

Qualitätsbericht der Herzog - Julius - Klinik Bad Harzburg für das Jahr 2013

Herzog-Julius-Klinik
Kurhausstraße 13 - 17
38667 Bad Harzburg

Anschrift:

Herzog-Julius-Klinik
unter der Leitung der
Michels Kliniken Niedersachsen
Klinik für konservative Orthopädie und Rehabilitation
AHB-Klinik für Orthopädie
38667 Bad Harzburg
Kurhausstraße 13 – 17

Telefon: 05322/790-0
Fax: 05322/790-200
e-mail: info@herzog-julius-klinik.de
Internet: www.herzog-julius-klinik.de

Klinikträger: Michels Kliniken Niedersachsen GmbH und Co. KG
Verbund der Michels Kliniken

Geschäftsführung: K. Michels
K.-J. Michels
K.-U. Michels

Ansprechpartner

Für alle Fragen, per Post, telefonisch oder per E-Mail, stehen zur Verfügung:

Patientenanmeldung

Frau Schlett
Telefon: 05322/790-701
Fax: 05322/790-300
aufnahme.ortho@herzog-julius-klinik.de

Chefarzt

Dipl.-Med. W. Czosnowski
Telefon: 05322/790-700
czosnowski@herzog-julius-klinik.de

Sekretariat

Telefon: 05322/790-702
Fax: 05322/790-705

Inhaltsverzeichnis	Seite
EINLEITUNG	4
1. Rehabilitation - Konzept, Ergebnisse, Entwicklung	6
1.1 Lage der Klinik und Ausstattung	6
1.2 Behandlungs- und Rehabilitationskonzept	8
1.2.1 Qualitätsverständnis	8
1.2.2 Zertifizierung	8
1.2.3 Rehabilitationskonzepte	9
1.3 Leistungsspektrum/Therapie- und Rehabilitationsangebote	9
1.3.1 Rehabilitationsziele	11
1.3.2 Besondere Betreuungsstrukturen	14
1.3.3 Fallzahl behandelte Patientinnen und Patienten	15
1.3.4 Weiterentwicklung der Reha-Konzepte	16
2. Dokumentation – Zahlen, Daten, Fakten	16
2.1 Mitarbeiter und medizinisch-technische Leistungen	16
2.1.1 Mitarbeiter	16
2.1.2 Medizinisch-technische Leistungen und apparative Versorgung	17
2.1.3 Assessments	18
2.1.4 Medizinische Notfallversorgung	18
2.2 In der Klinik behandelte Krankheitsbilder	19
2.2.1 Therapiekonzept	20
2.2.2 Hauptdiagnosen	23
2.2.3 Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten	24
3. Qualitätspolitik und Qualitätssicherung	24
3.1 Qualitätspolitik der Einrichtung	24
3.1.1 Strategische und operative Ziele	26
3.1.2 Umsetzung von Leitlinien	26
3.2 Qualitätssicherung für die Einrichtung	28
3.2.1 Qualifizierung der Mitarbeiter	29
3.2.2 Klinikinterne Fort- und Weiterbildung sowie Teilnahme an externen Fort- und Weiterbildungen	30
3.2.3 Externe Qualitätssicherung	31

Einleitung

Liebe Leserin, lieber Leser,

es freut uns sehr, dass wir Ihnen mit dem Qualitätsbericht 2013 über die Herzog-Julius-Klinik berichten dürfen. Wir haben uns für eine Gliederung in drei Abschnitte entschieden. Zunächst stellen wir unser Konzept, Ergebnisse und Entwicklungen vor, die dann im zweiten Abschnitt mit Daten und Fakten unterlegt werden. Der dritte Abschnitt beschreibt unser Qualitätsmanagementsystem.

Die demographische Entwicklung sowie die Fortschritte in der Medizin führen zu einem Wandel im Krankheitsspektrum mit einer Zunahme an chronischen Erkrankungen sowie Verletzungsfolgen auch im Bereich der Stütz- und Bewegungsorgane.

Chronische Erkrankungen und Verletzungsfolgen im Bereich der Stütz- und Bewegungsorgane verursachen häufig erhebliche Gesundheitsstörungen oder Behinderungen mit entsprechenden Folgen für die Aktivitäten des Betroffenen und dessen Teilhabe am Leben.

Mit dem Sozialgesetzbuch IX wurden für Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen die gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen, ihre Belange so weit wie möglich eigenverantwortlich zu bestimmen. Maßnahmen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bilden dafür die Grundlage.

Alle Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe dienen letztlich der gesellschaftlichen Eingliederung. Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bedeutet, dass der erkrankte/behinderte Mensch unter Wahrung der Chancengleichheit - entsprechend seinen Neigungen und Fähigkeiten - in alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens einbezogen ist und sich daran beteiligen kann, wie etwa der Pflege familiärer und anderer sozialer Kontakte sowie der Beteiligung am kulturellen, sportlichen und politischen Geschehen.

Dabei geht es bei Menschen im erwerbsfähigen Alter um die Erhaltung der Leistungsfähigkeit und damit Verhinderung von vorzeitiger Berentung, bei den älteren

Menschen um die Erhaltung der Mobilität und der Aktivitäten des täglichen Lebens für eine selbstbestimmte Lebensführung und Vermeidung der Pflegebedürftigkeit.

Diesem Gedanken trägt die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) Rechnung. Sie berücksichtigt den gesamten Lebenshintergrund der behinderten Menschen.

Der Begriff der Funktionsfähigkeit umfasst alle Aspekte der „Funktionalen Gesundheit“ und gilt als Ansatz der Rehabilitation. Damit wird die rein biomedizinische Betrachtungsweise (Körperfunktion und –struktur) verlassen und die Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) sowie als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in der Gesellschaft und Umwelt (Teilhabe) einbezogen. Eine weitere Rolle spielen die Kontextfaktoren, die den gesamten Lebenshintergrund einer Person, wie Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren, Förderfaktoren oder Barrieren, umfassen.

Damit bildet das bio-psycho-soziale Modell der ICF die Grundlage für die moderne Rehabilitation und das vorliegende Rehabilitationskonzept der Herzog-Julius-Klinik Bad Harzburg.

1. Rehabilitations-Konzept, Ergebnisse, Entwicklung

1.1 Lage der Klinik und Ausstattung

Die Herzog-Julius-Klinik am Kurpark von Bad Harzburg wurde 1989/1990 erbaut und 1994 nach modernsten Gesichtspunkten der medizinischen Rehabilitation zur AHB-Klinik profiliert. Träger der Klinik ist der Verbund der Michels Kliniken mit den Schwesterkliniken Nordseeklinik Norderney, Brandenburg Klinik Bernau-Wandlitz, Sachsenklinik Bad Lausick und Neurologisches Rehabilitationszentrum Leipzig-Bennewitz und seit kurzem Barbarossa Klinik Bad Harzburg.

Die Lage der Herzog-Julius-Klinik in einem parkähnlichen Gelände mit altem Baumbestand und direkter Anbindung zum Kurpark des heilklimatischen Kurortes Bad Harzburg und nur wenigen Gehminuten bis zur Bummelallee gewährleistet einen ganzjährigen Erholungseffekt.

Das Klinikgebäude mit seinen geräumigen Einzelzimmern ebenso wie Therapie- und Diagnostikbereich sind geschmackvoll und funktionell eingerichtet, übersichtlich gegliedert und an das Störungsmuster orthopädisch-traumatologisch Erkrankter angepasst.

Von den 176 Zimmern stehen 16 Patientenzimmer für Ehepaare/Begleitpersonen als Doppelzimmer und 160 Patientenzimmer als Einzelzimmer zur Verfügung.

40 Zimmer sind behindertengerecht ausgestattet, davon 9 in der Pflegestation im Erdgeschoss schwerstbehindertengerecht mit direkter Anbindung an das Notfallzimmer.

In der Herzog-Julius-Klinik wird für die therapiefreie Zeit ein vielfältiges Freizeitprogramm angeboten. In der Klinik befinden sich eine Cafeteria mit diversem Sortiment, eine Patientenbibliothek, Aufenthaltsbereich und Vortragsräume.

Im Sommer lädt eine möblierte Sonnenterrasse zum Verweilen ein.

Die Nutzung des Thermalbewegungsbadens für das „Freie Schwimmen“ (unter Aufsicht) und des Saunariums in den Nachmittagsstunden und in den Abendstunden sowie an den Wochenenden kann von den Patienten und Begleitpersonen aktiv wahrgenommen werden.

In regelmäßigem Rhythmus werden im Empfangsbereich Verkaufsveranstaltungen und in den Vortragssälen Diavorträge durchgeführt.

Mit vielfältigen Freizeitangeboten soll den Patienten eine angenehme Atmosphäre zum Entspannen und Wohlfühlen vermittelt werden.

Die Herzog-Julius-Klinik ist eine Nichtraucherklinik.

In der Herzog-Julius-Klinik werden vorrangig Anschlussheilbehandlungen nach orthopädischen und unfallchirurgischen Operationen sowie Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises und stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen nach § 40 SGB im Auftrag der Rentenversicherungsträger und Krankenkassen durchgeführt.

Die Klinik verfügt seit September 1992 über einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V in den Indikationsgruppen 3 und 4 und seit 1994 über die AHB-Zulassung unseres federführenden Belegungsträgers, der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover, in den Indikationsgruppen 4 und 10 a.

Weiterhin liegt eine Konzessionierung nach § 30 Gewerbeordnung als private Krankenanstalt vor, so dass auch Beihilfepatienten aufgenommen werden können. Für die Berufsgenossenschaften werden medizinische Rehabilitationsleistungen im Rahmen des BGSW-Verfahrens erbracht.

Die interdisziplinäre Betreuung der Patienten ergibt sich aus der Zusammenarbeit von Ärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie, Innere Medizin, Physikalische Therapie sowie Allgemeinmedizin mit sämtlichen rehabilitationsspezifischen therapeuti-

schen Berufsgruppen. Begleiterkrankungen und interkurrente Erkrankungen werden in der Herzog-Julius-Klinik im Rahmen der diagnostischen Ausstattung und klinischen Möglichkeiten durchgeführt. Die konsiliarische Betreuung auf anderen Fachgebieten ist durch entsprechende umliegende Facharztpraxen und Akutkrankenhäuser gewährleistet. Zur raschen Weiterbetreuung bei akuten Notfällen besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem nahe gelegenen Fritz-König-Stift in Bad Harzburg sowie auch den Asklepios Kliniken in Goslar.

1.2 Behandlungs- und Rehabilitationskonzept

1.2.1 Qualitätsverständnis

Die HJK realisiert eine an Leitlinien orientierte Behandlung, die sich in die Leistungen der erstbehandelnden Akutkrankenhäuser und der nachbehandelnden niedergelassenen Mediziner einfügt. Ziel ist stets, Gesundheit zu fördern, Krankheitsfolgen abzubauen und zur beruflichen und sozialen Teilhabe des Rehabilitanden am gesellschaftlichen Leben nachhaltig beizutragen.

Erwirtschaftete Gewinne werden in die langfristige Weiterentwicklung des Unternehmens investiert, um dessen Existenz zu sichern.

Als ein Klinikbetreiber mit einem breiten Spektrum an Fachbereichen gilt für die HJK das Prinzip der ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Behandlung in besonderer Weise. Sie verwendet moderne, wirksame und wissenschaftlich fundierte Behandlungsverfahren, die stets auf Ihre Aktualität überprüft und regelmäßig, unter Berücksichtigung der neuesten Erkenntnisse, weiterentwickelt werden.

Im Leitbild für die Michels Kliniken sind weitere Aussagen zu unserem Auftrag, unserer Vision und zu unseren Werten sowie unsere Versprechen gegenüber den internen und externen Interessenspartnern formuliert.

1.2.2. Zertifizierung

Die Herzog-Julius-Klinik verfügt über ein Qualitäts-Management-System nach **DIN EN ISO 9001: 2008** und ist im Juni 2008 durch die Zertifizierungsgesellschaft EQ ZERT nach den Qualitätsgrundsätzen der Deutschen Gesellschaft für medizinische Rehabilitation (DEGEMED) zertifiziert worden.

1.2.3. Rehabilitationskonzepte

Konzept und Ausstattungsstandard befinden sich auf modernstem rehabilitationsmedizinischem Niveau. Die gesamte Konzeption basiert auf dem aktuellen wissenschaftlich belegbaren rehabilitations-medizinischen Erkenntnisstand und nutzt dessen Weiterentwicklung. Kontinuierliche Dokumentation der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen sowie die Messung (Assessment) der erzielten Ergebnisse bilden die Grundlage zur Sicherung von Qualität und zur Optimierung eingesetzter rehabilitativer Methoden.

Die Rehabilitation in der Herzog-Julius-Klinik wird den Vorgaben sowohl der gesetzlichen Rentenversicherungen, der gesetzlichen Krankenversicherungen als auch denen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger gerecht. Ziel der therapeutischen Beeinflussung der neurologischen Störung (Impairment) ist stets die Minderung oder Beseitigung ihrer funktionellen Konsequenzen (Störung von Aktivitäten) und vor allem im Erwerbsleben und sozialen Gefüge (Partizipationsstörung). Darüber hinaus leistet die Herzog-Julius-Klinik Hilfen beim Umgang mit somatischen und/oder psychosozialen Belastungsfaktoren, unterstützt Patienten und Angehörige bei der Krankheits- bzw. Behinderungsbewältigung und leitet zu einer gesundheitsbewussten Lebensführung an. Zu einem möglichst frühen Zeitpunkt des Aufenthaltes erfolgen bereits Weichenstellungen zur beruflichen (Wieder-) Eingliederung.

1.3. Leistungsspektrum/Therapie- und Rehabilitationsangebote

Die Orthopädische Abteilung der Herzog-Julius-Klinik ist personell und strukturell ausgestattet, um Rehabilitanden mit Folgen von Schädigungen und/oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren, die durch Erkrankungen oder Verletzungsfolgen am Stütz- und Bewegungsapparat verursacht sind, zu betreuen.

Die folgenden Indikationen werden am häufigsten behandelt:

- Muskuläre und funktionelle Defizite nach allen operativen Eingriffen am Stütz- und Bewegungsapparat infolge degenerativer oder entzündlicher Erkrankungen (Schwerpunkt: Hüft-, Knie- und Schulterendoprothesen einschließlich Prothesenwechseloperationen, Umstellungsoperationen)
- Muskuläre und funktionelle Defizite nach allen operativen Eingriffen oder konservativer Therapie am Stütz- und Bewegungsapparat infolge von Verletzungen (Schwerpunkt: Osteosynthetisch versorgte Frakturen im Bereich der oberen und unteren Extremitäten, des Beckens, der Wirbelsäule, Endoprothesen nach Frakturen)
- Muskuläre und funktionelle Defizite nach Mehrfachverletzungen
- Muskuläre und funktionelle Defizite nach Sport- oder Freizeitverletzungen (z.B. Kreuzbandplastiken, Schulterstabilisierungen nach Luxationen)
- Muskuläre und funktionelle Defizite nach Operationen im Bereich der Schulter infolge von degenerativen Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette (subakromiale Dekompression, Rotatorenmanschettenrekonstruktion bis zur Latissimus dorsi – Plastik, inverse Schulterprothesen)
- Muskuläre und funktionelle Defizite nach Amputationen unterschiedlicher Genese mit Prothesenversorgung, Prothesengebrauchsschulung und Gangschule
- Muskuläre und funktionelle Defizite nach allen operativen Eingriffen im Bereich der Wirbelsäule (Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule) infolge degenerativer Erkrankungen oder traumatischer Schädigungen (Schwerpunkt: Bandschei-

benoperationen, Bandscheibenprothesen, versteifende Wirbelsäulenoperationen)

- Chronische Schmerzsyndrome bei degenerativen Erkrankungen im Bereich der Wirbelsäule einschließlich der Folgen muskulärer Dysbalancen und angeborener sowie erworbener Fehlstatik der Wirbelsäule
- Chronische Schmerzsyndrome bei degenerativen oder posttraumatischen Erkrankungen der Gelenke
- Chronische Schmerzsyndrome bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen in der nicht akuten Phase
- Folgen von Stoffwechselerkrankungen (Schwerpunkt: Osteoporose) wie z.B. konservativ oder operativ behandelte Wirbelkörperfrakturen oder Frakturen der oberen und unteren Extremitäten.

Die Behandlungskonzepte der Orthopädie der Herzog-Julius-Klinik richten sich dabei nach den Rehabilitationszielen bezogen auf Körperfunktionen und Körperstrukturen, die Aktivitäten, Teilhabe und Kontextfaktoren.

Im Einzelnen bestehen die Ziele in der Abwendung, Beseitigung, Minderung, Verhütung der Verschlimmerung oder Milderung der Folgen von Schädigungen am Stütz- und Bewegungsapparat bezüglich: Deformationen, Fehlstellungen, Instabilität, Bewegungseinschränkungen, Kontrakturen, Schmerzzuständen, Ausdauerleistungsdefizit und verminderter psychischer Stabilität.

Dieses soll erreicht werden durch eine Verbesserung der Muskel- und Gelenkfunktionen (Muskellockerung, Verbesserung der Koordination, Zunahme der Muskelkraft, Verbesserung der Muskelausdauer) und ein Training zur Verbesserung der körperlichen Ausdauer (Kondition). Im multiprofessionellen Team der Orthopädie arbeiten Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, Masseur, Psychologen, Pflegekräfte, Ärzte und Ernährungsberater synergistisch und aufeinander abgestimmt zusammen.

1.3.1. Rehabilitationsziele

Ziel der Rehabilitation der Orthopädischen Abteilung der Herzog-Julius-Klinik ist eine schnellstmögliche Wiederherstellung der Funktions- und Leistungsfähigkeit, verbunden mit einem großen Maß an Sicherheit.

Die Realisierung eines für jeden Patienten indikationsspezifischen individuellen Therapieplanes im Rahmen der medizinischen Rehabilitation ist ein Kernprozess, der besondere Bedeutung hat.

Dabei wird dem Umstand Rechnung getragen, dass im Laufe der letzten Jahre die Entlassungen aus dem Akutbereich immer zeitiger erfolgen und durch die medizinischen Fortschritte immer mehr multimorbide Patienten operiert werden. Dieser Wandel in der Medizin erfordert von einer Rehabilitationsklinik eine Anpassung der Rehabilitationskonzepte an die veränderten Bedingungen.

Nach dem ICF-Model basieren unsere Therapiekonzepte bei muskuloskeletalen Erkrankungen auf einer Analyse der Schädigungen der Körperfunktionen und Körperstrukturen der Bewegungsorgane.

Die Schädigungen können verursacht werden durch: Entzündungen und nachfolgende Destruktion, Degeneration, Trauma und seine Folgen, angeborene oder erworbene Fehlstellung/Fehlform, Über-, Unter- oder Fehlbeanspruchung, stoffwechselbedingte Störungen, endokrine Störungen, Tumoren, Kompressionssyndrome des Rückenmarkes oder peripherer Nerven, Schmerzen bzw. Störungen der Schmerzverarbeitung (Schmerzkrankheit), Durchblutungsstörungen, Fibrose und unerwünschte Folgen von Therapiemaßnahmen (Operation, Medikamente).

Sie sind meist irreversibel und häufig verbunden mit einem chronischen, rezidivierenden, bei entzündlicher Ursache oft schubweisen und progredienten Krankheitsverlauf. Schädigungen und ihre Folgen können Rückwirkungen auf den psychophysischen Gesamtzustand, Ausdauer und Belastbarkeit und die Art des Umgangs mit der Krankheit (Krankheitsbewältigung) haben, z.B. auf Antrieb, psychomotorische Aktivität, Emotionen.

Die Beeinträchtigungen der Aktivitäten bei muskuloskeletalen Erkrankungen zeigen sich primär im Bereich der Mobilität. Insbesondere hier wirken sich die zeitigen Entlassungen aus den Akutkrankenhäusern aus. So weisen die Patienten oft noch erhebliche Defizite in ihren Aktivitäten auf, die im Rahmen der Rehabilitation behoben werden müssen.

Folgende Beeinträchtigungen der Aktivitäten spielen für die Orthopädie eine Rolle:

- in der Aufrechterhaltung oder Veränderung der Körperhaltung, z.B. Stehen, Sitzen, Liegen, Lagewechsel
- in der Beweglichkeit, Fortbewegung, Geschicklichkeit, z.B. beim Gehen, Laufen, Stehen, Liegen, Drehen, Steigen (Treppen, Leitern), Gehen auf unebenem Boden bzw. bei anderen Hindernissen, Bücken, Knien, Überkopfarbeiten, Greifen (verschiedene Greifformen), Loslassen, Halten, Heben, Tragen, Handtieren mit oder an Gegenständen, (z.B. an Schaltern)
- in der Ausübung von Kulturtechniken: Schreiben, Lesen, Rechnen, Bedienung von Büro- und Kommunikationsgeräten
- in der Ausübung von Aktivitäten gemäß den Anforderungen der beruflichen Tätigkeit (z.B. im Hinblick auf den Weg von und zur Arbeit, längerfristiges Verbleiben in einer Körperposition, Einnehmen von Zwangshaltungen, feinmotorischer Arm- und Handgebrauch)
- in der Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL): Waschen, An-/Ausziehen, Körperpflege, Haushaltsführung, Einkauf, Nahrungszubereitung/ Essen, Toilettenbenutzung u.a.
- im notwendigen Krankheitsmanagement (Medikamente, Kontrolle der Nebenwirkungen, Eigenübungen, Tages- und Hilfeplanung)
- in Krankheitsbewältigungs- bzw. Kompensationsstrategien (z.B. durch erzwungene Immobilität, schmerzbedingte Störungen des Antriebs, der Emotion, rasche Ermüdbarkeit psychischer Kräfte).

Die Beeinträchtigungen der Aktivitäten können sich auch auf die Teilhabe auswirken. Schon während der Rehabilitation werden die Patienten im Rahmen des Rehabilitationskonzeptes zur Teilhabe an der Gesellschaft und Umwelt aktiviert und motiviert unter dem Motto: „Hilfe zur Selbsthilfe“. Notwendige unterstützende Maßnahmen für zu Hause werden eingeleitet.

Für den gesamten Rehabilitationsverlauf und auch die anschließende Genesungsphase zu Hause spielen die Kontextfaktoren eine wesentliche Rolle. Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar und können sich sowohl fördernd als auch hemmend auswirken.

Das Rehabilitationsteam der Klinik betrachtet es als seine Aufgabe, die Kontextfaktoren mit einem positiven, fördernden Einfluss früh zu erkennen und ihre rehabilitationsfördernde Wirkung zu nutzen (Ressourcenkonzept der Rehabilitation). Dazu dienen nicht nur die einzelnen Therapien sondern insbesondere die Teambesprechungen. Auf der anderen Seite müssen auch die Kontextfaktoren mit einem negativen, hemmenden Einfluss (z.B. Übergewicht, Rauchen, Alkohol) beachtet werden. Sie werden vorwiegend im Rahmen edukativer Maßnahmen berücksichtigt.

1.3.2 Besondere Betreuungsstrukturen

Multimorbide Patienten

Die Falldefinition - **multimorbider Patient** - zieht eine Grenze zum geriatrischen Patienten:

- Mindestens fünf manifeste Erkrankungen einschl. orthopädischer Hauptdiagnose
- Belastungsstabilität der Osteosynthese / Endoprothese
- Barthel-Index 50-65
- Pflegestufe 1, im Einzelfall auch 2
- Selbständige Rollstuhlpatienten mit der Option, die Gehfähigkeit in der Reha zu erreichen.
- Noch nicht verheilte, oberflächliche Wunden oder Druckgeschwüre können versorgt werden, wenn sie eine Heilungstendenz aufweisen und nicht dauerhaft den Rehabilitationsverlauf behindern.

Gegenüber dem geriatrischen Patienten stehen bei unseren Patienten die körperlichen Symptome seitens des Bewegungsapparates im Vordergrund. Neurologische und internistische Erkrankungen sollten medikamentös gut eingestellt (z.B. M. Parkinson) bzw. kompensiert (z.B. Herzinsuffizienz) sein. Nach akuten Erkrankungen (z.B. Lungenentzündung) sollte ein günstiger Heilungsverlauf absehbar sein, denn der Patient soll in unserer Klinik aktiven Therapieformen zugänglich sein.

Die Therapiefähigkeit kann durch ausgeprägte Hör- und Sehstörungen eingeschränkt sein.

Rehabilitationsziele bei multimorbiden Patienten:

Immobilisation führt zu einem Verlust der Koordination, Kraft und Ausdauer, einer reduzierten Lungenfunktion und Kreislaufregulation, aber auch zum Abbau von Gehirnfunktionen. Des Weiteren besteht eine erhöhte Gefahr für Thrombose, Dekubitus und Lungenentzündung. Der Verlust der Muskelkraft und der Kondition führt zu einem höheren Sturzrisiko mit Folgen für den betroffenen Menschen, seine Familie und die Gesellschaft (Anstieg der Pflegebedürftigkeit). Gemeinsam mit unseren Patienten formulieren wir die Rehabilitationsziele: Muskelaufbau, Steigerung der Selbständigkeit, Verbesserung der Kondition und Koordination, Belastungsaufbau der verletzten Extremität, Prothesengebrauchstraining und Belastungsaufbau der amputierten Extremität, Schmerzreduktion Verbesserung der Aktivitäten des täglichen Lebens und Vermeidung eines Fortschreitens
der Pflegebedürftigkeit

Die Orthopädische Abteilung der Herzog-Julius-Klinik bietet durch ihre gewachsenen spezifischen Strukturen und den ganzheitlichen Therapieansatz Vorteile zur Wiedereingliederung der multimorbiden Patienten in ihr gewohntes Umfeld, und somit zur Vermeidung eines Voranschreitens der Pflegebedürftigkeit. Entsprechend einem biopsychosozialen Krankheitsmodell bieten wir ein ganzheitliches Behandlungskonzept und sichern eine laufende Evaluation des Rehabilitationsverlaufes. Dabei wirken sich eine positive Rehabilitationsprognose seitens des orthopädischen Leidens und kompensierte Nebenerkrankungen günstig auf den Heilungsverlauf aus. Wir streben an, die Patienten nach erfolgreicher Rehabilitation mit einem höheren Grad an Selbständigkeit wieder in ihr privates Umfeld zu entlassen.

1.3.3. Fallzahl behandelter Patientinnen und Patienten / Pflegetage

Im Jahr 2012 stellt sich die Belegung stationären sowie ganztägig ambulanten Patienten nach Kostenträgern folgendermaßen dar:

	Kostenträger	Pflegetage 2012	Pflegetage 2013	Differenz 12/13	
1	AOK	11763	10797	-966	
2	Deutsche BKK	6796	4217	-2579	
3	BKK's	6871	5510	-1361	
4	DRV BS-Hannover	6717	7999	1.282	
5	DAK	5199	4598	-601	
6	Knappschaft	3475	3715	240	
7	BEK	3.412	2690	-722	
8	TKK	3344	3501	157	
9	Landw. KK	810	480	-330	
10					

Verhältnis AHB/HV-Patienten – Integrierte Versorgung

Auch in 2012 stellen die Patienten mit Anschlussheilbehandlung (AHB) den größten Anteil dar. An dieser Klientel orientiert sich das medizinische Konzept der HJK.

Kennzahl	2012	2013
	Prozent	Prozent
Anteil AHB	89,45	83,57
davon Anteil IV	11,96	10,71
davon teilstationäre Patienten	2,7	
Anteil HV	5,26	4,97

1.3.4. Weiterentwicklung der Reha-Konzepte

Die Weiterentwicklung des stationären Rehabilitationskonzeptes der Abteilung Orthopädie wird sich auf eine stärkere Medizinisch-Beruflichen Orientierung (MBO) im Behandlungsverlauf von Patienten mit arbeitsplatzbezogenen Problemen konzentrieren.

2. Dokumentation – Zahlen, Daten, Fakten

Im folgenden Kapitel haben wir als weitere Informationsgrundlagen detailliert Zahlen, Daten und Fakten unseres Hauses zusammengestellt.

2.1. Mitarbeiter und medizinisch-technische Leistungen

Die Basis- und Zusatzkriterien aus dem gemeinsamen Strukturerhebungsbogen der Gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung werden erfüllt.

2.1.1. Mitarbeiter

Personalstand (Oktober 2013)		
Ärzte	7	
Oberschwester/ex KS/Pflegehelferinnen	1/9/5	
Physiotherapie/Sporttherapie/Physikalische Therapie	7,4/1/2	Kooperation mit freiberuflichen Physiotherapeuten
Ergotherapie	0,4	
Psychologie	0	externe Betreuung durch BRK
Sozialdienst	0,78	
Verwaltungsleitung	0,5	
Stv. Verwaltungsleitung/Personal	0,5	
Buchhaltung, Archiv/Arztbriefdruck	ext./0,4	
CA-Sek.	0,87	
Patientenaufnahme	0	extern
Fahrdienst, Rezeption	0,7/extern	
Technik (Hausmeister, Fensterputzer, Gärtner)	1,8/1/0,3	
Küche/Diätass./Service	6/1/4	
Reinigung (Hausdame/Reinigungspersonal)	0,5/6,2	

2.1.2. Medizinisch-technische Leistungen und apparative Versorgung

Apparative Diagnostikverfahren

Entsprechend der orthopädisch/traumatologischen Indikationen stellt die Röntgendiagnostik den wichtigsten Teil der apparativen Diagnostik dar. Unter Zugrundelegung des Strahlenschutzes ist es oberstes Ziel, vorhandene Röntgenaufnahmen zur Diagnostik heranzuziehen, ggf. auch im Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme anzufordern, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Bei bestehender Indikation können in der HJK auf Grund der vorhandenen technischen und personellen Voraussetzungen Röntgenaufnahmen in den erforderlichen Einstelltechniken durchgeführt werden. Die Anzahl der Röntgenuntersuchungen ist im Vergleich zum Jahr 2011 um ca. 4 % gestiegen.

Entsprechend den vorliegenden Qualifikationen wird die Sonografiediagnostik für den Stütz- und Bewegungsapparat als weiteres diagnostisches Instrument eingesetzt.

Die interdisziplinäre Zusammensetzung des Ärzteteams erlaubt im Akutfall eine sonografische Diagnostik für das Abdomen.

Die elektrokardiografische Diagnostik wird durch das EKG realisiert. Bei speziellen rehabilitationsrelevanten Fragestellungen kann eine Langzeit-Blutdruckmessung zur Diagnostik herangezogen sowie eine Lungenfunktionsdiagnostik (Spirometrie) durchgeführt werden.

Die klinisch-chemische Labordiagnostik erfolgt in einem externen Labor, mit dem eine Kooperationsvereinbarung geschlossen wurde.

Psychologische Testverfahren ergänzen bei entsprechender Indikation das diagnostische Spektrum.

2.1.3. Assessments

Knie-TEP	Anreise		Abreise		Punktedifferenz
	Punkte	%	Punkte	%	
Staffelstein-Score Maximale Punktzahl 120 \cong 100%					
März 2012 Stichprobe n= 50 Patienten	48	40	90	75	42
März 2013 Stichprobe n= 50 Patienten	71	59,2	98	81,7	27
März 2014 Stichprobe n= 50 Patienten	68	57	99	83	31

Hüft-TEP	Anreise		Abreise		Punktedifferenz
	Punkte	%	Punkte	%	
Staffelstein-Score Maximale Punktzahl 120 \cong 100%					
März 2012 Stichprobe n= 50 Patienten	57	47,5	95	79	38
März 2013 Stichprobe n= 50 Patienten	71	59,2	100	83,3	29
März 2014 Stichprobe n = 50 Patienten	73	61	98	92	25

2.1.4. Medizinische Notfallversorgung

Das Notfallmanagement der HJK trägt der Größe und der Vielfalt der Indikationen der Herzog-Julius-Klinik Rechnung.

Ziel des Notfallmanagements ist ein notfallsicheres und gleichzeitig schlankes und effizientes Notfallprocedere.

Das Notfallmanagement definiert die Standards der Notfallzimmer sowie das Notfall-equipment.

Die schriftlichen Unterlagen des Notfallmanagement werden laufend aktualisiert entsprechend den aktuellen Leitlinien und den Dienstvereinbarungen des Hauses.

Das Notfallskript mit diesen Festlegungen gliedert sich zunächst allgemein gültige Standards, die für alle Abteilungen der HJK gelten.

Im hinteren Teil liegt dann ein integriertes Notfallmanuell vor, in dem die Ausstattung der Notfallrucksäcke, Notfallwagen und die Notfallmedikamente einzeln definiert sind.

Hervorzuheben ist die gemeinsame Grundausstattung von definierten Medikamenten, die Grundlage des Notfallmanagements sind und die in allen Notfallzimmern zur Verfügung stehen.

So können Mitarbeiter, die im HJK Notfallmanagement geschult sind, bei einem Notfall in allen Abteilungen qualifiziert helfen.

Die Inhalte des Notfallmanagements werden regelmäßig im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen als Reanimationskurse für Schwestern und Reanimationskurse für Ärzte durchgeführt. Jährlich werden 2 Termine angeboten.

Die ärztlichen Kollegen werden bei Neueintritt ins Ärztliche Team der Klinik oder bei dem Wunsch nach Auffrischung des Notfallwissens geschult.

2.2. In der Klinik behandelte Krankheitsbilder

Die demographische Entwicklung führt zu einer Zunahme von chronischen Erkrankungen sowie Verletzungsfolgen im Bereich der Stütz- und Bewegungsorgane.

Chronische Erkrankungen und Verletzungsfolgen im Bereich der Stütz- und Bewegungsorgane verursachen häufig erhebliche Gesundheitsstörungen oder Behinderungen mit entsprechenden Folgen für die Aktivitäten des Betroffenen und dessen Teilhabe am Leben.

Das bio-psycho-soziale Modell der ICF bildet die Grundlage für die moderne Rehabilitation und für das Rehabilitationskonzept der orthopädischen Abteilung der Klinik.

Die medizinische Rehabilitation in der Orthopädischen Abteilung der Herzog-Julius-Klinik umfasst einen ganzheitlichen Ansatz. Über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus werden die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen beschrieben in Form von Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie Teilhabe und ihren Kontextfaktoren berücksichtigt. Ziel ist ein bestmögliches Rehabilitationsergebnis im Sinne der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben. Dies erfordert die schnellstmögliche Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Funktions- und Leistungsfähigkeit.

2.2.1. Therapiekonzept

Zur Verwirklichung dieses Rehabilitationsansatzes steht ein multiprofessionelles Team zur Verfügung, das komplexe Maßnahmen auf medizinischen, pädagogischen, beruflichen und sozialen Sektoren realisiert.

Der Chefarzt der Abteilung verfügt über die Facharztbezeichnung Orthopädie und Unfallchirurgie sowie über die Zusatzbezeichnungen Physikalische Therapie.

Die weitere interdisziplinäre personelle und strukturelle Ausstattung gewährleistet die Betreuung von Rehabilitanden mit Folgen von Schädigungen und/oder Beeinträchti-

gungen der Aktivitäten und der Teilhabe unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren, die durch Erkrankungen oder Verletzungsfolgen am Stütz- und Bewegungsapparat verursacht sind.

Tägliche Morgenbesprechungen der Ärzte mit der Leitung der Physiotherapie und des Pflegedienstes gewährleisten eine schnelle und umfassende Informationsweiterleitung in alle Bereiche. In diesen werden gleichzeitig Röntgen- und Sonographiebefunde vorgestellt und sich hieraus ergebende weitere Konsequenzen festgelegt.

Wöchentlich werden Teambesprechungen mit allen am Therapieprozess beteiligten Therapeuten durchgeführt, hierbei werden alle relevanten Probleme einschließlich sozialmedizinischer Fragestellungen erörtert. Wundvisiten werden nach Erfordernis, ggf. auch täglich durchgeführt.

Eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung zur Umsetzung und Weiterentwicklung der Therapiekonzepte ist unabdingbar. Dazu finden berufsgruppenspezifische interne Weiterbildungsveranstaltungen statt, die aber auch berufsgruppenübergreifend durchgeführt werden.

Jeder Patient wird am Anreisetag vom Stationsarzt aufgenommen. Der Behandlungsplan eines Patienten orientiert sich an dem bei der Aufnahmeuntersuchung festgestellten Beschwerdebild des Patienten sowie an den objektiv nachweisbaren Funktionsstörungen. Die realistischen Therapieziele werden gemeinsam mit dem Patienten besprochen. Der therapeutische Schwerpunkt richtet sich nach der orthopädischen Hauptdiagnose, die in der Regel auch die Einweisungsdiagnose zur Rehabilitation darstellt. Die Diagnosen werden als Funktionsdiagnosen gewertet, d.h. die Wertigkeit einer Diagnose wird durch den Grad der Beeinträchtigung des Leistungsvermögens bestimmt.

Vordergründig beeinflussen die nachweisbaren Störungen von Körperfunktion und -struktur, deren Auswirkung auf die Teilhabe in der Gesellschaft und Umwelt sowie die Kontextfaktoren, wie Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren, Förderfaktoren oder Barrieren die Behandlung des Rehabilitanden.

Um das Leistungsvermögen eines Patienten korrekt einzustufen, wird auf eine sorgfältige Erhebung von Anamnese sowie klinischen Status inklusive exakter Angabe von Beweglichkeitseinschränkungen und ggf. neurologischer Defizite usw. Wert gelegt. Im Rahmen des Aufnahmegesprächs werden gemeinsam mit dem Patienten die Rehabilitationsziele festgelegt, deren Realisierung durch den Behandlungsplan angestrebt wird. Das postoperative Nachbehandlungsschema der einweisenden Kliniken wird bei der Therapieplanung berücksichtigt. Bei Befunddiskrepanzen, widersprüchlichen Aussagen oder röntgenologischer Auffälligkeiten in den Voraufnahmen wird umgehend der Kontakt zum behandelnden Arzt hergestellt und das weitere Vorgehen abgestimmt. Der Rehabilitationsplan wird vom behandelnden Arzt unter Mitwirkung des gesamten Rehabilitationsteams erstellt und im Laufe der Behandlung dem aktuellen Leistungsvermögen angepasst. Zur Erstellung eines Rehabilitationsplans gehört auch die Berücksichtigung weiterführender Maßnahmen, wie z. B. die Einleitung einer Sozialberatung, die Beratung bei der Auswahl von und die Versorgung mit Hilfsmitteln und Hilfen bei der Gestaltung der häuslichen Versorgung sowie edukative Maßnahmen.

Am Tag nach der Anreise erfolgt die erste fachärztliche Visite (Chefarzt oder Oberarzt), bei der erhobene klinische Befunde geprüft, die erforderlichen therapeutischen Anwendungen sowie ggf. zusätzliche Diagnostik erörtert und veranlasst werden. Bereits im Rahmen des ersten fachärztlichen Gespräches werden die Leistungseinschränkungen mit dem Patienten erörtert. Insbesondere bei erwerbsfähigen bzw. potentiell erwerbsfähigen Rehabilitanden werden bei Diskrepanzen zwischen subjektiver Selbsteinschätzung des Leistungsvermögens und objektiven Befunden eine Beratung bei Sozialdienst und /oder Psychologen veranlasst. Allen bei Aufnahme erwerbsunfähigen Patienten bzw. alle Patienten, denen ihre letzte Tätigkeit nicht mehr zuzumuten ist, werden dem Sozialdienst vorgestellt. Die orthopädischen Patienten, die bei Aufnahme in unserer Klinik arbeitsuchend sind, wird die sozialpädagogische Beratung und Mitbetreuung empfohlen. In unserer Klinik wird eine enge Kooperation zwischen den Beteiligten des Rehabilitationsteams verwirklicht. Der Rehabilitand mit seinen individuellen Bedürfnissen und diagnosespezifischen Besonderheiten steht hierbei im Mittelpunkt.

Im Rahmen der weiteren Chef- oder Oberarztvisiten wird festgelegt, welche Nachsorgeleistungen eingeleitet werden und welche Empfehlungen dem Patienten für die weitere Nachbehandlung gegeben werden, ggf. wird auch die Einleitung einer ambulanten Pflege oder anderer Hilfen durch den Sozialdienst organisiert. In diesen Visiten werden auch die sozialmedizinischen Besonderheiten berücksichtigt.

Der Stationsarzt erstellt am Ende der Rehabilitationsmaßnahme einen Entlassungsbericht entsprechend der Vorgaben der Kostenträger. Inhaltlich wird besonderer Wert auf den Verlauf sowie die Ergebnisqualität durch Vergleich der bei Aufnahme und bei Entlassung nachweisbaren Funktionsstörungen und Leistungseinschränkungen, auf die avisierten Rehabilitationsziele sowie die sozialmedizinische Beurteilung gelegt.

Weiterhin werden Nachsorgeempfehlungen entsprechend den postoperativen Empfehlungen und dem Rehabilitationsverlauf für die weiterbehandelnden Ärzte gegeben.

In der Orthopädischen Abteilung wurden in den letzten Jahren zur Optimierung der Therapieplanung Behandlungspfade entwickelt. Ein Behandlungspfad beschreibt dabei den optimalen Weg eines speziellen Rehabilitantentyps mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen und seiner speziellen Abfolge. Der Behandlungspfad berücksichtigt dabei die diagnosespezifischen und fähigkeitsorientierten Eingangskriterien. Die Individualität eines Therapieplanes bleibt gewahrt.

Neben den Behandlungspfaden wurden indikationsspezifische Behandlungsrichtlinien erarbeitet, in denen bestimmt Therapien mit zeitlicher Abfolge sowie ergänzende Maßnahmen empfohlen werden. Hier werden auch Kontraindikationen für bestimmte therapeutische Maßnahmen sowie empfohlene Dosierungen ergänzender Maßnahmen berücksichtigt.

Einmal jährlich werden die Behandlungspfade und Behandlungsrichtlinien durch die Arbeitsgruppen überprüft und nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen ausgerichtet. Hierbei werden vorliegenden Leitlinien bzw. Empfehlungen der Fachgesellschaften berücksichtigt.

2.2.2. Hauptdiagnosen

Orthopädie

ICD-10 Code	Diagnose	Anzahl	Prozent von Gesamt-Pat.-Zahl
M17	Gonarthrose/Zustand nach Knie-TEP	1439	43,7
M16	Coxarthrose/Zustand nach Hüft-TEP	1517	41,5
M53	Erkrankungen der Wirbelsäule/des Rückens	284	8,2
M19	Schultererkrankungen	66	1,9

2.2.3. Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten

Orthopädie	Anzahl	in %
Lebensalter		
21 bis 30 Jahre	7	0,23
31 bis 40 Jahre	10	0,33
41 bis 50 Jahre	114	3,79
51 bis 60 Jahre	329	10,94
61 bis 70 Jahre	897	29,84
71 bis 80 Jahre	1323	44,01
über 80 Jahre	326	10,84
Gesamt	3006	99,98

3. Qualitätspolitik und Qualitätssicherung

3.1. Qualitätspolitik der Einrichtung

Der zentrale Grundsatz der Qualitätspolitik der HJK besteht darin, umfangreiche Maßnahmen zur kontinuierlichen Qualitätsentwicklung, die alle Aspekte der Betreuung der ihnen anvertrauten Patienten umfassen, praktisch umzusetzen.

Die qualitativ hochwertige Patientenversorgung und die professionelle Durchführung der Behandlung kennzeichnen unsere gemeinsame Arbeit.

Die nachhaltige Ausrichtung der Dienstleistungen an den Erwartungen unserer Interessenspartner an unsere Dienstleistung wird durch die Klinikleitung permanent geprüft und verfolgt.

Unsere **externen Interessenspartner** sind die Patienten, die wir behandeln, die Kostenträger, zuweisende Ärzte und Einrichtungen und die Gesellschaft, der wir verpflichtet sind.

Als **interne Interessenspartner** betrachten wir die Mitarbeiter, die Leitung der Klinik sowie den Klinikträger.

Die Klinikleitung und die Mitarbeiter haben gemeinsam ein Qualitätsmanagement entwickelt und eingeführt, das die Anforderungen aller geforderten Qualitätssicherungsprogramme voll erfüllt und den Patienten und allen anderen Interessenspartnern umfassende Einblicke in alle Leistungsbereiche unserer Einrichtung ermöglicht.

Das umfassende Qualitätsmanagement der Kliniken zielt darauf ab, dass alle qualitätsrelevanten Aspekte

- der Strukturqualität
- der Prozessqualität und

-
- der Ergebnisqualität

einer kontinuierlichen Kontrolle und ständiger Verbesserung unterliegen.

In der Umsetzung unseres Qualitätsmanagements werden regelmäßig und umfassend die Erwartungen und Bedürfnisse unserer Interessenspartner erfasst. Die internen Strukturen und alle qualitätsrelevanten Prozesse der Klinik werden festgelegt, dokumentiert und optimiert. Anhand interner Kennzahlen und Zielgrößen wird stetig die Qualität unserer Leistungen im oben genannten Sinne gemessen. Verbesserungsbereiche können anhand unserer Kennzahlen lokalisiert und zügige Verbesserungen eingeleitet werden.

Die stetige Qualitätserfassung in allen wichtigen Bereichen und die darauf aufbauenden Optimierungen konstituieren einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess. Durch das Qualitätsmanagement sind wir in der Lage, unsere Leistungen immer besser an die Bedürfnisse und Erwartungen unserer Interessenspartner anzupassen.

3.1.1. Strategische und operative Ziele

Das Qualitätsmanagement der HJK orientiert sich an den formulierten Klinikzielen. Diese werden regelmäßig überprüft und angepasst. Sie sind die Grundlage für die Zielvereinbarungen in den einzelnen Abteilungen und mit den Führungskräften der mittleren Ebene bzw. allen Mitarbeitern der Klinik. Darüber hinaus bilden sie auch die Basis zur Formulierung von Prozesszielen.

Wesentliche Klinikziele sind:

- optimale Rehabilitationsergebnisse in ökonomisch vertretbarer Zeit
- Weiterentwicklung von Rehabilitationskonzepten
- Integration neuer Behandlungsverfahren
- kritischer Umgang mit Ressourcen

-
- Vollbelegung

Im Januar 2012 wurde das Leitbild für die Michels Kliniken zuletzt aktualisiert und von der Geschäftsführung freigegeben.

Die Umsetzung des Leitbildes (u. a. Wissenschaftlichkeit, Qualifikation, Fortbildung, Führungsstil, Wirtschaftlichkeit, Ökologie) erfolgt systematisch im Klinikalltag. Das Leitbild ist Thema in Mitarbeitergesprächen und wird den Mitarbeitern außerdem durch die Abteilungsverantwortlichen vermittelt.

3.1.2. Umsetzung von Leitlinien

Grundlage des Qualitätsmanagements der Herzog-Julius-Klinik ist die gemeinsame Definition von Qualität.

Unter Qualität verstehen wir das Maß an Übereinstimmung zwischen den Erwartungen der Interessenspartner und der von uns erbrachten Dienstleistung.

Die übergeordneten Erwartungen der Interessenspartner werden auf der Ebene der Klinikleitung in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern erfasst und fließen unmittelbar in die Festlegung von Leitbild, Werten und Unternehmenszielen sowie in die strategische Unternehmensausrichtung ein.

Orientiert an dieser übergeordneten Ausrichtung werden auf der Ebene von Prozessen und Abläufen die Erwartungen der jeweiligen Interessenspartner für die jeweilige Tätigkeit von den Mitarbeitern ermittelt und die konkrete Dienstleistungserbringung wird daran orientiert.

Zentraler Bestandteil der Qualitätspolitik der HJK ist eine explizite Ergebnisorientierung. Die Ergebnisse unserer Dienstleistungen werden kontinuierlich und systematisch erfasst und bewertet.

Dazu finden regelmäßige Befragungen unserer Interessenspartner sowie eine Auswertung der dokumentierten Rehabilitationsverläufe und -ergebnisse statt. Die Auswertungen der erhobenen Kennzahlen auf Prozessebene geben uns Auskunft über die Qualität unserer Dienstleistung.

Die Ergebnisse der Behandlung werden durch interne Fachgremien und die externe Qualitätssicherung analysiert und bewertet. Für alle therapeutischen Bereiche wurden zu diesem Zweck entsprechende Assessmentprozeduren festgelegt. Die Ergebnisse fließen in unser Qualitätsmanagementsystem als wertvolle Informationen ein und stellen die Grundlage für die Maßnahmenplanung zur kontinuierlichen Verbesserung dar.

Entsprechend der Geschäftsverteilung erfolgen sowohl die Beobachtung der Markt- und Branchenentwicklung als auch die Betrachtung der Konkurrenzsituation für die einzelnen Häuser der Michels Kliniken durch die Geschäftsführung in Abstimmung mit den Ärztlichen Direktoren bzw. Chefärzten und den Verwaltungsleitern.

Es besteht eine gute Vernetzung innerhalb der Region Süd-Ost-Niedersachsen. Diese erstreckt sich sowohl auch die zuweisenden Krankenhäuser, als auch auf die Leistungsträger GKV und DRV.

3.2. Qualitätssicherung für die Einrichtung

Für die HJK wurde ein Koordinator (QMB) für Fragen der externen Qualitätssicherung festgelegt. Dieser stellt sicher, dass die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung im Lenkungsausschuss erörtert und bewertet werden. Sie bilden eine wesentliche Grundlage für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess der Einrichtung.

Aus den Strategietagen der HJK und der Managementbewertung (Managementbericht) resultierten eine Reihe von Projekten, Arbeitsgruppen, Prozessbeschreibungen und –änderungen.

Aufbau, Struktur, Instrumente und Weiterentwicklung von QM

Der Lenkungsausschuss (LA), der sich aus der Geschäftsführung (BoL), der Verwaltungsleitung, dem Chefarzt, der Pflegedienstleitung und der Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) zusammensetzt, legt die Regeln fest, setzt die Prioritäten, schafft Ressourcen und lenkt das Projekt. In regelmäßigen Abständen ist der LA zusammengetreten, um die strategischen Vorgaben zu aktualisieren, erarbeitete Prozesse nach Prüfung freizugeben, Prozessverantwortliche festzulegen und sich über den Fortgang der Umsetzung abzustimmen.

Neben Themen des Qualitätsmanagements werden im LA auch andere Klinik relevante Themen beraten, Entscheidungen der Geschäftsführung werden kommuniziert bzw. in Abstimmung getroffen.

Die QMB wurde mit der Koordination und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements betraut. Die Unterrichtung der Mitarbeiter der HJK über den Stand im QM erfolgte über die Abteilungs- und Schulungsverantwortlichen, die von der QMB informiert wurden. Auf ähnliche Weise wurden die bestehenden Kommunikationsstrukturen der HJK genutzt, um den Informationsfluss zu gewährleisten.

Die Mitglieder des interdisziplinären Qualitätsmanagement-Teams (QM- Teams) erhielten eine Einführung in die verschiedenen Aspekte des Qualitätsmanagements. Anschließend wurden diese Mitarbeiter als Moderatoren den jeweiligen Arbeitsgruppen zugeordnet. Ihre Aufgabe bestand darin, den betreffenden Prozess bis zu seiner Fertigstellung, Freigabe und in Kraftsetzung zu begleiten und dann ihn in die Verantwortung der durch den LA benannten Prozessverantwortlichen zu übergeben.

Das QM- Team trifft sich regelmäßig, um unter Führung des QMB die geplanten Audits und die protokollierten Aktivitäten zu verfolgen, zu korrigieren und zu steuern.

QM- Projekte

Im Jahr 2005 fasste die Geschäftsführung der Michels Kliniken den Beschluss, ein strukturiertes, umfassendes QM- System schrittweise in allen Kliniken einzuführen.

Im Jahr 2008 wurde die Herzog-Julius-Klinik nach dem Maßstab der DIN EN ISO 9001:2000 und den Qualitätsgrundsätzen der DEGEMED zertifiziert. Es folgten jähr-

liche Überwachungsaudits und die erfolgreiche Re-Zertifizierung in 2011 nach DIN EN ISO 9001.2008.

3.2.1. Qualifizierung der Mitarbeiter

Die Leitung der Kliniken hat alle Mitarbeiter in die Einführung und Entwicklung des Qualitätsmanagements und damit in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess einbezogen.

Die Philosophie, die Qualitätspolitik und die Qualitätsziele der Klinik sind Gegenstand der regelmäßigen Mitarbeitergespräche sowie entsprechender Team-Gespräche, so dass deren Verständnis und deren Umsetzung in allen Bereichen sichergestellt wird.

Im Rahmen des Qualitätsmanagements wird gewährleistet, dass die Mitarbeiter in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) einbezogen werden.

Dies geschieht durch regelmäßige Kommunikation über das QM und die Qualitätspolitik sowie durch die Veränderung/Anpassung von Regelungen, die für die Mitarbeiter relevant sind. Außerdem sind die Mitarbeiter an der Entwicklung von Qualitätszielen, Verfahrensanweisungen, Regelungen, Dokumenten etc. in ihren Bereichen beteiligt.

3.2.2. Klinikinterne Fort- und Weiterbildung sowie Teilnahme an externen Fort- und Weiterbildungen

Seit 2006 finden in den drei orthopädischen Kliniken übergreifend Fortbildungskonferenzen statt. An den Konferenzen nahmen neben den Chefärzten, bei Bedarf die verantwortlichen Oberärzte und die Leitungen des Pflegedienstes und der Therapeutischen Abteilungen teil. Das Ziel der Konferenzen war es, ein hohes fachliches Qualitätsniveau aller klinischen Mitarbeiter zu gewährleisten und für das laufende Jahr

vor allem die externen Kurse und Veranstaltungen festzulegen, an denen eine Teilnahme der Mitarbeiter erwünscht war.

Gleichzeitig sollen durch Auswertungen nach den Veranstaltungen solche Kurse bzw. Anbieter gegebenenfalls von den Listen gestrichen werden, die nicht den Erwartungen entsprochen haben. Grundlage sind dabei u. a. die Fort- und Weiterbildungsrichtlinien der Kammern und Fachgesellschaften. Für die Ärzte ist das Angebot angepasst an die CME-Regelungen für die Fort- und Weiterbildungen der Ärztekammer Niedersachsen.

Sowohl hausintern als auch im Klinikumfeld besteht für fast alle klinischen Berufsgruppen eine gute Infrastruktur für die Fort- und Weiterbildung zum Teil in Verbindung mit den zuweisenden Kliniken, Fachgesellschaften bzw. Berufsverbänden.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Anzahl der Fortbildungstage in den Jahren 2012/2013.

Externe Veranstaltungen	2012	2013
	FoBi Tage	FoBi Tage
Ärzte	9	12
Physiotherapeuten	9	12
Psychologen	0	0
Sozialdienst	3	2
Sport-/Gymnastiklehrer	2	6
Diätassistenten	4	3
Ergotherapeuten	1	4
Pflegedienst	2	9
Röntgen MTA	1	3
Gesamt	31	51

3.2.3 Externe Qualitätssicherung

Die Herzog-Julius-Klinik nimmt am externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover bzw. der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen teil.

Die Daten der DRV Braunschweig-Hannover treffen erst ca. 12 Monaten nach Halbjahresende ein. Um zeitnaher reagieren zu können, werden zusätzlich interne Daten

erhoben. Die Abweichungen der Ergebnisse ergeben sich aus den unterschiedlichen Erhebungszeiträumen und unterschiedlichen Datenmengen.

Weitere Planungen und Entwicklungen

Es erfolgt eine kontinuierliche Weiterentwicklung der bestehenden Therapiekonzepte in der HJK. Geplant ist die Errichtung einer geronto-orthopädischen Station und weiterer Erfahrungsaustausch und Kooperation mit den einweisenden Kliniken.