kritische Ereignisse ohne Schadensfolge über das Critical Incident Reporting System anonym gemeldet werden. Die strukturierte Bearbeitung und Bewertung der CIRS Meldungen erfolgt softwaregestützt. Als Frühwarnsystem für wirtschaftliche Risiken fungiert das Regelberichtswesen.

#### *3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung*

Handlungsanleitungen für das Pflegepersonal zum Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung wurden in der Form von Pflegestandards erstellt. Diese legen das Verhalten der Pflegemitarbeiter bei bestimmten gefährdeten Patientengruppen in Bezug auf die Aufsichtspflicht und Interventionen fest und sind über das Intranet verfügbar. Eine Evaluation eines jeden Patienten geschieht im Rahmen des Aufnahmegesprächs sowie bei der Aufnahmepflicht. Eine Dokumentation bei notwendiger Aufsichtspflicht, Sturzgefahr, Eigen- oder Fremdgefährdung wird dabei vorgenommen. Rahmendienstpläne für die Mitarbeiter des Pflegedienstes liegen vor.

#### *3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement*

Die Mitarbeiter werden im Rahmen der Einarbeitung in das hausinterne Notfallmanagement eingewiesen. Abteilungsintern finden jährlich verpflichtende Fortbildungen zum Thema Reanimation statt. Eine Notfallrufnummer, welche Tag und Nacht erreichbar ist, wurde eingerichtet. Die erforderliche Ausrüstung wird auf allen Ebenen vorgehalten. Eine regelhafte Überprüfung auf Vollständigkeit und Funktionstüchtigkeit anhand von Checklisten erfolgt. Das konkrete Vorgehen in Notfallsituationen ist über Dienstweisungen und Standards geregelt, die im Intranet und auf den Stationen hinterlegt sind.

#### *3.1.4 Organisation der Hygiene*

Die Hygienekommission hat für alle Bereiche umfassende Regelungen festgelegt und deren Umsetzung durch Information und Schulung der Mitarbeiter gefördert. Die Hygieneregeln basieren auf den gesetzlichen Vorgaben und den Richtlinien des Robert-Koch-Instituts. Alle Hygienerichtlinien und Standards sowie die ergänzenden Merkblätter für Patienten sind über das Intranet für alle Mitarbeiter abrufbar. Die Hygienefachkraft ist verantwortlich für die Überprüfung der Einhaltung, die Aktualisierung der Inhalte und für die Organisation der notwendigen Informations- und Schulungsveranstaltungen. Die Abteilungsleitungen sind zusätzlich verantwortlich für die Umsetzung der Regelungen im laufenden Betrieb der Klinik. Neue Mitarbeiter werden in der Einarbeitungszeit in die Krankenhaushygiene eingewiesen. Die Hygiene-

fachkraft prüft, informiert und berät zusätzlich direkt vor Ort und steht für aktuelle Fragen zur Verfügung. Die Überwachung des Hygienemanagements erfolgt regelmäßig durch unsere Hygienefachkraft in Zusammenarbeit mit dem hygienebeauftragten Arzt, den zuständigen Behörden, der Hygienekommission sowie der Klinikleitung.

### *3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement*

Das Ziel bei der Erfassung hygienerrelevanter Daten in unserer Klinik ist, Auffälligkeiten zeitnah zu identifizieren und ggf. schnelle Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

Differenzierte Infektionsstatistiken werden in Zusammenarbeit mit dem Vertragslabor erstellt. Die Erfassung und Dokumentation von Infektionen erfolgt zeitnah in der Patientenakte, meldepflichtige Infektionen werden sofort dem Gesundheitsamt mitgeteilt und Gegenmaßnahmen eingeleitet. Die gesammelten Daten werden zusammen mit den Ergebnissen aus der externen Qualitätssicherung analysiert, z.B. in den Hygiene- und Arzneimittelkommissionssitzungen.

### *3.1.6 Arzneimittel*

Ziel ist eine lückenlose Arzneimittelversorgung der Patienten von der Arzneimittelanamnese bis zur Entlassmedikation patientennah, schnell, wirtschaftlich, fehlerfrei und qualitätsgesichert zu gewährleisten. Jeder Patient soll zum richtigen Zeitpunkt das richtige Medikament in richtiger Dosierung erhalten. Die Bereitstellung und Versorgung der Abteilungen und Stationen mit Arzneimitteln erfolgt durch eine zertifizierte Apotheke mit Versorgungsvertrag. Ein Vertrag sichert die ablauforganisatorischen Regelungen.

### *3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin*

Es ist eine Transfusionskommission etabliert, die halbjährlich tagt. Das Handbuch Hämotherapie bildet die Basis zum Umgang mit Blut und Blutprodukten. Die Verantwortlichkeiten sind geregelt, ein Transfusionsverantwortlicher, Transfusionsbeauftragte sowie ein Qualitätsbeauftragter Hämotherapie sorgen in enger Abstimmung für die Umsetzung der Richtlinien. Sämtliche relevanten hausspezifischen Regelungen sowie auch die mitgeltenden externen Unterlagen sind über das Intranet für alle betroffenen Mitarbeiter verfügbar.

### *3.1.8 Medizinprodukte*

In einer Dienstanweisung zum Medizinproduktrecht sind die Aufgaben und Verantwortlichkeiten bei der Durchführung der MPBetreibV festgelegt, unter Berücksichtigung des Risikomanagements zur Vermeidung möglicher Gefahren. Medizinprodukte werden vor der Anschaffung auf ihre Anwenderfreundlichkeit hin getestet. Ihr Einsatz erfolgt durch Mitarbeiter, die in die Gerätehandhabung eingewiesen wurden. Zu diesem Zweck sind Medizinprodukteverantwortliche und -beauftragte für jede Abteilung benannt. Wartungs- und Instandhaltungsmaßnahmen werden regelmäßig entsprechend gesetzlicher Vorgaben sowie im Bedarfsfall durchgeführt, gegebenenfalls werden zertifizierte Fachfirmen hinzugezogen.



### *3.2.1 Arbeitsschutz*

Die Verfahren zur Umsetzung der Vorschriften zum Arbeitsschutz innerhalb der Klinik werden durch den Arbeitsschutzausschuss festgelegt. Die Betriebsärztin, die Fachkraft für Arbeitssicherheit und die Hygienefachkraft unterstützen die Umsetzung durch Schulungen, Begehungen, arbeitsmedizinische Untersuchungen und Beratungen. Für die Abteilungsleiter und die betroffenen Mitarbeiter wurden die notwendigen Betriebs- und Handlungsanweisungen festgelegt. Die Anweisungen werden ebenso wie z.B. die Gefahrstoffverzeichnisse regelmäßig überprüft und aktualisiert.

### *3.2.2 Brandschutz*

Jeder neue Mitarbeiter erhält zum Arbeitsbeginn eine aktuelle Brandschutzordnung. Es sind Brandschutzbeauftragte für die Klinik benannt, Brandschutzhelfer wurden ausgebildet. Die Flucht- und Rettungspläne sowie die Feuerlöscher sind in allen Gebäudeteilen sichtbar angebracht. Ein Sammelplatz ist benannt. Die Wartung der Brandmeldeanlage und der Löscheinrichtungen erfolgt jährlich durch ein externes Unternehmen. Alle Mitarbeiter sind verpflichtet, jährlich an Brandschutzunterweisungen teilzunehmen.

### *3.2.3 Datenschutz*

Der Datenschutz ist gemäß DSGVO geregelt, ein Datenschutzhandbuch mit diversen Anlagen wird für alle Mitarbeiter über das Intranet zur Verfügung gestellt. Die Verantwortungsstrukturen im Bereich Datenschutz sind festgelegt, es gibt eine Datenschutzbeauftragte, welche speziell für ihre Aufgaben weitergebildet wurde.

Abgestufte Zugriffsrechte werden durch die IT-Abteilung entsprechend des Aufgabenbereiches vergeben. Eine Dienstanweisung zur Organisation des IT-Einsatzes, in welcher der komplette Prozess zum Umgang mit dem Computer, Internet, elektronischer Kommunikation festgelegt ist, bekommt jeder Mitarbeiter bei Dienstantritt in der Klinik ausgehändigt.

### *3.2.4 Umweltschutz*

Die Aktivitäten auf dem Gebiet des Umweltschutzes konzentrieren sich auf die Effektivitätserhöhung des Abfall- und Energiemanagements.

Eine Beauftragte für Abfall- und Wertstoffentsorgung ist benannt. Bei der Planung von Umbauten werden Umweltschutzmaßnahmen berücksichtigt, es wird auf Energieeffizienz geachtet. Ein aktuelles Verzeichnis über wassergefährdende Stoffe liegt vor.

### *3.2.5 Katastrophenschutz*

Für die Orthopädische Fachklinik Schwarzach existiert ein Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplan, in dem die Umsetzung der Handlungsanweisungen beschrieben und festgelegt ist. Dieser Plan ist im Intranet für alle Mitarbeiter einsehbar vor. Ein Benachrichtigungsplan für die Alarmierung im Notfall liegt auf allen Bereichen aus und ist über das Intranet verfügbar. Die Mitarbeiter werden zum Katastrophenschutz geschult.

### *3.2.6 Ausfall von Systemen*

Ziel ist es, in nichtmedizinischen Notfallsituationen gemäß den internen Vorgaben zu reagieren, um die Sicherheit aller sich in der Klinik befindenden Personen zu jedem Zeitpunkt zu gewährleisten.

Im Alarm- und Einsatzplan sind die Risikokommunikationswege sowohl nach innen, als auch nach außen festgeschrieben. Verantwortlich für die Risikokommunikation ist die Einsatzleitung. Bei Ausfällen der technischen Anlagen sowie der EDV bekommt der diensthabende Mitarbeiter der Haustechnik automatisiert eine Meldung auf das Diensthandy. Dieser leitet nötige Maßnahmen ein. Außerhalb der Regelarbeitszeit sind Rufbereitschaften eingerichtet.

## 4. Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Alle medizinischen Abteilungen und Funktionsbereiche sind an das IT-System angeschlossen. Ein Krankenhausinformationssystem (KIS) ist in der Klinik eingerichtet. Sämtliche Röntgenbilder werden über das digitale Röntgensystem (PACS) gespeichert. Die Informationstechnologie ist Bestandteil der Unternehmensstrategie und unterliegt ständigen Erweiterungen. Um strukturiert planen zu können, erstellt die IT-Abteilung jährlich einen Budgetplan. Als langfristiges Ziel soll eine komplett elektronische Patientenakte zur Verfügung stehen. Dabei sind schon heute diverse Bereiche im produktiven Einsatz, wie u. a. die Erfassung der ärztlichen Anamnese, die Arztbriefschreibung, die OP-Planung, der OP-Bericht, die Übermittlung von Labordaten, die OP-Dokumentation.

### 4.2.1 Klinische Dokumentation

Die Dokumentation der Krankenhausbehandlung und die Verantwortung hierfür sind in Dienstanweisungen geregelt. Für den Pflegedienst liegen einheitliche Musterkurven vor. Neben der Papierakte wird die IT immer stärker in den Dokumentationsprozess eingebunden. Die Archivierung der abgeschlossenen Patientenakten ist verbindlich in der Archivordnung festgeschrieben. Die Dokumentation der Patientendaten erfolgt in Papierform auf standardisierten Formularen und Patientenkurven sowie im Krankenhausinformationssystem. Der Behandlungsverlauf, von der administrativen Aufnahme, über Diagnostik und Behandlung bis hin zum Entlassbrief wird zeitnah und umfassend aus ärztlicher und pflegerischer Sicht dokumentiert.

### 4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Über das Krankenhausinformationssystem haben berechtigte Mitarbeiter rund um die Uhr Zugriff auf die elektronisch dokumentierten Patientenunterlagen. Aktuelle Röntgenaufnahmen sind für berechtigte Personen über das IT-System abrufbar. Die Papierakten können während der Regelarbeitszeit über die Mitarbeiter des Schreibzimmers angefordert werden.

#### *4.3.1 Information der Unternehmensleitung*

Die Krankenhausleitung erhält regelmäßig die aktuellen Kennzahlen und beobachtet die Entwicklung, um nötigenfalls Maßnahmen ergreifen zu können. Ein strukturiertes klinisches Risikomanagement wurde eingeführt. Die Krankenhausleitung nutzt das Reporting in den Regelbesprechungen zur umfassenden Informationsgewinnung, ergänzend stehen alle relevanten Informationen jederzeit online zur Verfügung. Wichtige aktuelle Veränderungen werden unverzüglich weitergegeben.

#### *4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang*

Die Informations- und Kommunikationsstruktur innerhalb der Klinik ist über eine Besprechungsmatrix festgelegt und steht für alle Mitarbeiter über das Intranet zur Verfügung.

Durch den Internetauftritt der Klinik unter [www.klinik-schwarzach.de](http://www.klinik-schwarzach.de), Abteilungsflyer, Patienteninformationen und Pressearbeit informieren wir die Öffentlichkeit über das Leistungs- und Serviceangebot des Hauses. Daneben veranstalten die einzelnen Fachabteilungen regelmäßig Vortrags- und Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Ärzte, Kooperationspartner oder die interessierte Bevölkerung.

## 5. Unternehmensführung

### 5.1.1 Philosophie/Leitbild

Das Leitbild der Orthopädischen Fachklinik Schwarzach (OFS) war im über 70-jährigen Bestehen der Klinik stark geprägt durch den Einfluss des katholischen Ortspfarrers als Stiftungsvorstand, durch die Vorgaben in den AVR (Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes) und der Grundordnung der katholischen Kirche.

Unter interdisziplinärer und zahlreicher Mitarbeiterbeteiligung wurde 2013 das an verschiedenen Orten hinterlegte Leitbild zusammengefasst und überarbeitet. Hierbei wurden grundsätzliche Vorgaben aus der Stiftungssatzung und der Historie der Klinik beachtet. Das Leitbild ist eng mit den Visionen für die zukünftige Entwicklung verknüpft und unterstützt die strategischen Zielsetzungen der Klinik. Das schriftlich fixierte Leitbild spiegelt nun nur den gelebten Alltag in der OFS wider. Die Akzeptanz des Leitbildes bei der Mitarbeiterschaft ist daher überaus groß.

### 5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Ziele der vertrauensfördernden Maßnahmen sind eine auf gegenseitigem Vertrauen beruhende Arbeitsatmosphäre zu schaffen und die Kommunikation der Mitarbeiter untereinander und zu den Führungskräften zu fördern. Bereits im Leitbild ist daher die Umsetzung vertrauensfördernder Maßnahmen verankert. Oberste Priorität im Hinblick auf unsere Mitarbeiter hat die Vermittlung von Sicherheit. Krankenhausleitung und Mitarbeitervertretung arbeiten eng zusammen.

### 5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Zu den Themen der Sitzungen des Stiftungsrates gehört auch die strategische Ausrichtung ethischer Problem- bzw. Aufgabenstellungen. Durch die Besetzung im Stiftungsrat (Vertreter des Bischofs, katholischer Pfarrer) ist ein entsprechendes ethisches Problembewusstsein sichergestellt. Den Rahmen für das ethische und kulturelle Engagement der Klinik bilden das christliche Menschenbild, die Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes und die Grundordnung der Katholischen Kirche.

Die Erfüllung ethischer Aufgaben bezieht sich aufgrund der Art unserer Patienten nicht auf die Behandlung/Betreuung schwerstkranker Patienten. Unser Leitbild bildet die Basis für die Umsetzung in Form von Beachtung der persönlichen Wertvorstellungen und religiösen Bedürfnisse unserer Patienten.

### 5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Der Internetauftritt ([www.klinik-schwarzach.de](http://www.klinik-schwarzach.de)) informiert über das Leistungs- und Behandlungsspektrum sowie über die Ansprechpartner der Klinik. Ergänzend stehen eine Abteilungsflyer sowie Patienteninformationen zur Verfügung.

Die Ziele zur Öffentlichkeitsarbeit werden jährlich vom geschäftsführenden Verwaltungsleiter erarbeitet und im Rahmen der Leitungsrunde abgestimmt und verabschiedet. Im Rahmen der Leitungsrunde werden

die Aktionen und Maßnahmen in einem Jahresplan prospektiv in einem Grundgerüst geplant, z. B. Sommerkonzert, Vernissage, Tag der offenen Tür, Patientenvorträge. Der Jahresplan wird bei Gelegenheit um weitere Maßnahmen ergänzt. Grundsätze der Krisenkommunikation sind verbindlich festgelegt. Handlungsanweisungen zur Vorgehensweise im Katastrophenfall sind Bestandteil des Alarm- und Einsatzplans.

#### *5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung*

Ziel ist es, mit einer Zielplanung die langfristige Entwicklung der Klinik festzulegen. Den Rahmen bildet die medizinische Versorgungsstruktur. Die bestmögliche medizinische Versorgung der Patienten und die Einhaltung eines wirtschaftlich bestandssicheren Niveaus können als vorrangige Ziele der Orthopädischen Fachklinik Schwarzach gesehen werden.

Es existiert eine strategische Zielplanung für die Klinik, die sich insbesondere mit dem künftigen medizinischen Leistungsspektrum und weiteren Geschäftsfeldern beschäftigt. Es resultiert eine darauf abgestimmte Planung.

#### *5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement*

Bei der Erfüllung des öffentlichen Leistungsauftrags und der Erreichung der strategischen Unternehmensziele entstehen viele verschiedene Chancen und Risiken, die systematisch ermittelt, analysiert, bewertet, bewältigt und gesteuert werden sollen.

In unserem Risikomanagementkonzept sind die Grundsätze, die Verantwortlichkeiten, die Umsetzung des Risikomanagement, sowie die Integration in das Führungssystem verbindlich festgelegt.

Es existiert hierfür ein umfassendes Berichtswesen hinsichtlich Leistungs- und Wirtschaftlichkeitsrisiken, sowie finanzieller Risiken. Adressaten diese Berichtswesen sind neben dem Geschäftsführenden Verwaltungsleiter, die Chef- und Oberärzte sowie der Vorsitzende des Stiftungsrats in Person des örtlichen Pfarrers.

#### *5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen*

Die Orthopädische Fachklinik Schwarzach plant verschiedene Kooperationen und Engagements, um die Einbindung der Klinik in die Region sicherzustellen.

Kooperationen werden strategisch geplant und mit der Zielsetzung der Verbesserung der Zusammenarbeit, Patientenservice- und Bindung, Kostensenkung, Fallzahlsteigerung, Imageverbesserung, Effektivitätssteigerung und Qualitätsverbesserung geschlossen. Kooperationspartner werden individuell nach ihrer Vorteilhaftigkeit (Qualität, Wirtschaftlichkeit sowie Zuverlässigkeit und ihrer Fähigkeit zur Weiterentwicklung) ausgesucht.

### *5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien*

Die organisatorischen Grundstrukturen sind in der Satzung festgelegt. Es existiert ein Gesamtorganigramm, das alle aktuellen Funktionsträger ausweist und die Zuordnung zueinander darstellt. Das Organigramm ist allen Mitarbeitern bekannt. Es wird anlassbezogen überarbeitet. Verantwortlich ist der Geschäftsführer.

Zusätzlich ist ein Beauftragtenwesen etabliert, das die internen Zuständigkeiten für bestimmte Themengebiete klar definiert. Die Beauftragtenlisten sind für alle Mitarbeiter im Intranet einsehbar. Die Beauftragten sind entsprechend ihrer Anforderungen fort- und weitergebildet.

In allen Bereichen werden Projekte in Gruppenarbeit (mehrheitlich berufsgruppen-, hierarchie- und abteilungsübergreifend) durchgeführt.

### *5.3.2 Innovation und Wissensmanagement*

Die Einführung von Innovationen wird unter Berücksichtigung der strategischen Ausrichtung geplant. Durch den geschäftsführenden Verwaltungsleiter werden Verantwortliche benannt, die die Einführung der Innovation und Einbindung der betroffenen Berufsgruppe begleiten. In der Regel werden Innovationen in Form von Projekten geplant und umgesetzt.

## 6. Qualitätsmanagement

### 6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Eine nachhaltige Optimierung von Prozessen und Ergebnissen in der Patientenversorgung und den patientenfernen Bereichen sehen wir in der Weiterentwicklung unseres umfassenden Qualitäts- und Risikomanagementsystems begründet.

Eine QM-Organisationsstruktur, welche alle wesentlichen Abteilungen der Klinik einschließt, wurde geschaffen. Es gibt eine Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement, sowie QM-Moderatoren in den Bereichen. Darüber hinaus ist eine QM-Lenkungsgruppe etabliert. Für die Bewältigung ihrer Aufgaben sind unsere QM-Beauftragten umfassend qualifiziert und setzen ein breit gefächertes Spektrum aus anerkannten Methoden und Instrumenten ein.

### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Ziel des Prozessmanagements ist es, die Prozesse im Zentrum mit ihren Schnittstellen zu erfassen, darzustellen und fortwährend zu optimieren.

Die Verantwortung des Prozessmanagements vor Ort haben die jeweiligen Führungskräfte. Die Ziele und Grundsätze für Führungs- und Leitungspersonal sind in unserem Leitbild verankert.

Die klinikeigenen Prozesse wurden im Rahmen einer Arbeitsgruppe definiert und anhand einer Prozesslandkarte, unter Berücksichtigung der Prozessebenen Management-, Kern- u. Stützprozesse, erstellt. Die Aufnahme des Patienten, Diagnose und Behandlung, der Pflegeprozess, Therapie, der Entlassprozess sowie die nachstationäre Behandlung sind unsere Kernprozesse, sie bilden den Mittelpunkt unserer Prozesslandschaft und unterliegen damit der kontinuierlichen Verbesserung durch kontinuierliche Überprüfungen und Optimierungen.

### 6.2.1 Patientenbefragung

Zur Ermittlung der Kundenzufriedenheit und von Verbesserungspotenzialen nutzen wir neben dem Kundenfeedback "Ihre Meinung interessiert uns" die kontinuierliche Befragung der Patienten. Die erhobenen Daten werden ausgewertet und regelmäßig bewertet. Die ausgewerteten Befragungsergebnisse aller Befragungen werden im Rahmen der QM-Lenkungsgruppe diskutiert und bei Bedarf Maßnahmen eingeleitet. Diese Ergebnisse im Intranet für alle Mitarbeiter zugänglich veröffentlicht.

### 6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Eine strukturierte Einweiserbefragung wurde durchgeführt mit dem Ziel, die Zusammenarbeit von Krankenhaus und Einweisern nachhaltig zu sichern und zu verbessern. Die hier gewonnenen Erkenntnisse werden konsequent zur Verbesserung unserer Abläufe und Verfahren genutzt. Die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung der Befragungen sind in einem Konzept geregelt.



### *6.2.3 Mitarbeiterbefragung*

Die Durchführung von Mitarbeiterbefragungen verfolgt das Ziel, die Bedürfnisse der Mitarbeiter zu erfassen, um auf negative Veränderungen der Mitarbeiterzufriedenheit reagieren zu können. Im Vorfeld der Befragung werden unsere Mitarbeiter ausführlich über Ziel, Zweck und Verfahren informiert. Der Anonymität der Befragten sowie dem Schutz der Persönlichkeit messen wir einen großen Wert bei. Die Ergebnisse werden mit Benchmark-Gruppen verglichen und zur Ableitung von Maßnahmen genutzt.

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

Die Orthopädische Fachklinik Schwarzach hat ein definiertes, aktives Beschwerdemanagement, dessen Ziel darin besteht, Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern die Möglichkeit zu geben, niederschwellig ihre Wünsche oder Beschwerden mitzuteilen.

Das Konzept zum Beschwerdemanagement beschreibt die Gesamtheit aller systematischen Maßnahmen der Klinik bei mündlich oder schriftlich geäußelter Unzufriedenheit eines Beschwerdeführers, um dessen Zufriedenheit wieder herzustellen, gefährdete Kundenbeziehungen zu stabilisieren bzw. die negativen Auswirkungen der Unzufriedenheit, z. B. Imageschaden zu minimieren.

### *6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren*

In der Klinik werden systematisch qualitätssichernde Daten erhoben. Die jeweils zuständigen Gremien oder Personen werten die Daten aus und nutzen sie zu Verbesserungsmaßnahmen.