



ATZ / RPK
Zentrum für psychiatrische Rehabilitation



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 1.1 für Rehabilitationseinrichtungen

Rehabilitationseinrichtung:	SHG ATZ / RPK Zentrum für psychiatrische Rehabilitation
Institutionskennzeichen:	511002663
Anschrift:	Sonnenbergstraße 10 66119 Saarbrücken
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2015-0037 RH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	15.06.2015
bis:	14.06.2018

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kriterien	7
1 Rehabilitandenorientierung in der Rehabilitationseinrichtung	8
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	15
3 Sicherheit in der Rehabilitationseinrichtung	19
4 Informationswesen	23
5 Führung der Rehabilitationseinrichtung	26
6 Qualitätsmanagement	30

Vorwort der KTQ[®]

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

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, 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 Rehabilitandenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Informationswesen,
- die Führung der Rehabilitationseinrichtung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich die Rehabilitationseinrichtung zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Experten aus Rehabilitationseinrichtungen besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung der Rehabilitationseinrichtung – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

¹ zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Dachverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.

Im Rahmen 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 der Rehabilitationseinrichtung das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung, die Strukturdaten sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges 1.1.

Wir freuen uns, dass das **SHG ATZ RPK - Zentrum für psychiatrische Rehabilitation** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Rehabilitanden und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Der Träger des ATZ/RPK – Zentrum für psychiatrische Rehabilitation ist die Saarland Heilstätten GmbH (SHG) mit den Gesellschaftern Deutsche Rentenversicherung Saarland, Regionalverband Saarbrücken, Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und Arbeiterwohlfahrt Landesverband Saarland e.V.

Die Einrichtung ist organisatorisch eigenständig und wird als wirtschaftlich selbständige Einheit geführt. Organe sind neben der Leitung der Einrichtung das Kuratorium. Dem Kuratorium gehören Vertreter von Kostenträgern an, die das ATZ/RPK belegen und/oder Institutionen, zu deren Zuständigkeit die medizinische und/oder berufliche Rehabilitation behört. Das Kuratorium ist zur Willensbildung berechtigt, soweit der eigenständige Organisationsbereich des ATZ/RPK berührt ist und die Entscheidung den Interessen der Saarland Heilstätten GmbH nicht entgegenstehen.

Das ATZ/RPK verfügt über insgesamt 90 Therapieplätze, davon 76 Plätze für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen und 14 Plätze zur ganztägig ambulanten Rehabilitation.



Davon stehen 20 Plätze für die Rehabilitation Jugendlicher und junger Erwachsener mit einem besonderen Therapiesetting zur Verfügung.

Im ATZ/RPK – Zentrum für psychiatrische Rehabilitation werden über 500 Rehabilitanden pro Jahr behandelt. Es werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben als integrierte Komplexleistung gemäß der RPK- Empfehlungsvereinbarung vom 29.09.2005 erbracht, wobei sich der Schwerpunkt deutlich zu den medizinischen Maßnahmen verschoben hat. Neben dem RPK-Verfahren mit Antragstellung durch die Rehabilitanden werden von der Deutschen Rentenversicherung direkt medizinisch-berufliche Rehabilitationsmaßnahmen der Phase II zugewiesen.

Wir verstehen die Rehabilitation als ganzheitlichen Vorgang, in dem die Teilaspekte der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation nicht nacheinander eingesetzt werden, sondern in einem integrativen Prozess von einem multiprofessionellen Team als Komplexleistung erbracht werden. Die Rehabilitanden werden als Partner im Rehabilitationsprozess betrachtet werden, die Therapieplanung erfolgt individuell und bedarfsorientiert. Es findet eine Vernetzung mit den Vorbehandlern und den Hilfesystemen im persönlichen und beruflichen Umfeld des Rehabilitanden statt.





Im Rehabilitationsteam stehen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, psychologische Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen, Sporttherapeuten, Ergo- und Arbeitstherapeuten, ein Rehabilitationspflegeteam und eine Internatsbetreuung zur Verfügung.

Neben dem Bereich Ergotherapie werden für die Arbeitstherapie die Bereiche Druckerei/ Papierverarbeitung, Büro/Verwaltung mit EDV und schulischer Förderung, Elektrotechnik, Metall, Hauswirtschaft und Gartenbau im Zentrum vorgehalten, darüber hinaus Praktikumsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Das ATZ/RPK befindet sich 3 km entfernt vom Stadtzentrum Saarbrücken auf dem Gelände der SHG Kliniken Sonnenberg in einem Waldgebiet. Das bietet die Möglichkeit zu Ausdauersport wie Wandern, Joggen und Nordic Walking.



Außerdem gibt es an Freizeitangeboten die eigenverantwortlichen Nutzung der Sportmöglichkeiten (Gymnastikhalle, Cardiotrainingsraum, Krafttrainingsraum, Schwimmbad, Tischtennis, Tennis- und Bouleplatz) sowie Sauna, Fahrradverleih, einen Entspannungs- und Multifunktionsraum, einen wöchentlichen Kreativabend unter ergotherapeutischer Anleitung.



Die KTQ-Kriterien

1 Rehabilitandenorientierung in der Rehabilitationseinrichtung

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt rehabilitandenorientiert.

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung/Therapie sind rehabilitandenorientiert

Die Rehabilitationseinrichtung gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Rehabilitanden und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.

Die Rehabilitandensteuerung zielt auf eine optimale Nutzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen. Vor der Aufnahme besteht die Möglichkeit zur Information über das Zentrum (regelmäßige Infotage, Vorgespräche, Fachvorträge, Informationsbroschüren, Internet-Auftritt). Wünsche (z.B. nach einem Einzelzimmer) werden nach Möglichkeit berücksichtigt. Mit der Mitteilung des Aufnahmetermins werden Informationen über die Therapieangebote und über das Zentrum versandt. Es werden nur Rehabilitanden einbestellt, bei denen eine Kostenzusage vorliegt. Die Terminvergabe zur Aufnahme erfolgt in der Regel schriftlich. Ein bis zwei Wochen vor dem Aufnahmetermin erfolgt eine Nachfrage durch den Internatsleiter zur Bestätigung des Termins und zur Klärung von Wünschen und Notwendigkeiten. Bei Wartelisten wird die Dringlichkeit berücksichtigt.

1.1.2 Orientierung in der Rehabilitationseinrichtung

Innerhalb der Rehabilitationseinrichtung ist die Orientierung für Rehabilitanden und Besucher sichergestellt.

Es gibt ein stets aktuelles Wegeleitsystem. Ziel ist eine eindeutige und umfassende Ausschilderung aller Bereiche des Zentrums, um eine möglichst hohe Rehabilitanden- und Besucherzufriedenheit zu erreichen. Eine Anpassung an die Rehabilitandenbedürfnisse wird gewährleistet.

1.1.3 Rehabilitandenorientierung während der Aufnahme

Die Aufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der medizinischen und nicht-medizinischen Bedürfnisse von Rehabilitanden nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung.

Bei der Aufnahme durch den Internatsleiter erfolgt die administrative Aufnahme. Im Anschluss begleitet der Internatsleiter den Rehabilitanden zu seinem Zimmer und danach zum Stützpunkt Pflege.

1.1.4 Ambulante Rehabilitandenversorgung

Die ambulante Rehabilitandenversorgung verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Rehabilitandenbedürfnisse.

Im Zentrum werden stationäre und ganztägig ambulante Maßnahmen angeboten. Die Aufnahme der ganztägig ambulanten Maßnahmen erfolgt analog den stationären Maßnahmen. Statt der Zimmerzuweisung erfolgt eine Führung zum Pendler-Aufenthaltsraum. Im Zentrum sind ganztägig ambulante Maßnahmen in den stationären Ablauf integriert, einziger Unterschied ist, dass das therapeutische Angebot nur von Montag bis Freitag von 8.00 Uhr bis 16.15 Uhr durchgeführt wird. Die Teilnahme am Freizeitprogramm außerhalb dieser Zeiten ist möglich.

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung/Therapie

Eine umfassende Befunderhebung jedes Rehabilitanden ermöglicht eine rehabilitandenorientierte Behandlungs-/Therapieplanung.

1.2.1 Ersteinschätzung

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

Am Aufnahmetag erfolgen eine fachärztliche Aufnahmevisite mit Klärung der Rehafähigkeit und -erwartungen sowie die Anordnung von ersten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, außerdem eine pflegerische Anamneseerhebung. In der Regel am Aufnahmetag, spätestens am Tag danach erfolgt die medizinische Anamneseerhebung und internistisch-neurologische Untersuchung. Die Aufnahmegespräche mit Dokumentation der Anamnesedaten und einer vorläufigen Therapieplanung durch den Bezugstherapeuten finden spätestens am 2.Tag nach der Aufnahme statt. Die Dokumentation erfolgt in dem standardisierten Aufnahme- und Anamnesebogen.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Bei jeder Anmeldung von Rehabilitanden erhält das Zentrum Befunde von den Vorbehandlern bzw. von der zuweisenden Stelle. Vorbefunde werden z. B. genutzt, um besonderen Behandlungsbedarf, ggf. notwendige Behandlungsaufgaben (z.B. Abstinenzbescheinigungen) ableiten zu können und notwendige Informationen über den bisherigen Behandlungsverlauf zu erhalten. Die Rehabilitanden werden bei der Einbestellung gebeten, Vorbefunde, die der Einrichtung noch nicht vorliegen, vor der Aufnahme zuzusenden oder mitzubringen. Vorbehandelnde Ärzte / Kliniken werden schriftlich um Berichte gebeten, sofern eine Schweigepflichtentbindung des Rehabilitanden vorliegt.

1.2.3 Festlegung des Rehabilitationsprozesses

Für jeden Rehabilitanden wird der umfassende Rehabilitationsprozess unter Benennung der Behandlungs-/Therapieziele festgelegt.

Auf der Grundlage der Vorbefunde, der Ergebnisse aus der fachärztlichen Aufnahmevisite, der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung (einschl. weiterer diagnostischer Maßnahmen, Drogenscreenings, Zusatzuntersuchungen und Konsile), der bezugstherapeutischen Anamnese und Testdiagnostik, der pflegerischen Aufnahmeerhebung, der Erhebung der Sozialanamnese und der Ergebnisse aus den Ergo- und Arbeitstherapiebereichen wird multiprofessionell der individuelle Rehaprozess festgelegt. Für die Steuerung des Rehabilitationsprozesses ist der Bezugstherapeut als Prozesseigner verantwortlich. Die Konzeption und die Prozessdarstellung sind die Basis für die Therapieplanung.

Bei medizinischen Maßnahmen nach der RPK-Empfehlungsvereinbarung werden bereits im Aufnahmegutachten vor Beginn der Maßnahme mit dem Rehabilitanden Erwartungen und Ziele besprochen.

1.2.4 Integration von Rehabilitanden in die Behandlungs-/Therapieplanung

Die Festlegung des Behandlungs-/Therapieablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Rehabilitanden.

Bereits vor der Aufnahme und zu Beginn der Therapie wird der Rehabilitand als Partner bei der Festlegung des Therapieplanes einbezogen. Arzt und Bezugstherapeut klären in Einzelgesprächen mit dem Rehabilitanden dessen Erwartungen und Ziele und dokumentieren sie im Aufnahme- und Anamnesebogen. Die Mitverantwortlichkeit des Rehabilitanden für den Ablauf der Therapie und die Zielerreichung wird von Anfang an verdeutlicht. Integriert in die Behandlungsplanung werden auch Vorinformationen durch Zuweiser und die Art der Rehabilitationsmaßnahme. Unter Berücksichtigung aller anamnestischen Daten und Untersuchungsbefunde werden in Absprache mit dem Rehabilitanden die individuellen Rehabilitationsziele festgelegt und dokumentiert. Daraus werden die notwendigen Maßnahmen zur Erreichung der Rehabilitations-Ziele abgeleitet.

1.3 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Rehabilitation

Die Behandlung und Pflege jedes Rehabilitanden erfolgt in koordinierter Weise gemäß multiprofessioneller Standards, um bestmögliche Behandlungs-/Therapieergebnisse zu erzielen.

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Rehabilitation

Die Rehabilitation jedes Rehabilitanden wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.

Die Kernprozesse sind in einer Prozessdarstellung festgelegt, unterteilt nach Vorbereitung der Aufnahme, Aufnahme, Therapie und Entlassung. Zu den einzelnen Therapiebausteinen sind die Therapieinhalte definiert. Das Konzept der Therapieeinrichtung berücksichtigt die Vorgaben der Leistungsträger und die aktuellen Therapieleitlinien. Die entsprechenden Anleitungen und Vorgaben stehen jedem Mitarbeiter zur Verfügung. Durch konsequente Fortbildung der Mitarbeiter und Erwerb von Zusatzqualifikationen wird ein hohes Behandlungsniveau sichergestellt.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Rehabilitandenversorgung werden Leitlinien und, wo möglich, Evidenzbezug zugrundegelegt.

Es werden die Leitlinien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, die Praxisleitlinien Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch Kranker, die Vorgaben der Leistungsträger und die Leitlinien der Fachgesellschaften angewendet. Die konzernweite Leitlinie zur Antibiotika-Therapie und die Behandlungsrichtlinien des Robert-Koch-Instituts zur Behandlung von bestimmten Infektionskrankheiten werden ebenfalls angewendet. Den haus-internen Therapiekonzepten sind die Leitlinien der Fachgesellschaften zu Grunde gelegt.

1.3.3 Rehabilitandenorientierung während des Therapieaufenthaltes

Der Rehabilitand wird in alle durchzuführenden Behandlungs-/Therapieschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist rehabilitandenorientiert gestaltet.

Die Rehabilitanden erhalten umfangreiche Informationen vor und bei der Einbestellung. Zusätzlich haben sie die Möglichkeit, über Internetdarstellung, Zentrumsführung oder Vorgespräche weitergehende Informationen zu erhalten. Bei der Aufnahme erhalten die Rehabilitanden eine Informationsbroschüre mit allen wichtigen Informationen zur Rehabilitationsmaßnahme und zum Zentrum. Dazu finden Informationsveranstaltungen statt. Der Bezugstherapeut sowie das gesamte Team stehen den Rehabilitanden für Fragen und Auskünfte zur Verfügung. In Einzel- und Gruppengesprächen werden mit dem Rehabilitanden alle relevanten Therapieschritte sowie Fragen der Nachsorge besprochen und entsprechende Schritte geplant, eingeleitet und begleitet. Ab dem Aufnahmetag steht ein Patendienst für die Eingangsphase als Hilfe zur Verfügung. Wöchentlich finden Rehabilitanden-Vollversammlungen statt, bei denen die Rehabilitanden Wünsche, Vorschläge und Kritik einbringen können.

1.3.4 Rehabilitandenorientierung während des Therapieaufenthaltes: Ernährung

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

Die Rehabilitanden haben die Möglichkeit, aus einem wöchentlich vom Küchenleiter aufgestellten Speiseplan für jeden Tag einzeln auszuwählen. Diäten und Spezialmenüs werden gemäß ärztlicher Anordnung bereitgestellt. Der zeitnahe und zügige Transport erfolgt in Wärmewagen. Der Küchenleiter ist für die Einhaltung des Hygiene-Konzeptes verantwortlich.

1.3.5 Koordinierung des Therapieaufenthaltes

Die Durchführung der Therapie/Behandlung erfolgt koordiniert.

Der Arzt führt die Aufnahmeuntersuchung durch und legt die medizinische Zusatzdiagnostik entsprechend der Dringlichkeit fest. Diagnostikformulare sind standardisiert und werden vom Arzt ausgefüllt, vidiert und weitergeleitet, die Labordiagnostik wird vom Pflegedienst nach ärztlicher Anordnung auf standardisierten Laborformularen angefordert. Befunde werden in elektronischer Form zur Verfügung gestellt. In dringlichen Fällen erfolgen die Befundanmeldung und die Befundübermittlung vorab telefonisch. In der Aufnahmephase und gegebenenfalls bei Entlassung wird eine standardisierte Testdiagnostik durchgeführt (Persönlichkeits- und Leistungstestung).

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: chirurgische Eingriffe

Die Durchführung der Behandlung chirurgischer Eingriffe erfolgt koordiniert. Chirurgische Eingriffe finden in unserer Einrichtung nicht statt.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung

Die Behandlung/Therapie des Rehabilitanden erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung.

Ziel der Zusammenarbeit ist die bestmögliche multiprofessionelle und prozessorientierte Behandlung der Rehabilitanden und die Sicherstellung einer adäquaten Information aller an der Behandlung beteiligten Personen durch einen regelmäßigen interdisziplinären und berufsgruppenübergreifenden Austausch. Es werden regelmäßig und in festgelegter personeller Zusammensetzung Teambesprechungen durchgeführt; daneben finden nach Bedarf in unterschiedlicher Zusammensetzung Austauschgespräche statt. Ergänzt wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch zugänglich gemachte Informationen in Schriftform.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung: Visite

Die Visitierung des Rehabilitanden erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung.

Die fachärztliche Visite ist fester Bestandteil der Therapie. Die Visitenzeiten sind festgelegt: Bei allen Maßnahmen gibt es eine Aufnahme- und eine Entlassungsvisite, mit Ausnahme der kurzen diagnostischen Maßnahmen finden 14-tägig fachärztliche Visiten durch die ärztliche Leitung statt. In die Visite fließen die Ergebnisse des bisherigen Therapieverlaufs aus den Fallbesprechungen ein, daraus resultierende Fragestellungen werden in der Visite bearbeitet. An den Fallbesprechungen nehmen die zuständigen Bezugstherapeuten und Sozialarbeiter teil. Die Ergebnisse des arbeitstherapeutischen Verlaufes werden vom Bezugstherapeuten eingebracht, der pflegerische Verlauf durch die Dokumentation in der Rehabilitandenakte, bei Bedarf werden zusätzliche telefonische Informationen während der Fallbesprechung eingeholt. Es findet eine Überprüfung und Planung der weiteren Therapie statt. Die Visiteninhalte und Ergebnisse werden in der Rehabilitandenakte dokumentiert, bei Dringlichkeit direkt an den zuständigen Mitarbeiter weitergegeben und fließen in die nächste Fallbesprechung ein.

1.3.9 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung: Sozialmedizinische Beurteilung/Leistungsbeurteilung/berufliche Situation

Die sozialmedizinische Beurteilung der Rehabilitanden verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Rehabilitandenbedürfnisse.

Bei den überwiegend diagnostischen Maßnahmen der medizinischen Belastungserprobung und Arbeitserprobung/Berufsfindung findet in der letzten Behandlungswoche eine Besprechung mit allen am Rehaprozess beteiligten Mitarbeitern über jeden Rehabilitanden statt. Auch Beobachtungen aus dem Freizeitverhalten fließen dabei ein. Bei Rehabilitanden in allen anderen Rehabilitationsmaßnahmen ist die Beurteilung des Leistungsvermögens Teil der 14-tägigen Fallbesprechung. Daraus ergeben sich die weitere Therapieplanung und die abschließende sozialmedizinische Beurteilung.

1.3.10 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung: Sozialmedizinische Beurteilung/häusliche Situation

Die sozialmedizinische Beurteilung der Rehabilitanden im Hinblick auf die Teilhabe an Familie und Gesellschaft verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Rehabilitandenbedürfnisse.

Entsprechend der Vorgaben der Leistungsträger wird die Anamnese mit den relevanten Kontextfaktoren anhand eines strukturierten Anamnesebogens durch den zuständigen Bezugstherapeuten erhoben. In die Beratung und Behandlung werden mit Einverständnis des Rehabilitanden Angehörige, Behörden etc. einbezogen, um die erhobenen Informationen zu ergänzen. Sie fließen in Abstimmung mit dem Rehabilitanden in die Therapiezielplanung ein (z. B. häusliche Versorgung, Freizeitverhalten, berufliche Integration).

1.4 Übergang des Rehabilitanden in andere Versorgungsbereiche

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

1.4.1 Entlassung und Verlegung

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

Bei jedem Rehabilitanden erfolgt in der Woche vor der geplanten Entlassung ein ausführliches Abschlussgespräch mit dem Bezugstherapeuten, dem ärztlichen Dienst (Abschlussvisite der ärztlichen Leitung), dem Sozialdienst und dem Pflegedienst. Auf Wunsch des Rehabilitanden werden im Vorfeld der Entlassung Angehörige, Betreuer, Arbeitgeber oder Behörden einbezogen. Ein sozialmedizinischer Kurzbericht für den Leistungsträger und einen Entlassbrief mit Informationen über die Diagnosen, relevante und kontrollbedürftige Befunde, die Medikation und wichtige Informationen zum Reha-Verlauf und zur Weiterbehandlung werden dem Rehabilitanden am Entlassungstag zur Weitergabe an seinen behandelnden Hausarzt/Facharzt mitgegeben. Der Sozialdienst übergibt in der abschließenden Beratung eine

schriftliche individuelle psychosoziale Entlassungsinformation mit den Hinweisen zur Nachsorge und Informationen über wohnortnahe Ansprechpartner und Anlaufstellen für die Zeit nach der Entlassung.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Rehabilitanden in einen anderen Versorgungsbereich

Die Rehabilitationseinrichtung sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Rehabilitanden.

Bereits während der laufenden Maßnahme wird mit den für die Weiterbehandlung vorgesehenen Stellen Kontakt aufgenommen. Mit Zustimmung des Rehabilitanden werden notwendige Anträge gestellt und erforderliche Informationen unter Beachtung der Schweigepflichtbestimmungen weitergegeben. Am Entlassungstag erhält der Rehabilitand einen Entlassbrief für den weiterbehandelnden Haus-/Facharzt. Bei Verlegungen erhält die Einrichtung, die den Rehabilitanden weiterbehandelt, ebenfalls einen Entlassbrief. Außerdem wird dem Rehabilitanden zur möglichen Vorlage bei Ämtern und evtl. Folgeeinrichtungen ein sozialmedizinischer Kurzbericht ausgehändigt, der über Maßnahmenergebnis und weitere Empfehlungen Auskunft gibt und vom Rehabilitanden gegengezeichnet wurde. Der Rehabilitand selbst oder die nachbehandelnde Einrichtung können nach Vorlage einer Schweigepflichtentbindung des Rehabilitanden den Reha-Entlassungsbericht des Zentrums erhalten.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

Von der Rehabilitationseinrichtung wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Rehabilitanden durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.

Eine effektive Zusammenarbeit mit den weiterbetreuenden Einrichtungen wird sichergestellt durch Kontakte des ärztlichen Dienstes, der Bezugstherapeuten und der Mitarbeiter des Sozialdienstes. Diese Kontakte finden sowohl telefonisch als auch persönlich statt. Vor Maßnahmenende werden Termine in der nachbehandelnden Stelle vereinbart, so dass eine möglichst übergangslose und kontinuierliche Weiterbetreuung möglich ist. Mit Einverständnis des Rehabilitanden werden der nachbetreuenden Stelle alle wichtigen Informationen zur Verfügung gestellt. Der Rehabilitand selbst erhält bei Entlassung einen Entlassbrief und einen sozialmedizinischen Kurzbericht, welche er den Weiterbehandlern vorlegen kann. Bei Vorliegen einer Schweigepflichtentbindung werden ggf. zeitnah komplette Reha-Entlassungsberichte zugeschiedt. Für die nachbehandelnden Stellen werden Informationsveranstaltungen in der Einrichtung angeboten und Nachsorgeeinrichtungen von hiesigen Mitarbeitern zum Informationsaustausch besucht. Rehabilitanden besichtigen Nachsorgeeinrichtungen bzw. stellen sich dort vor. Eine Begleitung durch den Sozialdienst dazu in der Region ist möglich. Informationen zu nachfolgenden Stellen erhält jeder Rehabilitand.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

Die Leitung der Rehabilitationseinrichtung sorgt durch eine entsprechende Personalplanung für die Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern.

2.1.1 Bereitstellung qualifizierten Personals

Die Leitung der Rehabilitationseinrichtung sorgt für die Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl von qualifizierten Mitarbeitern.

Die Personalbedarfsplanung orientiert sich an den Strukturvorgaben der Leistungsträger, an den geforderten Qualifikationen, den Stellenanforderungen und Aufgaben, am Wirtschaftsplan, am Budget und an der strategischen Zielplanung. Die Planung und Personalbedarfsermittlung erfolgen jährlich unter Einbezug der Abteilungsleitungen unter Abstimmung mit den leitenden Ärzten und der Verwaltungsdirektion. Die Stellenausschreibungen erfolgen auf der Grundlage der Stellenbeschreibungen. Der Betriebsrat wird im Rahmen des Mitbestimmungsverfahrens beteiligt. Ausfallquoten und -gründe sowie die Fluktuationsrate werden einmal jährlich ermittelt. Die gesetzlichen und tariflichen Gegebenheiten werden berücksichtigt.

2.2 Personalentwicklung

Die Rehabilitationseinrichtung betreibt eine systematische Personalentwicklung.

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Die Rehabilitationseinrichtung betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Die Verwaltungsdirektion führt in Absprache mit den leitenden Ärzten und den Abteilungsleitungen eine systematische Personalentwicklung auf der Basis der Vorgaben der Leistungsträger und den Anforderungen in den Einrichtungen durch. In den einmal jährlich durchgeführten Mitarbeitergesprächen, auf der Basis der Betriebsvereinbarung, werden die Wünsche der Mitarbeiter nach spezifischen Fortbildungsangeboten erfragt, ebenso die Fort- und Weiterbildungsnotwendigkeiten zur aktuellen Arbeitsbewältigung und zur Karriereplanung der Mitarbeiter. Die Mitarbeiter werden durch ihre Vorgesetzten bei der Suche nach entsprechenden Fort- und Weiterbildungsangeboten unterstützt. Im ärztlichen Bereich finden gemäß der Weiterbildungsordnung Weiterbildungsgespräche statt, außerdem werden die erforderlichen Fortbildungspunkte für Fachärzte innerhalb der von der Ärztekammer vorgegebenen Frist überprüft. Durch den Erwerb von Fortbildungspunkten wird bei den Psychologischen Psychotherapeuten die Qualifikation sichergestellt.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

Die Rehabilitationseinrichtung stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe/Verantwortlichkeiten entsprechen.

Stellenbeschreibungen sind für alle Berufsgruppen erstellt. Darin beschrieben sind: die Qualifikation des Mitarbeiters, die vorgesetzte Stelle, Über- und Unterstellungen, Stellvertretungen, Inhalte der Stelle, die Grundanforderungen, mitarbeiterbezogene Aufgaben, rehabilitandenbezogene Aufgaben, betriebsbezogene Aufgaben, sonstige Aufgaben, Anforderungen an den Stelleninhaber, eigene Verpflichtungen und Einzelaufgaben. Für die Pflegemitarbeiter, die Aufnahmekoordinatoren, den Internatsleiter und die Praktikantenbetreuung gibt es darüber hinaus detaillierte Arbeitsplatzbeschreibungen.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

Die Rehabilitationseinrichtung sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die an den Bedürfnissen der Mitarbeiter der Rehabilitationseinrichtung ausgerichtet ist.

Die Verantwortung für die Fort- und Weiterbildung liegt beim jeweiligen Vorgesetzten. Es erfolgt eine jährliche Erfassung der Fort- und Weiterbildungswünsche und –Notwendigkeiten in den Mitarbeitergesprächen und durch eine Erhebung durch die Abteilungsleitungen. Hierzu gehören insbesondere die Förderung der einzelnen Teilnehmer gemäß Betriebsvereinbarung und die Freistellung der Teilnehmer analog dem saarländischen Weiterbildungsgesetz. Der Bedarf an Fort- und Weiterbildung wird an die Planungsgruppe zur Fort- und Weiterbildung gemeldet, die bei entsprechendem Bedarf Angebote über das Lehrinstitut macht. Jeder der Punkte sammeln muss, ist verpflichtet für die notwendige Fort- und Weiterbildung eigenverantwortlich zu sorgen. Für die Pflegekräfte wurde intern ein Nachweisheft eingeführt. Die leitenden Ärzte überprüfen bei den Fachärzten das erforderliche Fortbildungszertifikat gem. § 5 der Fortbildungsordnung der Ärztekammer des Saarlandes. Für die Teams wird Supervision angeboten. Über einen internen Veranstaltungskalender werden weitere Fortbildungen angeboten.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

In einer Betriebsvereinbarung ist die finanzielle Förderung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen geregelt, die Kostenerstattung in der Verfahrensweisung Fort- und Weiterbildung – Antragstellung und Nachbereitung. Das Budget wird im Rahmen des Wirtschaftsplanes durch den Verwaltungsdirektor vorgegeben. Die Mittelverteilung wird entsprechend der Betriebsvereinbarung, der Bedarfsermittlung und den Vorgaben der Leistungsträger durchgeführt.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Die hauseigene Bibliothek verfügt über ein umfassendes Angebot an Fachliteratur und Zeitschriften. Eine Literaturliste ist für die Mitarbeiter im Intranet einsehbar. Bestellungen können jederzeit an die Bibliothek geleitet werden. Die Konferenzräume sind mit einem Beamer ausgestattet, darüber hinaus können Laptops über die EDV-Abteilung und Beamer für Präsentationen über die Bibliothek ausgeliehen werden. Jeder Mitarbeiter hat Zugriff auf ein zertifiziertes Pflegefort- und Weiterbildungssystem.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

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

Den Kliniken Sonnenberg angegliedert ist ein zertifiziertes Lehrinstitut für Gesundheitsberufe. Das Lehrinstitut bietet folgende Ausbildungen an: Ergotherapie, Physiotherapie, Heilerziehungspflege, Gesundheits- und Krankenpflege, Krankenpflegehilfe Altenpflege/Altenpflegehilfe, Podologie, Stationsassistenten.

Daneben bietet das Lehrinstitut das freiwillige soziale Jahr FSJ an. Andere Fort- und Weiterbildungslehrgänge sind u. a. Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichentherapeut, Sozialtherapeut, Fachpflege Psychiatrie, Hygienebeauftragte in Pflegeeinrichtungen, Praxisanleiter.

Es findet in Abhängigkeit von dem jeweiligen Berufsfeld mindestens 2 x im Jahr ein Praxisanleitertreffen zum Informationsaustausch und zur Weiterbildung der Anleiter statt. Die Praxisanleiter werden pädagogisch (Praxisanleiterkurs) und fachlich geschult. Schüler erhalten einen Aufgabenkatalog, der den Ablauf der praktischen Ausbildung regelt und festlegt. Die Einrichtungen nehmen Auszubildende aus den Ausbildungsbereichen zum Praktikum auf.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung der Rehabilitationseinrichtung berücksichtigt.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

In der Rehabilitationseinrichtung wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt.

Gemäß den Unternehmensgrundsätzen und dem Leitbild sind alle Leitungsebenen angehalten einen kooperativen Führungsstil zu praktizieren. Überzeugen durch vorbildliches Handeln ist die Grundlage unserer Führung. Durch Delegieren wird die Eigenverantwortung der Mitarbeiter gestärkt. Der Einbezug der verantwortlichen Mitarbeiter erfolgt im strategischen Planungsprozess.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

In den Einrichtungen gibt es seit über 25 Jahren ein elektronisches Echtzeiterfassungssystem. In einer Betriebsvereinbarung ist die Dienstplangestaltung für die Pflege geregelt. Für die übrigen Berufsgruppen gilt eine flexible Arbeitszeitgestaltung die durch das Zeiterfassungssystem aufgezeichnet wird. Im mit dem Betriebsrat vereinbarten Rahmen entsprechend der Dienstanweisung entscheidet der Mitarbeiter über seine tatsächliche Anwesenheitszeit. Gesetzliche und tarifvertragliche Vorschriften werden beachtet. Die Arbeitszeit der Vollzeitbeschäftigten verteilt sich, je nach Bereich, auf eine 5 - 6 Tage pro Woche. Teilzeitbeschäftigte haben, je nach Vertragsumfang und persönlicher Priorität, eine Verteilung von 1 - 6 Tagen pro Woche. Im Pflegedienst ist die betriebsübliche Arbeitszeit rund um die Uhr zu gewährleisten und wird über Dienstpläne gesteuert. Die Mitarbeiter gestalten die Dienstpläne aktiv mit.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch/effizient auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Es gibt für alle Berufsgruppen Einarbeitungskonzepte, die Handhabung ist in einer Verfahrensweisung geregelt. Alle Mitarbeiter erhalten bei der Einstellung von der Personalabteilung eine Einführungsmappe mit den jeweils aktuellen Informationen zu den SHG-Einrichtungen (Unternehmensgrundsätze, Anschreiben des Betriebsrates, des Betriebsarztes, des Sicherheitstechnikers, des Datenschutzbeauftragten, der Hygienefachkraft und des Brandschutzbeauftragten).

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.

Mitarbeitervorschläge werden von dem BVW-Beauftragten (Betriebliches Vorschlagswesen) entgegengenommen, bearbeitet und dem Bewertungsausschuss vorgelegt. Bei positiver Beurteilung durch den Bewertungsausschuss werden die Vorschläge umgesetzt entsprechend der in der Verfahrensweisung festgelegten Kriterien.

3 Sicherheit in der Rehabilitationseinrichtung

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Die Rehabilitationseinrichtung gewährleistet eine sichere Umgebung für die Rehabilitanden.

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

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

Der Arbeitsschutz erwächst aus der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers und dient dem Schutz der Mitarbeiter durch gezielte Maßnahmen. Gemäß Arbeitssicherheitsgesetz sind Fachkräfte für Arbeitssicherheit, ein Betriebsarzt, sowie Sicherheitsbeauftragte bestellt. Der Arbeitsschutz, sowie der viermal jährlich tagende Arbeitsschutzausschuss werden durch die Stabstelle wahrgenommen. Betriebsbegehungen werden 2jährlich durchgeführt. Die Ergebnisse der Begehungen werden dokumentiert und entsprechend der Verfahrensanweisung zum Umgang mit den Begehungsberichten der Abteilung Arbeitsschutz, Umwelt, Brandschutz und Betriebsärztlicher Dienst bearbeitet. Anhand eines Personal-Laufzettels ist jeder neue Mitarbeiter zu Beginn seiner Tätigkeit zur Teilnahme an der Erstunterweisung im Bereich Arbeitsschutz, Brandschutz, Umwelt und Entsorgung verpflichtet. Die medizinischen Geräte werden durch eine zertifizierte Firma überwacht.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

In der Rehabilitationseinrichtung wird ein Verfahren zur Regelung des Brand-schutzes angewandt.

Der vorbeugende Brandschutz dient dem Schutz und der Sicherheit von Rehabilitanden und Mitarbeitern. Dazu werden organisatorische Vorkehrungen getroffen und jährlich Übungen und Schulungen durchgeführt.

Flucht- und Rettungswegepläne sind erarbeitet und ausgehängt.

Feuerwehrpläne sind erstellt. Flucht und Rettungswegpläne sind an den erforderlichen Stellen ausgehängt. Das Verzeichnis der Hydranten ist aus den Feuerwehrplänen zu ersehen. Es gibt mit einer Firma einen Wartungsvertrag für die Brandmeldeanlage. Ein Brandschutzbeauftragter ist bestellt.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

In der Rehabilitationseinrichtung wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.

Zur Sicherstellung des Einsatzes hat der Brandschutzbeauftragte in Abstimmung mit der Feuerwehr Notfall- und Alarmierungspläne erarbeitet. Entsprechende Verfahrensanweisungen liegen dem Verwaltungsdirektor, der PDL und den zuständigen Behörden vor. Externe Katastrophenschutzpläne sind mit dem Amt für Brand- und Zivilschutz abgestimmt und stehen den Mitarbeitern auf der Informationsplattform zur Verfügung.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

In der Rehabilitationseinrichtung wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Das Notfallmanagement ist durch eine Verfahrensanweisung / Standard geregelt. Beim Auftreten eines medizinischen Notfalls wird umgehend das Pflegepersonal verständigt. Das Pflegepersonal verständigt den Arzt und beginnt umgehend mit Notfall-/Reanimationsmaßnahmen. Am Abend und an den Wochenenden wird, über die an jedem Telefon in den Einrichtungen zu findende Notrufnummer, der Arzt vom Dienst und bei vitaler Bedrohung die Rettungsleitstelle verständigt.

3.1.5 Gewährleistung der Rehabilitandensicherheit

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

Es erfolgt eine Dokumentation der regelmäßig stattfindenden Hygiene-, Brandschutz- und Arbeitssicherheitsbegehungen in Form von Protokollen, ebenso die Medikamenten-Überprüfungen durch die SHG Zentralapotheke. Arzneimittel, die dem BTMG unterliegen, werden zusätzlich monatlich durch die ärztliche Leitung überprüft und dies im BTM-Buch dokumentiert. Die medizinischen Geräte werden von einer zertifizierten Firma überprüft und gewartet. Die Elektrogeräte werden nach DGUV Vorschrift 3 geprüft.

3.2 Hygiene

In der Rehabilitationseinrichtung wird ein systematisches, einrichtungswertes Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.

3.2.1 Organisation der Hygiene

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

Zuständig für die Umsetzung und Einhaltung des Hygienekonzeptes (Hygieneorganisationshandbuch) sind die leitenden Ärzte, die Pflegedirektorin, der Verwaltungsdirektor, die Hygienekommission, der hygienebeauftragte Arzt und die Hygienefachkraft. In den Einrichtungen gibt es benannte Hygienebeauftragte in der Pflege. Eine Zusammenarbeit mit einem externen Hygieniker findet statt.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerrelevanter Daten

Für die Analyse hygienerrelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden einrichtungswert hygienerrelevante Daten erfasst.

Im Hygieneordner sind Formulare zur Infektionsprävention hinterlegt. Gemeldete hygienerrelevante Daten werden nach § 23 IfSG von der Hygienefachkraft erfasst und für die Hygienekommission statistisch ausgewertet. Ein Meldeformular für Gastroenteritiden - Ausbrüche sowie das Meldeformular zur Meldung von Infektionen nach dem Infektionsschutzgesetz für das Gesundheitsamt stehen zur Verfügung.

3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

Hygiesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Die Verantwortlichkeiten sind gemäß der saarländischen Krankenhaushygieneverordnung (SKHygVO) geregelt. Die Planungen zu hygiesichernden Maßnahmen sind im Hygieneorganisationshandbuch, (Hygienekonzept) beschrieben. Hygiesichernde Maßnahmen werden in Form des Hygiene- und Desinfektionsplans, durch Schulungsmaßnahmen und Begehungen gesichert. Die Überwachung der Einhaltung der Hygiene- und Desinfektionspläne wird in Zusammenarbeit mit der Hygienefachkraft, dem hygienebeauftragten Arzt und den leitenden Ärzten durchgeführt.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden einrichtungsweit eingehalten.

Die Hygienefachkraft ist für die Erstellung und Aktualisierung der Hygienepläne verantwortlich. Verbindlich werden die Hygienepläne durch die Zustimmung der Einrichtungsleitungen. Die im Hygieneplan beschriebenen Handlungsanweisungen sind unter Berücksichtigung der Vorgaben des Robert-Koch-Institutes, der TRBA 250, der gültigen DIN EU-Normen und Gesetzesvorgaben erstellt worden. Alle Mitarbeiter haben die Kenntnisnahme der Inhalte des Hygieneorders auf einer Unterschriftenliste bestätigt, bzw. sind durch die Verfahrensanweisung Informationspflicht Curator/Intranet verpflichtet sich regelmäßig über Neuerungen im Curator zu informieren. Darüber hinaus wird im Rahmen des Einarbeitungskonzeptes auf die Inhalte des Hygieneorders und des Curators verwiesen.

3.3 Bereitstellung von Materialien

Von der Rehabilitationseinrichtung werden die für die Rehabilitandenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Blut- oder Blutprodukte werden in den Einrichtungen nicht verwendet. Die Bestellung von Arzneimitteln erfolgt über das Intranet bei der Zentralapotheke der SHG-Kliniken durch dazu autorisierte Ärzte und Medizinprodukte zentral über das Tochterunternehmen Apolog. Die Bestellung von Arzneimitteln die dem BTM-Gesetz unterliegen erfolgt gemäß der Verfahrensanweisung Betäubungsmittel.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung und Anwendung von Arzneimitteln.

Die Belieferung mit Arzneimitteln erfolgt durch die Zentralapotheke der SHG-Kliniken. Eine zentrale Arzneimittelkommission, die zweimal jährlich tagt, ist eingerichtet. Die Anwendung von Arzneimitteln erfolgt stets zielgerichtet. Mit Arzneimitteln wird ein wirtschaftlicher Umgang gepflegt, die Bestellmodalitäten sind in dem Standard Apothekenbestellung geregelt. Die Rehabilitanden erhalten ihre Medikamente zum

richtigen Zeitpunkt in der angeordneten Dosierung entsprechend dem Standard „Medikamentenanordnung“. Verschiedene Anweisungen regeln den Umgang mit Arzneimitteln (z. B. Betäubungsmittelgesetz). In den Pflegestützpunkten werden die Bestände einmal monatlich auf das Verfallsdatum überprüft. Die Prüfungen werden dokumentiert. Die Medikamente sind in einem abschließbaren Schrank gelagert, kühl zu lagernde Medikamente werden in einem separaten, ebenfalls abschließbaren Kühlschrank aufbewahrt. Angebrochene Medikamente werden gesondert markiert. Ein Tresor für Medikamente, die unter das BTM-Gesetz fallen, ist vorhanden.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung und Anwendung von Blut und Blutprodukten.

In unserer Klinik werden keine Blut- und Blutprodukte verabreicht.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

In der Dienstanweisung für Zwischenfälle/Risiken bei Arzneimitteln und Medizinprodukten sind das Vorgehen bei Zwischenfällen und der Meldeweg geregelt. Für Sterilgut gibt es eine Verfahrensanweisung, in welcher der Einsatz von sterilen Instrumenten aller Art geregelt ist. Im Organisationshandbuch als Bestandteil des vereinfachten Gerätebuches sind Meldepflicht und Meldeweg für besondere Vorkommnisse/Beinahe Vorkommnisse geregelt.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

In der Rehabilitationseinrichtung existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Die Schonung der Ressourcen und der Umwelt sind unser Ziel. Die Verantwortung liegt bei den Abteilungsleitern Arbeitsschutz- und Umwelt und Technik. Ein Abfallbeauftragter ist bestellt. Eine kontinuierliche Verbesserung der Abfallvermeidung und Abfalltrennung nach dem Abfallwirtschaftskonzept wird praktiziert. Restmüll wird dem Gemeinwohl verträglich entsorgt. Durch ein ausgeklügeltes Gebäudeleitsystem wird der Energieverbrauch (Wasser, Elektrizität, Gas) gesenkt. Ein AK "Umwelt" beschäftigt sich konzernweit mit der Thematik.

4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Rehabilitandendaten

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Rehabilitandendaten sicherstellt.

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Rehabilitandendaten

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

Es gibt eine von der Geschäftsführung vorgegebene konzernweite Dienstanweisung zur Dokumentation. Sie regelt die ärztliche, pflegerische und therapeutische Dokumentation, die Aufbewahrungsdauer und die Einsichtsrechte. Nach Abschluss der Behandlung werden die Akten digitalisiert und stehen im Rehabilitandendokumentationssystem zugriffsberechtigten Mitarbeitern zur Verfügung. Jede Akte ist nach einem festgelegten Schema sortiert.

4.1.2 Dokumentation von Rehabilitandendaten

Von der Rehabilitationseinrichtung wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Rehabilitandendaten gewährleistet.

Die Dienstanweisung zur Dokumentation wurde erstellt mit dem Ziel einer leserlichen, allen gesetzlichen Anforderungen und den Anforderungen der Rentenversicherungsträger entsprechenden Dokumentation sicher zu stellen. Labordaten und Ergebnisse technischer Untersuchungen wie z. B. Röntgen, EKG, Sonographie werden im Rehabilitandendokumentationssystem elektronisch bereitgestellt. Die relevanten Informationen werden von allen Mitarbeitern vollständig in den Akten dokumentiert. Im Rehabilitandendokumentationssystem sind die Zugangs- und Bearbeitungsrechte für jeden einzelnen Mitarbeiter geregelt. Die Rehabilitandenakten in Papierform befinden sich im Pflegestützpunkt, der rund um die Uhr besetzt ist, so dass für befugte Mitarbeiter die Möglichkeit der Dokumentation und im Bedarfsfall der Zugriff auf die Daten jederzeit gegeben ist.

4.1.3 Verfügbarkeit von Rehabilitandendaten

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Rehabilitandendokumentation zu gewährleisten.

Es gibt eine Akte mit allen diagnostischen, therapeutischen, medizinischen und pflegerischen Inhalten. Sowohl auf die Dokumente der Papierakte als auch auf die elektronische Akte besteht für alle berechtigten Mitarbeiter ständige Zugriffsmöglichkeit. Der Zugriff auf die archivierten Rehabilitandenakten ist für alle berechtigten Mitarbeiter rund um die Uhr möglich. Akten die aus dem Pflegestützpunkt entnommen werden, ohne dass ein direkter Rehabilitandenkontakt besteht, werden auf einer Liste dokumentiert.

4.2 Informationsweiterleitung

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung der Informationen gewährleistet.

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Einrichtungsbereichen.

Die Rehabilitationseinrichtungen stellen durch strukturierte berufsgruppenübergreifende Besprechungen eine kontinuierliche Informationsweitergabe sicher. Es gibt Geschäftsordnungen und Protokolle für alle Besprechungen. Die technische Infrastruktur unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen wird genutzt, um einen weiteren Informationsaustausch sicherzustellen. Über das Intranet/ ist es möglich, klinik- und konzernübergreifende Informationen abzufragen.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

Zentrale Auskunftsstellen in der Rehabilitationseinrichtung werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.

Zentrale Auskunftsstellen sind die Aufnahmekoordinatoren und die Sekretariate, sowie im ATZ/RPK die Internatsleitung. Eine Vertretung ist festgelegt. Von dort erfolgt die Weiterleitung an die zuständigen Stellen zur Bearbeitung. Anfragen außerhalb der Kernarbeitszeit werden entweder durch die Mitarbeiter des Pflegestützpunktes aufgenommen oder auf einem Anrufbeantworter registriert und am nächsten Arbeitstag bearbeitet. Zentrale Auskunftsstellen sind auf dem aktuellen Informationsstand

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Die Rehabilitationseinrichtung informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Es wird ein jährlicher Fortbildungskalender für Personal und interessierte Dritte zu fachspezifischen Themen erstellt. Es besteht ein regelmäßiger Kontakt und Austausch mit Psychiatrischen Abteilungen. Es finden regelmäßige Besprechungen mit den Leistungsträgern statt. Es werden fortlaufend Fachbeiträge in Presse, Rundfunk und Fernsehen veröffentlicht. Es werden zweiwöchentliche Infotermine im ATZ und wöchentliche Infotermine in der Fachklinik für Interessierte angeboten. Bei Bedarf werden Einzeltermine vereinbart. Die ärztliche Leitung des ATZ ist einmal jährlich als Referentin für integrierte psychiatrische Die Einrichtungen sind in den Fachverzeichnissen aufgeführt

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Daten und Informationen, insbesondere von Rehabilitanden, werden in der Rehabilitationseinrichtung durch verschiedene Maßnahmen geschützt.

Die Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen ist sichergestellt. Ein externer Datenschutzbeauftragter sowie ein Ansprechpartner für den Datenschutz sind bestellt. Es finden regelmäßige Begehungen statt. Der interne Zugriff auf das KIS und andere Anwendungen sind durch die Vergabe von Berechtigungen nach dem Need-to-Know-Prinzip hierarchisch geregelt und durch entsprechende Zu-

gangsmechanismen wie Eingabe von Passwörtern gesichert. Ein direkter Zugriff durch Externe ist grundsätzlich nicht möglich.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

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

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

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

<

Die EDV-Informationstechnik ist gesichert. EDV- Systeme werden hochverfügbar eingesetzt mit dem Ziel der vollständigen digitalen Krankenakte. Der Betrieb der EDV- Systeme liegt in der Verantwortung der EDV-Abteilung unterstützt von externen Dienstleistern. Ausfallkonzepte sind implementiert. Sicherungssysteme sind definiert, Firewall-lösungen zum Schutz vor Netzangriffen etabliert. Den Umgang mit der externen Datenkommunikation regelt eine Benutzerleitlinie.

Für die Nutzer existiert ein abgestuftes Rechtekonzept. Telemedizin ist in den Kliniken über RIS/PACS im Einsatz.

Die klinischen und verwaltungstechnischen Bereiche sind an das Netzwerk Das EDV- System ist 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr nutzbar.

Die EDV-Abteilung steht zu den regulären Dienstzeiten per (Funk)Telefon zur Verfügung. Ein Bereitschaftsdienst ist eingerichtet. Das Projekt „Orbis Reha Anpassung“ wird weitergeführt.

5 Führung der Rehabilitationseinrichtung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

Die Rehabilitationseinrichtung entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Die Rehabilitationseinrichtung entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

Ausgehend von den Unternehmensgrundsätzen wurde auf Konzernebene ein gemeinsamer Rahmen für die Entwicklung des Leitbildes der Einrichtungen festgelegt. Innerhalb dieser Struktur hatten die Mitarbeiter die Möglichkeit, Vorschläge zu erarbeiten und sich an der inhaltlichen Diskussion zu beteiligen. Alle 3 Jahre sind alle Mitarbeiter aufgefordert das Leitbild zu prüfen und ggf. Änderungsvorschläge zu erarbeiten.

5.2 Zielplanung

Die Rehabilitationseinrichtung entwickelt eine Zielplanung und steuert deren Umsetzung.

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

Die Rehabilitationseinrichtung entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese zur Steuerung ihrer Handlungen.

Es wird eine jährliche Zielplanung, einschl. der Qualitätsziele vorgenommen, Abteilungsziele werden dabei berücksichtigt. Das Strategieteam analysiert die Ergebnisse aus den Begehungen, der Rehabilitanden-, Mitarbeiter-, Zuweiserbefragungen. Es analysiert die Rehabilitandenstruktur, die betriebswirtschaftlichen Ergebnisse, die Ergebnisse aus externer Qualitätssicherung, des Beschwerdemanagements, des Vorschlagswesens und die Komplikationsrate (Abbrüche). Aus diesen Daten und den Vorschlägen aus den Abteilungen entwickelt das Strategieteam die jährliche Zielplanung. Die Marktentwicklung wird dabei berücksichtigt und auf veränderte Nachfragen wird durch die Entwicklung neuer Angebote oder Konzepte reagiert. Vorhandene kooperative Strukturen werden genutzt (niedergelassene Ärzte, andere Krankenhausträger) und Anregungen der Leistungsträger umgesetzt.

5.2.2 Festlegung der Einrichtungsprozesse

Einrichtungsprozesse und Organisationsstruktur der Rehabilitationseinrichtung sind festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

In den Konzeptionen sind die Einrichtungsprozesse festgelegt und beschrieben. Die Konzeptionen werden von den Leistungsträgern geprüft und sind die Grundlage des Versorgungsvertrages. Die Konzeptionen werden alle 3 Jahre bzw. nach Bedarf geprüft und korrigiert und ggf. ergänzt. Die Konzeption des ATZ/RPK wurde nach Inkrafttreten der 2. RPK-Empfehlungsvereinbarung neu erarbeitet, im Kuratorium

mit den dort vertretenen Leistungsträgern abgestimmt. Ebenso fand eine Korrektur und Freigabe der Gesamtkonzeption und der BVB-Konzeption mit der Bundesagentur für Arbeit statt.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Der Verwaltungsdirektor legt notwendige Investitionen in einem Finanz- und Investitionsplan fest, der Bestandteil des jährlichen Wirtschaftsplanes ist. Die Planung umfasst ein Jahr und wird durch die Geschäftsführung und danach durch den Aufsichtsrat der SHG-Gruppe freigegeben. Die Investitionen für die einzelnen Abteilungen werden in den Abteilungsbesprechungen festgestellt und nach Besprechung im Leitungsteam mit in den Finanz- und Investitionsplan übernommen. Längerfristige Sonderplanungen sind in den Planungen berücksichtigt

5.3 Sicherstellung einer effizienten Einrichtungsführung

Die Rehabilitationseinrichtung wird mit dem Ziel der Sicherstellung der Rehabilitandenversorgung effizient geführt.

5.3.1 Sicherstellung einer effizienten Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Die Gremienarbeit ist durch Geschäftsordnungen strukturiert und koordiniert. Eine effektive Arbeitsweise wird dadurch gewährleistet, dass die Aufgabenbereiche klar definiert sind. Die Besprechungen sind in einem Besprechungsplan festgelegt. Es werden für alle Besprechungen Protokolle erstellt. Die Qualitätsmanagementbeauftragte kontrolliert an Hand der vorliegenden Protokolle die ordnungsgemäße Durchführung der Gremien.

5.3.2 Sicherstellung einer effizienten Arbeitsweise innerhalb der Einrichtungsführung

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Einrichtungsführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Im Organigramm sind die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten in den Einrichtungen klar geregelt. Der Verwaltungsdirektor, die leitenden Ärzte, die therapeutischen Leitungen und die Pflegedirektorin sind Mitglieder in allen Leitungsgremien. Die Gremienarbeit ist durch Geschäftsordnungen strukturiert und koordiniert. Eine effektive Arbeitsweise wird dadurch gewährleistet, dass die Aufgabenbereiche klar definiert sind.

5.3.3 Information der Einrichtungsführung

Die Einrichtungsführung informiert sich regelmäßig über die Entwicklungen und Vorgänge in der Rehabilitationseinrichtung und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Die ärztlichen Leitungen und die Abteilungsleitungen sind in allen Leitungsgremien vertreten und dadurch immer auf dem aktuellen Informationsstand.

Anhand der Daten aus dem internen Qualitätsmanagement und der externen Qualitätssicherung werden vom Strategieteam Maßnahmen initiiert. Der Lenkungsausschuss als Koordinations- und Organisationsgremium ist für die konkrete Planung zuständig und kontrolliert die Maßnahmen. In Bezug auf das Risikomanagement ist ein Critical Incident Reporting System (CIRS), ein Meldesystem (Riskop) zur Erfassung von Zwischenfällen und Beinahe-Vorkommnissen, sowie ein Reportingsystem implementiert. Ein Auswertungsteam ist eingesetzt. Die aktuellen Ergebnisse sind fortlaufend in Riskop für alle Mitarbeiter einsehbar und werden jährlich im Strategieteam bewertet.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Dem Leitbild und den Unternehmensgrundsätzen entsprechend wird eine vertrauensvolle Zusammenarbeit gefördert, z. B. durch Mitarbeitergespräche, durch Mitarbeiterbefragungen, durch Anerkennung und Wertschätzung in Teambesprechungen und im persönlichen Kontakt.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

Rechte und Ansprüche von Rehabilitanden, Angehörigen und Bezugspersonen werden einrichtungsweit respektiert und berücksichtigt.

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

In der Rehabilitationseinrichtung werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Im Leitbild ist für alle Mitarbeiter ein verbindlicher Orientierungsrahmen vorgegeben. Im Mittelpunkt unseres Handelns stehen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit ihren individuellen Biographien, Persönlichkeiten, sozialen Bezügen, Berufs- und Arbeitserfahrungen. Durch wertschätzenden Umgang miteinander schaffen wir die Voraussetzung für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit. Die Möglichkeit der Zuziehung eines Seelsorgers und des Patientenfürsprechers wird angeboten. Ein Mitarbeiter aus den Reha-Einrichtungen ist Mitglied im Ethikkomitee. Ethische Fragestellungen werden im Team besprochen und in der Rehabilitandenakte fallbezogen dokumentiert. Im ATZ/RPK werden seit 2014 ethische Fragestellungen zusätzlich von der ärztlichen Leitung gesammelt und zur jährlichen Bewertung an das Strategieteam weitergeleitet. Die bisherigen Fragestellungen bezogen sich auf Umgang mit Suizidalität und fehlender Medikamentencompliance, sowie in der Fachklinik auf die Themenfelder Fürsorge versus Autonomie, Datenschutz und Wahrung von Interessen Dritter und Einleitung freiheitseinschränkender Maßnahmen.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Rehabilitanden

In der Rehabilitationseinrichtung werden Bedürfnisse sterbender Rehabilitanden und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt.

Sterbende Patienten kommen in unserer Klinik nicht vor.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

In der Rehabilitationseinrichtung gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.

In Anlehnung an den interdisziplinären Standard zur Sterbebegleitung ist der Umgang mit Verstorbenen geregelt. Die Checkliste zum Umgang mit Verstorbenen und ihren Angehörigen in dem interdisziplinären Standard zur Sterbebegleitung steht zur Verfügung, ebenso die AWMF-Leitlinie "Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau". Für die Fachklinik wurde ein Standard „Umgang mit Verstorbenen“ erarbeitet.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

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

6.1.1 Einbindung aller Einrichtungsbereiche in das Qualitätsmanagement

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

Die Einrichtungen haben ein umfassendes Qualitätsmanagement als unverzichtbare Grundlage für die Weiterentwicklung und Zukunftssicherung der Häuser festgelegt. Langfristige Qualitätsziele sind definiert. Der Lenkungsausschuss ist als Steuerungsinstrument der Qualitätspolitik gebildet und definiert die Qualitätsziele. Der Lenkungsausschuss ist die Koordinations-, Planungs-, Controlling- und Steuerungsinstanz sämtlicher Qualitätsmanagement-Aktivitäten und -Projekte im Sinne des PDCA-Zyklus. Alle Mitarbeiter sind in die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des QM-Systems aktiv eingebunden.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Die Rehabilitationseinrichtung entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zur Erreichung von Qualitätszielen um.

Die umfassenden Qualitätsziele sind festgelegt und orientieren sich an den Unternehmensgrundsätzen des Konzerns und den Leitbildern der Einrichtungen. Die langfristigen und kurzfristigen Qualitätsziele werden im Strategieteam festgelegt. Für die Umsetzung der notwendigen Optimierungsmaßnahmen ist das Leitungsteam verantwortlich. Die Qualitätsziele orientieren sich an dem Versorgungsauftrag, den gesetzlichen Vorgaben, den Strukturvorgaben der Leistungsträger, an den Ergebnissen der Befragungen intern und an den Auswertungen der Leistungsträger, sowie den regionalen und überregionalen Entwicklungen im Gesundheitswesen. Die Umsetzung erfolgt durch die tägliche Arbeit und im Rahmen von Projekten. Verantwortlich für die Koordination, Planung, Controlling und Steuerung ist der Lenkungsausschuss.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Die Organisationsstruktur ist in einem Organigramm dargestellt und in den Geschäftsordnungen des Lenkungsausschusses, des Strategieteams, des Leitungsteams, der Abteilungsbesprechungen, der

Gesamtteams und dem Besprechungsplan klar beschrieben. Im Grundsatzbeschluss ist das umfassende Qualitätsmanagement schriftlich gefasst und die Verantwortung und Verpflichtung der Leitung für das QM festgelegt. Die Qualitätsmanagementbeauftragte ist als Stabstelle dem Verwaltungsdirektor direkt unterstellt.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

In der Rehabilitationseinrichtung werden regelmäßig und systematisch Methoden der internen Qualitätssicherung angewandt.

Die Auswertung der systematisch durchgeführten Befragungen (, der Begehungen, des Beschwerdemanagements und der wirtschaftlichen Daten (sind die Grundlagen der internen Qualitätssicherung. In jährlich durchgeführten Audits wird die Einhaltung der Dienst-, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, sowie der Standards und der Geschäftsordnungen überprüft. Im Lenkungsausschuss werden Maßnahmen entwickelt. Die Qualitätsmanagementbeauftragte kontrolliert in monatlichen Abständen die Projektentwicklungen und gibt die jeweils aktuellen Projektstände und die Ergebnisse an den Lenkungsausschuss weiter. Die Einhaltung der zeitlichen und inhaltlichen Vereinbarungen wird in den monatlich stattfindenden Lenkungsausschuss-Sitzungen überprüft. Der Lenkungsausschuss ist die Koordinations-, Planungs-, Controlling- und Steuerungsinstanz sämtlicher Qualitätsmanagement-Aktivitäten und -Projekte.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

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

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben.

Es gibt eine fortlaufende Belegungs- und Auslastungsstatistik. Es gibt eine Beschwerdemanagementstatistik in der alle Beschwerden fortlaufend erfasst werden. Es wird zweimal jährlich eine Befragung der Rehabilitanden zur Aufnahmesituation durchgeführt. Es wird eine fortlaufende Zufriedenheits-Befragung der Rehabilitanden in der letzten Maßnahmewoche zum Aufenthalt in den Einrichtungen durchgeführt. Es wird alle 3 Jahre eine Befragung der Rehabilitanden, die in den letzten 3 Monaten im Haus waren, ca. 4 Wochen nach ihrer Entlassung durchgeführt. Es wird alle 3 Jahre eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Es werden fortlaufend Katamneseerhebungen durchgeführt. Es wird alle 3 Jahre eine Kostenträger-, Zuweiser- und Nachbehandler-Befragung durchgeführt.

Es gibt eine monatliche Erfassung der Entlassungen. Es werden jährlich die Anzahl und die Maßnahmen zu Notfällen, besonderen und Beinaheereignissen sowie Unfälle und Stürze erfasst und bewertet. Die Zufriedenheit der Rehabilitanden, Mitarbeiter, Lieferanten, Zuweiser, Nachbehandler und Leistungsträger steht entsprechend dem Leitbild und den Unternehmensgrundsätzen im Vordergrund.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

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

Die Geschäftsführung hat festgelegt, dass eine Rehabilitanden- und Mitarbeiterbefragung ent-

sprechend der benannten Qualitätsziele einheitlich, standardisiert und mit Benchmark-Möglichkeit in allen SHG-Einrichtungen durchgeführt wird. Die Auswertungen der Befragungen wurden von der Geschäftsführung bei externen Dienstleistern in Auftrag gegeben, durch das zentrale QM vorbereitet und in Zusammenarbeit mit den örtlichen Beauftragten im Abstand von 3 Jahren durchgeführt. Es erfolgt eine kontinuierliche Rehabilitandenbefragung mit Zufriedenheitsfragebögen, ebenso eine Befragung der Rehabilitanden zur Aufnahmesituation 2-mal jährlich. Katamnesebefragungen werden durchgeführt. Eine Befragung der Kostenträger-, Zuweiser- und Nachbehandler erfolgt alle 3 Jahre. Eine Befragung der „neuen“ Mitarbeiter und der Mentoren zum Einarbeitungskonzept wird alle 3 Jahre durchgeführt, ebenso eine Befragung aller Mitarbeiter zum Leitbild.

6.3.3 Umgang mit Rehabilitandenwünschen und Rehabilitandenbeschwerden

Die Rehabilitationseinrichtung berücksichtigt Rehabilitandenwünsche und -beschwerden.

Es gibt ein strukturiertes Beschwerdemanagementsystem mit einer entsprechenden Verfahrensanweisung. Hier ist geregelt, dass Beschwerdeformulare für die Rehabilitanden, Mitarbeiter und sonstige Kunden leicht zugänglich im Haus ausliegen. Der Beschwerdebearbeiter muss innerhalb von 4 Arbeitstagen mit einem Schreiben bzw. einem persönlichen Gespräch auf die Beschwerde reagieren. Nach dem die Beschwerde bearbeitet ist, wird das Ergebnis auf der Rückseite des Beschwerdeformulars durch den Beschwerdebearbeiter dokumentiert, die Dokumentation geht an die Qualitätsmanagementbeauftragte, die eine statistische Erfassung vornimmt und dem Strategieteam zur Bewertung vorlegt.