



Orthopädisches Zentrum

Martin-Ulbrich-Haus Rothenburg gGmbH

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



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 1.1 für Rehabilitationseinrichtungen

Rehabilitationseinrichtung:	Klinik für Rehabilitation Orthopädischen Zentrum Martin-Ulbrich-Haus Rothenburg gGmbH
Institutionskennzeichen:	511421114
Anschrift:	Horkaer Strasse 15-21 02929 Rothenburg (OL)
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2015-0012 RH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	SAMA Cert GmbH, Stuttgart
Gültig vom:	04.03.2015
bis:	03.03.2018

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kriterien	8
1 Rehabilitandenorientierung in der Rehabilitationseinrichtung	8
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	13
3 Sicherheit in der Rehabilitationseinrichtung	15
4 Informationswesen	17
5 Führung der Rehabilitationseinrichtung	19
6 Qualitätsmanagement	21

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 Visitorteam eine externe Prüfung der Rehabilitationseinrichtung – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

¹ zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, 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 die **Klinik für Rehabilitation des Orthopädischen Zentrums Martin-Ulbrich-Haus Rothenburg gGmbH** 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

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,



Herr Jörg Ruppert
Geschäftsführer



Herr Dr. med. Torsten Menzel
Leitender Chefarzt



Frau Dr. med. Kristina Engelbert
Leitende Oberärztin der Klinik

Wir freuen uns, Ihnen den Qualitätsbericht der Klinik für Rehabilitation des Orthopädischen Zentrums Martin-Ulbrich-Haus Rothenburg gGmbH präsentieren zu können. Das Orthopädische Zentrum erfüllt laut Versorgungsvertrag komplexe Aufgaben der akuten, rehabilitativen und ambulanten Behandlung auf dem Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie. Es besteht aus einer Fachklinik für Orthopädie, der Klinik für Rehabilitation, einem Wohnpflegeheim* für Schwerstkörperbehinderte und einer Tagespflegeeinrichtung*.

Die Klinik für Rehabilitation ist die einzige Einrichtung dieser Art im ostsächsischen Raum. Die wohnortnahe ruhige Lage der Klinik in einem parkähnlichen Gelände sowie die überschaubare Größe der Einrichtung (65 Betten, 5 ambulante Behandlungsplätze) sichern dem Patienten eine Betreuung in familiärer Atmosphäre sowie eine individuelle physiotherapeutische und krankengymnastische Behandlung.



Das Alleinstellungsmerkmal einer Einheit aus Fachklinik für Orthopädie und einer Klinik für Rehabilitation in unmittelbarer Nachbarschaft sichert unseren Patienten eine Behandlung aus einer Hand. Sowohl die operative Versorgung als auch die anschließende Rehabilitationsbehandlung können Sie im Orthopädischen Zentrum durchführen. Die Behandlungskette ist somit zu keiner Zeit unterbrochen, was die medizinische Sicherheit und die Behandlungsqualität erhöhen. So kommen ca. 80% der Rehabilitanden aus der Fachklinik für Orthopädie zur Anschlussheilbehandlung in unsere Klinik. Durch die Einbindung der Klinik für Rehabilitation im Orthopädischen Zentrum Martin-Ulbrich-Haus gGmbH Rothenburg können wir während Ihres Aufenthaltes ebenso die Betreuung von pflegebedürftigen Angehörigen sicherstellen. Durch die enge Kooperation zu anderen Akutkrankenhäusern in der Region besteht für alle Patienten aus diesen Einrichtungen ebenso die Möglichkeit einer wohnortnahen Rehabilitation in unserer Klinik. Seit 1994 werden in der Klinik Rehabilitationsmaßnahmen (AHB und AHV) durchgeführt.

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Unser Behandlungsspektrum umfasst insbesondere die Weiterbehandlung nach orthopädischen und unfallchirurgischen Operationen und präventive Angebote für Privatzahler.

Im Jahre 2008 wurde der Neubau, zwei Jahre später das sanierte Georgshaus eröffnet. Wir bieten nun allen Rehabilitanden einen gehobenen Hotelstandard in gemütlich und freundlich eingerichteten Einzel- und Doppelzimmern, die mit TV, Telefon und Internetanschluss und WC/Dusche ausgestattet sind.

Die Mitarbeiter der Klinik für Rehabilitation schaffen eine Atmosphäre der Geborgenheit und des Vertrauens. Unser Ziel ist es, unserem Motto gerecht zu werden:



„Wir bringen Sie wieder auf die Beine“

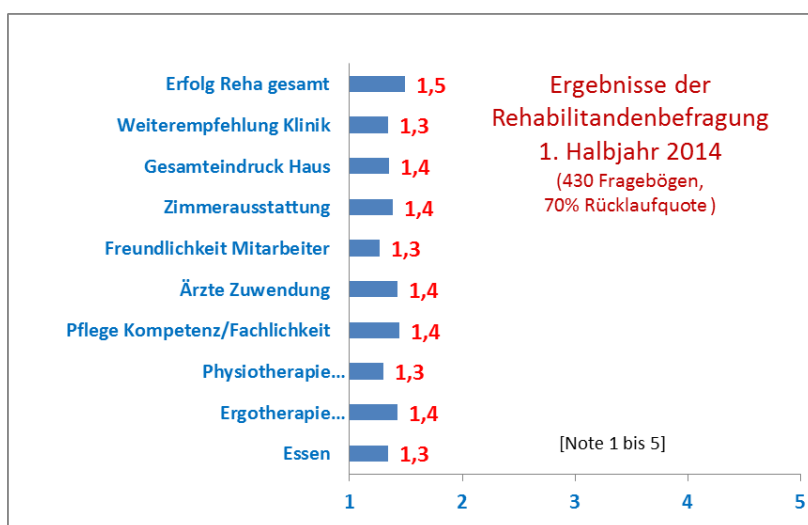


Freundliche und berufserfahrene Mitarbeiter in allen Abteilungen der Klinik sorgen für eine angenehme Atmosphäre im Haus und eine fachkompetente Behandlung. Eine hohe Versorgungsqualität und Zufriedenheit der Rehabilitanden als Ergebnis unserer Leistung stellt das wichtigste Beurteilungskriterium unserer Klinik dar. Fort- und Weiterbildung in internen und externen Schulungen gewährleisten einen hohen Grad an Fachwissen und Motivation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.

Die Abteilung Physiotherapie befindet sich im Neubau der Klinik auf einer Fläche von 1300 Quadratmetern. Wir bieten Ihnen hier umfangreiche Behandlungsmöglichkeiten einschließlich Bewegungsbad, Unterwassermassage und Medizinischer Trainingstherapie.



Sowohl die Ergebnisse der externen als auch der internen Qualitätssicherung ergeben eine hohe Zufriedenheit unserer Rehabilitanden in allen Bereichen der Rehabilitationsbehandlung. In der externen Qualitätssicherung der Gesetzlichen Krankenversicherung (QS Reha[®]) wird der Klinik eine überdurchschnittlich hohe Qualität in der Patientenbetreuung, den therapeutischen Behandlungen, in der Pflege und Nachsorge im Vergleich zu 140 Referenzkliniken bescheinigt. Das spiegelt sich auch in den Ergebnissen der internen Qualitätssicherung wieder. Unsere Rehabilitanden benoten den Rehabilitationserfolg nach ihrem Klinikaufenthalt mit der Note 1,5 und würden die Klinik mit der Note 1,3 weiterempfehlen.



Aus unserem Qualitätsbericht erhalten Sie einen Überblick über das Leistungsspektrum und Einblick in das Qualitätsmanagement unserer Klinik. Sollten Sie Beratung und Betreuung aufgrund einer orthopädischen Erkrankung benötigen, stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Jörg Ruppert
Geschäftsführer

Dr. med. Torsten Menzel
Leitender Chefarzt

Dr. med. Kristina Engelbert
Leitende Oberärztin

Die KTQ-Kriterien

1 Rehabilitandenorientierung in der Rehabilitationseinrichtung

1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung/Therapie sind rehabilitandenorientiert

Auf der Homepage www.klinik-rothenburg.de können Sie sich detailliert über die Behandlungsmöglichkeiten unserer Einrichtung informieren. Nach Anmeldung erhalten Sie im Voraus einen Informationsbrief, den geplanten Aufnahmetermin und die Broschüre "Wissenswertes für Patienten" mit umfangreichen Informationen, die Ihnen die Vorbereitungen auf den Aufenthalt in unserer Einrichtung erleichtern sollen. Wenn Sie Fragen oder Wünsche zu Ihrem Aufenthalt haben, so sind die Mitarbeiter der Einberufung gern behilflich.

1.1.2 Orientierung in der Rehabilitationseinrichtung

Vor der Einrichtung wurden Parkplätze für Kurzparker geschaffen, sodass Sie von ihren Angehörigen direkt vor die Einrichtung gefahren werden und das Gepäck abladen können. Vom Treppenaufgang des Haupteingangs oder vom Fahrstuhl erreichen Sie das Foyer der Einrichtung. Schilder weisen auf die Rezeption (administrative Aufnahme) und den Schwesterndienstplatz hin. Das sind die zentralen Auskunftsstellen. Alle Mitarbeiter stehen Ihnen, Ihren Angehörigen und Besuchern jederzeit für Auskünfte zur Verfügung und begleiten sie gern.

1.1.3 Rehabilitandenorientierung während der Aufnahme

In den Wartebereichen im Foyer gibt es bequeme Sitzmöglichkeiten. Die aktuelle Tageszeitung, Zeitschriften und Getränke werden angeboten. Es befinden sich behindertengerechte Toiletten im Wartebereich. Bei Ankunft erhalten Sie ein Informationsblatt über den weiteren Ablauf des Aufnahmetages. Der Mitarbeiter der administrativen Aufnahme informiert Sie über TV und Telefon im Zimmer, den Erwerb einer Telefonkarte und den weiteren Ablauf des Aufnahmetages. Er gibt weiterhin Informationen zur Nutzung von Bibliothek, Internet, Aufenthaltsräumen, Leseservice und Cafeteria. Danach begleitet ein Mitarbeiter Sie ins Zimmer und sorgt für den Gepäcktransport.

1.1.4 Ambulante Rehabilitandenversorgung

Umfangreiche Informationen erhalten Sie im Vorfeld aus dem Flyer: "Gemeinsam mit Ihnen zum Erfolg". Unser Fahrservice ruft Sie rechtzeitig vor dem Aufnahmetermin an, holt Sie zu Hause ab und bringt Sie zur Einrichtung. Am Aufnahmetag wird nach dem pflegerischen und ärztlichen Aufnahmegespräch ein individuelles Behandlungsprogramm abgestimmt. Persönliche Sachen können Sie im Umkleideraum einschließen. Das kostenlose Mittagessen wird gemeinsam im Speisesaal eingenommen. Zum Ausruhen in Therapiepausen gibt es einen Ruheraum mit Getränkeversorgung. Sie können ebenso den liebevoll gepflegten Park zur Entspannung nutzen.

1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung/Therapie

1.2.1 Ersteinschätzung

Für jeden Rehabilitanden wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung/Therapie darstellt. Nach der administrativen Aufnahme führt der Pflegedienst ein persönliches Aufnahmegespräch, erfasst die Medikamente und Ihre Erwartungen und Wünsche. Danach erfolgt die Aufnahmeuntersuchung durch den Arzt. Mit Ihnen werden Behandlungsziele abgestimmt und der Behandlungsplan gemeinsam festgelegt. Auf Wunsch erfolgt die Aufnahme im Beisein der Angehörigen.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

Laut Einberufungsschreiben sollen Röntgenaufnahmen und ärztliche Berichte zur Aufnahme mitgebracht werden. Für Rehabilitanden aus der Fachklinik für Orthopädie des Orthopädischen Zentrums können alle Diagnosen, Röntgen- und Laboruntersuchungen, Arztberichte und Behandlungsprozeduren im Krankenhausinformationssystem der Einrichtung eingesehen werden. Für Rehabilitanden aus anderen Kliniken liegen bei Aufnahme die vom Kostenträger übersandten Unterlagen und der Befundbericht vor. Die Vorbefunde sind Grundlage der Behandlungsplanung. Fehlende Berichte, Befunde und Röntgenaufnahmen werden umgehend nachgefordert.

1.2.3 Festlegung des Rehabilitationsprozesses

Der individuelle Behandlungsplan wird Ihnen wöchentlich ausgehändigt und enthält u. a. alle therapeutischen Anwendungen, Visiten, Blutabnahmen, Blutdruckkontrollen, psychologische Konsile und Vorträge des Gesundheitsbildungsprogrammes. Der Rehaerfolg wird in den regelmäßigen Visiten und Sprechstunden der Ärzte überwacht. Die interdisziplinäre Teambesprechung dient der Abstimmung von Behandlungsmaßnahmen für den einzelnen Rehabilitanden, wobei das Behandlungsprogramm an die gestellten Rehabilitationsziele ggf. angepasst wird.

1.2.4 Integration von Rehabilitanden in die Behandlungs-/Therapieplanung

Der Behandlungsplan wird mit Ihnen im Einzelnen abgestimmt. Ihre Wünsche, Bedürfnisse und Ziele werden bei der Aufnahme erfasst und in der individuellen Behandlungsplanung berücksichtigt. Die geplanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden vom Arzt erläutert und realistische Behandlungsziele gemeinsam vereinbart.

1.3 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Rehabilitation

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Rehabilitation

Die Klinik steht unter der Leitung einer Fachärztin für Orthopädie, Physikalische Therapie, Rehabilitationswesen und Osteologie. Das multiprofessionelle Rehateam, bestehend aus Ärzten, Pflegefachkräften, Krankengymnasten, Sporttherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen und Orthopädietechnikern überwacht unter Anleitung der Ltd. Oberärztin den Rehabilitationserfolg. Die Koordination des Behandlungsprozesses erfolgt auf Grundlage von Therapiekonzepten, Behandlungsprogrammen, Standards und Dienstanweisungen, welche die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit steuern.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Die Einhaltung und Anwendung von Leitlinien ist fachübergreifend verbindlich und selbstverständlich. Die Therapiekonzepte wurden in einer Arbeitsgruppe aus Mitarbeitern der verschiedenen Therapiebereiche erarbeitet. Die Bereichsleiter nehmen regelmäßig an wissenschaftlichen Fortbildungen und Fachkongressen teil, um sich über den aktuellen wissenschaftlichen Stand zu informieren. Die Erkenntnisse werden bei der Überarbeitung der Konzepte berücksichtigt.

1.3.3 Rehabilitandenorientierung während des Therapieaufenthaltes

Alle Rehabilitanden können auf Wunsch im Einzelzimmer untergebracht werden. Die Zimmer sind behindertengerecht und barrierefrei in Hotelstandard eingerichtet und verfügen über Telefon, TV und Internet. Ehepartner wohnen in gemütlich eingerichteten Doppelzimmern oder in einer Suite. Gemäß unserem Leitbild sehen wir in Ihnen einen Partner und eine eigenständige Persönlichkeit. Deshalb respektieren wir Ihre Entscheidungen und Ihr Recht auf Selbstbestimmung. Die Mitarbeiter aller Bereiche schaffen eine Atmosphäre der Geborgenheit und des Vertrauens. Die ruhige Lage sowie die überschaubare Größe der Einrichtung sichern eine Betreuung in familiärer Atmosphäre und individuelle Behandlung.

1.3.4 Rehabilitandenorientierung während des Therapieaufenthaltes: Ernährung

Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Ihre Wünsche berücksichtigt. Wenn Sie aus religiösen oder kulturellen Gründen besondere Speisewünsche haben, z. B. nach vegetarischer Kost oder einem Essen ohne Schweinefleisch, teilen Sie uns dies gern am Aufnahmetag mit. Die Mahlzeiten werden im Speisesaal eingenommen. Frühstück und Abendessen werden in Buffetform gereicht. Das Mittagessen kann aus zwei Speiseangeboten gewählt werden. Die Essenszeiten sind so eingerichtet, dass genügend Zeit zum Essen zur Verfügung steht.

1.3.5 Koordinierung des Therapieaufenthaltes

Vom Schwesternstützpunkt aus wird Ihr Aufenthalt in unserer Einrichtung koordiniert. Alle Termine gehen aus dem Wochenplan hervor, der in der elektronischen Therapieplanung für jeden Rehabilitanden individuell erstellt wird. Formulare und Therapiekarten erleichtern die Koordination des Behandlungsprozesses zwischen den einzelnen Bereichen des multiprofessionellen Teams.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: chirurgische Eingriffe

Ergibt sich während der Rehabilitationsbehandlung die Notwendigkeit eines kleineren operativen Eingriffes, so wird dieser in der Fachklinik für Orthopädie des Orthopädischen Zentrums Rothenburg durchgeführt.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung

Die Behandlungen erfolgen durch ein multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Leitung. Regelmäßige Besprechungen der Berufsgruppen, des Reha Teams und die Reharunde stellen die interdisziplinäre Zusammenarbeit sicher. In der wöchentlich stattfindenden Teambesprechung, an der die Leitende Oberärztin, der Stationsarzt, die Stationsschwester, die Krankengymnasten und Ergotherapeuten, der Psychologe und der Sozialdienst teilnehmen, werden die Behandlungsabläufe überwacht, um den Behandlungserfolg sicherzustellen.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung: Visite

Visiten erfolgen generell im Beisein der Leitenden Oberärztin, des Stationsarztes und der Stationsschwester. Bei ambulanten Rehabilitanden wird die Visite einmal wöchentlich im Arztzimmer durchgeführt. Die Rehabilitanden werden in ihrem Wochenplan über die Visitenzeit informiert und einzeln in ihren Zimmern gesehen. Zwischen den Visiten bieten unsere Ärzte regelmäßig Sprechstunden an. Aushänge im Wartebereich und die Informationsmappen im Zimmer informieren Sie über die Sprechstundenzeiten des Stationsarztes und der Leitenden Oberärztin. Termine erhalten Sie vom Pflegedienst.

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

Die sozialmedizinische Beurteilung wird in den werktäglichen Besprechungen mit den Ärzten und dem Pflegedienst thematisiert. Therapeuten, der Sozialdienst und der Psychologe werden bei Bedarf zur Erstellung der Beurteilung hinzugezogen. Die Arbeitsplatzanforderungen werden anhand einer Checkliste erfasst und finden Berücksichtigung in der sozialmedizinischen Beurteilung zur Erwerbsfähigkeit.

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

Sozialmedizinische Aspekte (wie z. B. familiäre Verhältnisse, Pflegebedürftigkeit, Hilfebedarf, vorhandene Hilfsmittel, Gehhilfen, Mobilisierungsgrad) werden standardisiert erfasst und in der Therapieplanung berücksichtigt. Auf Wunsch finden sozialmedizinische Beratungsgespräche im Beisein Ihres Angehörigen statt.

1.4 Übergang des Rehabilitanden in andere Versorgungsbereiche

1.4.1 Entlassung und Verlegung

Das Entlassungsmanagement sichert die umfassende Information weiterversorgender Einrichtungen, Ärzte und Pflegedienste. Generell erfolgt ein ärztliches Abschlussgespräch, auf Wunsch auch im Beisein Ihres Angehörigen. Das Abschlussgespräch dient der Überprüfung des Rehaerfolges. Noch notwendige Behandlungsmaßnahmen und die Medikamenteneinnahme werden mit Ihnen besprochen. Am Entlassungstag erhalten Sie von der Pflegefachkraft den Rehaentlassungsbericht, einen Medikamentenplan und ggf. Medikamente für drei Tage.

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

Der endgültige Rehaentlassungsbericht für den Hausarzt wird Ihnen am Morgen des Abreisetages ausgehändigt. Der Orthopäde erhält diesen auf dem Postweg. Laut Nachsorgekonzept nimmt der Sozialdienst drei Tage vor der geplanten Abreise Kontakt mit Ihren Angehörigen und ggf. mit dem weiterbehandelnden Arzt auf und bespricht nach vorheriger Rücksprache mit dem Pflegedienst noch einzuleitende Maßnahmen (z. B. notwendige Verbände, Krankenpflege, Injektionen). Der Sozialdienst überprüft innerhalb von 48 Stunden nach Entlassung in die Häuslichkeit die fachgerechte Pflege und Versorgung von pflegeaufwändigen Rehabilitanden und leitet ggf. weitere Maßnahmen ein.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

Der Sozialdienst gibt Auskunft über Leistungen aus der Pflegeversicherung und ist Ihnen bei der Antragsstellung behilflich. Er organisiert in Kooperation mit der Pflegefachkraft bei Bedarf einen ambulanten Pflegedienst. Er bespricht und prüft Möglichkeiten der Tagespflege/Tagesbetreuung, ggf. Angebote von "Betreutem Wohnen", die Bereitstellung von "Essen auf Rädern", eines Hausnotrufsystems oder Hilfsmittel in der Häuslichkeit und deren Beschaffung. Ggf. besucht das Sanitätshaus Sie in der Häuslichkeit, wenn die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln noch aussteht. Der Sozialdienst vermittelt Kontakte zu bestehenden Selbsthilfegruppen. Auf Empfehlung des Arztes und auf Ihren Wunsch wird die anschließende ambulante Behandlung in der Physio- oder Ergotherapie der Einrichtung eingeleitet. Noch berufstätige Rehabilitanden werden im Rahmen des IRENA-Programmes der Rentenversicherung an ambulante Rehaeinrichtungen oder Fitnessstudios vermittelt.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1 Bereitstellung qualifizierten Personals

Die Personalplanung erfolgt entsprechend des Versorgungsvertrages, der vereinbarten Bettenzahl und der Vereinbarung zur Erbringung von ambulanten Rehabilitationsleistungen. Die Vorgaben der Kostenträger und die Rahmenempfehlungen der BAR sind Grundlagen bei der Erstellung des Personalplanes. Das Rehabilitationsteam wird geleitet durch eine Fachärztin für Orthopädie, Physikalische Therapie und Rehabilitationswesen. Die Facharztquote beträgt derzeit 100 %.

2.2 Personalentwicklung

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Jeder Mitarbeiter der Einrichtung hat mindestens einmal jährlich das Recht auf ein Personalentwicklungsgespräch mit seinem unmittelbaren Vorgesetzten. Es werden Fragen aus Sicht des Mitarbeiters und der Führungskraft beantwortet, Verbesserungspotentiale erörtert, das Interesse an Fort- und Weiterbildungen ermittelt und Entwicklungsmöglichkeiten und Ziele für das kommende Jahr vereinbart. Durch interne und externe Fortbildungen werden unseren Mitarbeitern die für die Erfüllung ihrer Aufgaben nötigen Fähigkeiten und Fertigkeiten vermittelt. Das Einrichtungskonzept berücksichtigt einen generell hohen Anteil von Mitarbeitern mit Zusatzausbildungen.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

Stellenbeschreibungen liegen für alle Mitarbeiter der Einrichtung vor und beschreiben die Anforderungsprofile. Ziel ist, die Stellenbeschreibungen im Rahmen der Personalentwicklungsgespräche im Abstand von drei Jahren neu zu besprechen und gegebenenfalls zu aktualisieren. Bei Änderungen des Aufgabenbereiches erfolgt eine zeitnahe Anpassung der Stellenbeschreibung. Die Vorgesetzten kontrollieren während der täglichen Arbeit, ob die entsprechende Qualifikation des Mitarbeiters der Stellenbeschreibung gerecht wird.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

Die Geschäftsführung und die Krankenhausleitung legen großen Wert auf eine fundierte und nachweisbare Fort-, Aus- und Weiterbildung aller Mitarbeiter. Die im internen Jahresfortbildungsprogramm angebotenen Veranstaltungen nutzen alle Mitarbeiter der Einrichtung zur systematischen Weiterbildung. Interne Pflichtfortbildungen, z. B. zum Thema Brandschutz, Notfallmanagement, Hygiene, Datenschutz gewährleisten die Sicherheit der Rehabilitanden und Mitarbeiter der Einrichtung.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Um dem Anspruch an eine hochwertige Fort- und Weiterbildung gerecht zu werden, berücksichtigt die Geschäftsführung bei der Erstellung des Wirtschaftsplanes die zu erwartenden Kosten für Fort- und Weiterbildungen. Alle Mitarbeiter haben nach Absprache mit dem Vorgesetzten die Möglichkeit an internen und externen Fortbildungen teilzunehmen. Die Teilnahme, Kostenübernahme und Dienstbefreiung bei internen und externen Weiterbildungen ist geregelt.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

Die Medizinische Bibliothek mit entsprechender Fachliteratur steht dem Personal jederzeit zur Verfügung. Fachzeitschriften werden für alle Bereiche zur Verfügung gestellt. Aktuelle Artikel aus Fachzeitschriften werden vom Bereichsleiter kopiert und verteilt. Jeder Mitarbeiter hat die Möglichkeit, Informationen aus dem Intranet zu nutzen. Für berechnete und in den Datenschutz eingewiesene Mitarbeiter wird von der EDV-Abteilung ein Internetzugang freigeschaltet. Ein moderner Vortragsraum ist mit einer zeitgemäßen Veranstaltungstechnik ausgestattet und wird für Weiterbildungsveranstaltungen genutzt.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

Im Rahmen des Kooperationsvertrages (Ausbildungsverbund) mit der Diakonissenanstalt Emmaus Niesky absolvieren Schüler in der Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger ihr Chirurgie-/Orthopädie-Praktikum in der Einrichtung. Mentoren und ausgebildete Praxisanleiter sind für die praxisorientierte Ausbildung der Schüler verantwortlich. Ärzte des Orthopädischen Zentrums unterrichten Schüler im 1. und 3. Ausbildungsjahr in der Krankenpflegeschule der Diakonissenanstalt Emmaus Niesky.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

2.3.1 *Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles*

Unser Leitbild besagt: "Die Mitarbeiter prägen durch einen partnerschaftlichen und respektvollen Umgang und gegenseitige Unterstützung im Geist der christlichen Nächstenliebe den Charakter des Hauses. Die Vorgesetzten fördern die Motivation der Mitarbeiter durch einen transparenten vertrauensvollen und situativen Führungsstil." Alle Mitarbeiter haben Anspruch auf einen nachvollziehbaren und menschlichen Führungsstil.

2.3.2 *Einhaltung geplanter Arbeitszeiten*

Die Arbeitszeitregelungen basieren auf den Arbeitsvertragsrichtlinien für Einrichtungen, die dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland angeschlossen sind (AVR) und erfüllen die Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes. Der Wunsch auf Teilzeitarbeit wird vom Arbeitgeber nach Möglichkeit unterstützt. Differenzen in der Soll-/Ist-Arbeitszeit werden im elektronischen Dienstplanprogramm erfasst und durch den Bereichsleiter nach den gesetzlichen Vorschriften ausgeglichen. Jeder Mitarbeiter ist über seinen aktuellen Stundenstand informiert.

2.3.3 *Einarbeitung von Mitarbeitern*

In der Begrüßungsmappe für neue Mitarbeiter sind das Unternehmensleitbild, das Pflegeleitbild, das Pflegekonzept und Flyer enthalten. Mit Beginn der Einarbeitung wird dem Mitarbeiter ein Mentor zur Seite gestellt, der ihn begleitet, anleitet und die Verantwortung für die Einarbeitung laut Einarbeitungskonzept trägt. Die Personalleitung informiert alle Mitarbeiter über Neueinstellungen per Mail. Am ersten Arbeitstag führt die Personalleitung den neuen Mitarbeiter durch das Orthopädische Zentrum und stellt diesem persönlich alle Bereiche und die Bereichsleiter vor. Die Evaluation der Einarbeitungskonzepte erfolgt anhand eines Fragebogens.

2.3.4 *Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden*

Alle Mitarbeiter sind aufgefordert, Verbesserungsvorschläge in ihrem Arbeitsbereich zu unterbreiten. In Projektgruppen arbeiten regelmäßig Mitarbeiter verschiedener Bereiche an der Optimierung von Arbeitsabläufen, insbesondere an den Schnittstellen. Der Umgang mit Mitarbeiterbeschwerden, der Beschwerdeweg, Verantwortliche und der zeitliche Rahmen, um die Angelegenheit oder Beschwerde einer Klärung zuzuführen, sind geregelt.

3 Sicherheit in der Rehabilitationseinrichtung

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Gegenstand von mindestens zweimal jährlich vom Arbeitsschutzbeauftragten durchzuführenden Unterweisungen sind die konkreten Gefährdungen im Arbeitsbereich, die geeigneten Schutzmaßnahmen sowie die Vermittlung sicherer Arbeitstechniken an die Mitarbeiter. Die Arbeitsplatzbeurteilungen wurden im Rahmen von Gefährdungsanalysen vorgenommen, gemeinsam mit dem Betriebsarzt analysiert, ausgewertet und geeignete Schutzmaßnahmen (u. a. auch für rückschonendes Arbeiten) ausgewählt. Regelmäßig werden Vorsorgeuntersuchungen vom Betriebsarzt durchgeführt.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Das Brandschutzkonzept regelt die Abläufe, Verantwortliche und Handlungszyklen bei Bränden, Explosionen, Bomben- und anderen telefonischen Drohungen. Der organisierte Brandschutz beinhaltet die Unterweisung über das Verhalten und die Abläufe im Brandfall und bei anderen Ereignissen. Einmal im Jahr erfolgt in wechselnden Objekten eine Brandschutz- und Evakuierungsübung mit Beteiligung der örtlichen Rettungskräfte und alle zwei Jahre werden alle Mitarbeiter in der praktischen Handhabung von Feuerlöschern unterwiesen.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

Der Umgang mit Feuer, Explosion, Bedrohungen, Erpressung, Geiselnahmen und Havarien wird in der Evakuierungsordnung beschrieben. Die Mitarbeiter der Information/Telefonzentrale sind über den Handlungsablauf bei Havarien und Katastrophen unterwiesen und werden mehrmals im Jahr geschult. Der externe Alarm- und Einsatzplan und die Evakuierungsordnung werden jährlich durch die Sicherheitsfachkraft/Brandschutzbeauftragter in Zusammenarbeit mit der Verwaltungsleitung aktualisiert. Durch die Abteilung Technik wird das Notstromaggregat regelmäßig gewartet und monatlich ein Probetrieb gefahren. Es gibt ein EDV-Ausfall-Konzept und ein Konzept bei Ausfall der Telefonanlage.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Das Notfallmanagement berücksichtigt eine Notfallausrüstung im Notfallzimmer, bestehend aus Notfallkoffer, Sauerstoffgerät, Reanimationsbrett, EKG und Defibrillator. Für den Notfall gibt es einen Hausnotruf. Jeder Mitarbeiter ist alle 2 Jahre verpflichtet, ein Reanimationstraining und praktische Übungen am Torso durchzuführen. Es gibt einen ärztlichen Bereitschaftsdienst sowie einen Facharzt in der Hintergrundbereitschaft. Die Einrichtung ist jederzeit mit einer examinierten Pflegefachkraft besetzt.

3.1.5 Gewährleistung der Rehabilitandensicherheit

Für alle Rehabilitanden wird das Sturzrisiko erfasst und entsprechende Maßnahmen zur Prophylaxe eingeleitet. Merkblätter informieren Sie über die Vermeidung von Stürzen und die sichere Medikamenteneinnahme. Rehabilitanden mit akuter Verwirrtheit, eingeschränkten geistigen Fähigkeiten und Weglauftendenz werden in Schwesternnähe untergebracht und vom Servicedienst begleitet. Es gibt einen Bereitschaftsdienst der Ärzte und des Pflegedienstes 24 Stunden täglich.

3.2 Hygiene

3.2.1 Organisation der Hygiene

Entsprechend der Hygieneordnung trägt jeder Mitarbeiter in seinem Bereich die Verantwortung für die Einhaltung der Hygienemaßnahmen. Desinfektions- und Hautschutzpläne hängen in allen Bereichen aus. Bei Auftreten von hygienischen Mängeln bzw. Fehlverhalten ist jeder Mitarbeiter verpflichtet, dies den Hygienebeauftragten zu melden. Die jährlich durchgeführten Hygienerundgänge dienen der Überprüfung hygienerelevanter Vorschriften. Standards sichern den fachgerechten und zielgerichteten Einsatz von Antibiotika.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

Es erfolgen unangemeldete Kontrollen der hygienischen Händedesinfektion u. a. mit einer Derma-Lite-Box. Jährlich werden mikrobiologische Umgebungsuntersuchungen hinsichtlich der Flächendesinfektion vorgenommen. Jährlich finden Begehungen statt. Es wird eine Infektionsstatistik geführt. Der Antibiotikaverbrauch wird regelmäßig analysiert.

3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

Die Hygienekommission überwacht die festgelegten hygiesichernden Maßnahmen, überprüft die Abläufe im Rahmen des Hygienerundganges sowie in weiteren Begehungen durch die Hygienefachkraft. Die Mitarbeiter werden von den Hygienebeauftragten jährlich über den Inhalt der Hygieneordnung belehrt. In der Hygieneordnung ist der Umgang mit Rehabilitanden bei akuten Erkrankungen, wie z. B. Norovirusinfektionen und Infektionen mit multiresistenten Keimen beschrieben.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Die Richtlinien für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Instituts Berlin, das Infektionsschutzgesetz und die Sächsische Krankenhaushygieneverordnung sind die Grundlagen der Hygieneordnung der Einrichtung. Die Mitglieder der Hygienekommission überwachen die Durchführung hygienischer Anordnungen.

3.3 Bereitstellung von Materialien

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

Ein Kooperationsvertrag mit der Apotheke am Städtischen Klinikum Görlitz stellt die Versorgung mit Arzneimitteln sicher. Die Arzneimittelordnung regelt die Rahmenbedingungen für die Anforderung, Aufbewahrung und Rückgabe von Arzneimitteln. Die Arzneimittelbestellung erfolgt strukturiert über das Internet. Durch einen 24-Stunden-Bereitschaftsdienst der Klinikapotheke wird die Versorgung mit Arzneimitteln auch außerhalb der Apothekenöffnungszeiten abgesichert. Die Transfusionsordnung regelt die Bestellung und den Gebrauch von Blut und Blutprodukten.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Eine von der Arzneimittelkommission erstellte Arzneimittelliste enthält alle vorrätigen Arzneimittel. Der Pflegestandard beschreibt den Umgang mit Arzneimitteln mit dem Ziel eines fachgerechten, wirtschaftlichen und vorschriftsmäßigen Umgangs mit Arzneimitteln und Betäubungsmitteln. In halbjährlichen Begehungen des Apothekers erfolgt eine Kontrolle der Arzneimittelbestände auf Verfallsdatum, Lagerung und Verpackung sowie eine Zählung der Betäubungsmittel.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

Der Umgang mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten ist in der Transfusionsordnung festgelegt. Ein Transfusionsverantwortlicher wurde benannt. Die Dokumentation der Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten erfolgt durch den transfundierenden Arzt auf klinikeigenen roten Formularen, die im Krankenblatt abgelegt werden.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Grundlage für die Anwendung von Medizinprodukten ist das Medizinproduktegesetz. Prüfungen und Reparaturen werden nur von den dafür zugelassenen Personen durchgeführt. Die Einweisungen erfolgen über die Medizinproduktebeauftragten und den Medizintechniker. Die beauftragten Personen werden in den Medizinproduktebüchern geführt. Die Einweisung von neuen technischen Medizinprodukten erfolgt durch den Lieferanten oder Hersteller. Nach erfolgter Einweisung wird das Medizinprodukt von der Medizintechnik freigegeben.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Unternehmensziel ist es, durch geeignete Maßnahmen die Umwelt so gering wie möglich zu belasten. Bei den Neu- und Umbaumaßnahmen wurde moderne Gebäudetechnik installiert, die eine sparsame Nutzung von Energie und Wasser ermöglicht. Die Einrichtung nutzt Solarthermie- und Photovoltaikanlagen. Die Grünflächenbewässerung erfolgt durch eine eigene Brunnenanlage, Regenwasser wird dem Löschwasserteich zugeführt. In den Lüftungs- und Klimaanlageanlagen werden Wärmerückgewinnungsanlagen als energiesparende Maßnahme eingesetzt. Um das Müllaufkommen gering zu halten, erfolgt eine Mülltrennung.

4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Rehabilitandendaten

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Rehabilitandendaten

Im digitalen Krankenhausinformationssystem, das von allen berechtigten Mitarbeitern genutzt wird, sind Diagnosen, Labor- und Röntgenbefunde und Arztbriefe in Form einer elektronischen Rehabilitandenakte hinterlegt. Außerdem wird für jeden Rehabilitanden eine Akte geführt und im Schwesterndienstzimmer aufbewahrt. Dokumente (Arztbriefe, Anamnese, Krankenblatt, soziale Situationsanalyse, Labor-, EKG-, Röntgenbefunde, Blutdruckmessungen, Protokolle Blutzuckerführung usw.) werden entsprechend einer Musterakte abgelegt.

4.1.2 Dokumentation von Rehabilitandendaten

Die Mitarbeiter sind durch die Vorgesetzten angewiesen alle erhobenen Diagnosen, Befunde und erbrachten Leistungen umgehend in der Akte zu dokumentieren. Neben dem HINZ-Dokumentationssystem werden Formulare (z. B. Sprechstundenprotokoll, Protokoll über Blutdruck- oder Blutzuckerkontrollen, Verlaufsbogen für Wundkontrollen) genutzt. Labor-, Röntgen- und Ultraschalluntersuchungen sind im Krankenhausinformationssystem dokumentiert. Das HINZ-Dokumentationssystem wird berufsgruppenübergreifend verwendet und erleichtert somit die Dokumentation des gesamten Verlaufs.

4.1.3 Verfügbarkeit von Rehabilitandendaten

Das Archiv der Einrichtung stellt sicher, dass alle Akten von früheren Aufenthalten ab 8 Uhr des Anreisetages zur Verfügung stehen. Die Akte aus der Fachklinik für Orthopädie liegt am Aufnahmetag in der Einrichtung für Rehabilitation vor. In einem Aktenschrank im Schwesterndienstpunkt werden sämtliche Akten vorübergehend abgelegt. Die Akte des aktuellen Aufenthaltes verbleibt im Visitenwagen. Im Krankenhausinformationssystem sind Dokumente von früheren Aufenthalten für alle Mitarbeiter jederzeit einsehbar.

4.2 Informationsweiterleitung

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Der Informationsaustausch in der Einrichtung ist durch zahlreiche abteilungsinterne und berufsgruppenübergreifende Besprechungen/Sitzungen abgesichert. Neben den Besprechungen wird das Intranet als wichtiges Kommunikationsmittel genutzt. Alle Dienstanweisungen, Pflegestandards, Leitbilder, Dienstvereinbarungen u. a. sind dort hinterlegt. Die Mitarbeiter nutzen Outlook als internes E-Mail-System zur Weitergabe von Informationen.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

Auskunftsstelle ist die "Zentrale", die sich im Eingangsbereich des Orthopädischen Zentrums befindet und rund um die Uhr besetzt ist. Neben der "Zentrale" ist der Schwesterndienstplatz im Foyer der Einrichtung für Rehabilitation erste Anlaufstelle für Rehabilitanden und Angehörige. Die Mitarbeiter der zentralen Auskunftsstellen verfügen durch das Intranet und das Krankenhausinformationssystem über alle notwendigen Informationen und haben Zugriff auf das Telefonverzeichnis.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Die Einrichtung ist auf der Homepage mit einer eigenen Rubrik vertreten. Es steht umfangreiches Informationsmaterial in Form von Broschüren und Flyern zur Verfügung. Alle zwei Jahre organisieren die Mitarbeiter einen Tag der offenen Tür. Die Einrichtung präsentiert sich regelmäßig auf Gesundheitsmessen in der Region sowie in regionalen Medien, wie Tageszeitungen, Journalen, Radio und TV. Vierteljährlich wechseln Ausstellungen im Foyer, welche im Rahmen einer Vernissage eröffnet werden. Jährlich findet das "Rothenburger Gespräch" für niedergelassene Ärzte und Kollegen aus den benachbarten Krankenhäusern statt. Quartalsmäßig werden "Rothenburger Vorträge" zu vorher in der regionalen Presse angekündigten Themen für interessierte Bürger angeboten. Einmal jährlich findet ein Stammtisch für die niedergelassenen Orthopäden und Chirurgen statt.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Generell werden nur Rehabilitandendaten erfasst, die für eine umfassende Behandlung und die Kostenabrechnung erforderlich sind. Alle Mitarbeiter sind über den Dienstvertrag und das Datenschutzkonzept zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Nutzung der elektronisch gespeicherten Daten erfolgt nur von autorisierten Personen mit abgestuften Lese-, Schreib- und Ausführungsrechten. Um den Zugriff Unbefugter zu vermeiden, wurden technische Maßnahmen veranlasst, z. B. Sicherheitsschlösser, Abschließen der Räume, Verschluss der Datenträger und Passwortregelung.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Die Planungen der EDV-Leitung sichern den langfristigen, stabilen und ausfallsicheren Betrieb. Die jährliche Planung beinhaltet die Instandhaltung für den Erhalt der vorhandenen Soft- und Hardware. Der Zugang zum EDV-System ist jederzeit möglich. Alle Bereiche verfügen über eine ausreichende Anzahl von PC-Arbeitsplätzen.

5 Führung der Rehabilitationseinrichtung

5.1 Entwicklung eines Leitbildes

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Der diakonische Auftrag unterscheidet uns von anderen nicht diakonischen Einrichtungen. Wir orientieren uns am Grundgedanken der christlichen Nächstenliebe. Unser Leitbild beschreibt die Ziele, Werte und Normen, die wir in unserer Arbeit verwirklichen wollen und verpflichtet alle Mitarbeiter in ihrem Handeln nach innen und außen. Die Broschüre "Leitbild" liegt aus, sodass Interessierte diese mitnehmen können. Jeder Mitarbeiter hat eine Broschüre erhalten.

5.2 Zielplanung

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

In einem Strategiepapier der Einrichtung sind die gemeinsam mit den leitenden Mitarbeitern erarbeiteten strategischen Entwicklungspotentiale gemäß der Landeskrankenhausplanung und unter Berücksichtigung der regionalen Wettbewerbssituation erarbeitet worden, Vorschläge zur mittelfristigen Planung einschließlich eventueller Vernetzungsmöglichkeiten erörtert und Strategieziele festgelegt.

5.2.2 Festlegung der Einrichtungsprozesse

Die Leitende Oberärztin der Einrichtung ist in Abstimmung mit der Krankenhausleitung verantwortlich für die Führung, Leitung und fachliche Prägung der Einrichtung. Die medizinischen Konzepte der Einrichtung beinhalten das Unternehmensziel, die Zielsetzung der Einrichtung, die Indikationsgruppen und Diagnosen, die räumlichen, personellen und apparativen Ausstattungsmerkmale, gesundheitsbildende Maßnahmen, die orthopädiotechnische Versorgung, sozialmedizinische Aspekte, Qualitätssicherungs- sowie Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Es liegen Therapiekonzepte für alle Indikationen vor.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Die Einrichtung verfügt über eine mittelfristige Finanzplanung (Zeitraum fünf Jahre). Diese enthält neben der Kosten- und Erlösplanung auch eine Investitionsplanung. Jährlich wird ein Wirtschaftsplan erarbeitet, der neben der Planung von Erlösen und Kosten den Stellenplan sowie eine Investitions- und Instandhaltungsplanung enthält. Im Rahmen der internen Budgetierung werden die Budgetverantwortlichen monatlich über die Kostenentwicklung ihres Bereiches informiert.

5.3 Sicherstellung einer effizienten Einrichtungsführung

5.3.1 Sicherstellung einer effizienten Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

Die Krankenhausleitung, bestehend aus Leitendem Chefarzt, Pflegedienstleitung und Verwaltungsleitung, ist dem Geschäftsführer direkt unterstellt und steht ihm als beratendes Gremium zur Verfügung. Die Aufgaben der Krankenhausleitung sind in der Geschäfts- und Zuständigkeitsordnung definiert. Im Abstand von zwei Wochen finden Sitzungen der Geschäftsführung und Krankenhausleitung statt. Die nachgeordneten Führungskräfte werden in den regelmäßig stattfindenden Sitzungen bzw. durch Hausmitteilungen über Ergebnisse informiert.

5.3.2 Sicherstellung einer effizienten Arbeitsweise innerhalb der Einrichtungsführung

Zu den regelmäßigen Konferenzen der Einrichtungsführung wird mit Termin und Tagesordnung eingeladen. Die Sitzungen werden protokolliert. Da das Protokoll an alle eingeladenen Teilnehmer gesendet wird, ist die Informationsweitergabe auch bei Abwesenheit gesichert. Die Kontrolle der Umsetzung der vereinbarten Aufgaben und Beschlüsse erfolgt mit der Protokollkontrolle in der nächsten Sitzung.

5.3.3 Information der Einrichtungsführung

Die Krankenhausleitung wird regelmäßig in ihren Sitzungen über aktuelle Entwicklungen und Probleme informiert. Die Fallzahlen sowie die betriebswirtschaftliche Hochrechnung stehen der Krankenhausleitung zur Verfügung. Die Krankenhausleitung bildet gemeinsam mit dem Geschäftsführer und den Qualitätsmanagementbeauftragten den Lenkungsausschuss. Dadurch sind die Mitglieder der Krankenhausleitung aktuell über die Projektarbeit informiert. Sie erhalten regelmäßig Informationen über Ergebnisse von Befragungen, Erhebungen, Audits, Analysen und Statistiken.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

Die leitenden Mitarbeiter sind angehalten, Informationen, die sie aus den Gesprächsrunden mit ihren Vorgesetzten erhalten, weiterzugeben und damit das Anliegen der Geschäftsführung, für Transparenz zu sorgen, umzusetzen. Jährlich findet für jeden Mitarbeiter ein Personalentwicklungsgespräch statt. Regelmäßig wird in einer Befragung die Zufriedenheit der Mitarbeiter ermittelt. Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden werden standardisiert erfasst und von der Krankenhausleitung ausgewertet. Jährlich finden ein Mitarbeiterfest und eine Adventsfeier statt.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Die Auseinandersetzung mit ethischen Fragen ist sowohl Aufgabe aller Berufsgruppen in der Behandlung, Pflege und Versorgung der Rehabilitanden als auch Aufgabe der Leitungsgremien. Die Geschäftsführung und die Krankenhausleitung werden bei der Entwicklung von Normen und Verhaltensregeln in Bezug auf die medizinisch-ethischen Aspekte durch das Ethikkomitee unterstützt. Eine psychologische Betreuung von Rehabilitanden und ihren Angehörigen in der Einrichtung ist abgesichert. Der Krankenhausseelsorger steht für seelsorgerische Gespräche zur Verfügung.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Rehabilitanden

Für dieses, in unserer Einrichtung äußerst selten eintretende Ereignis, gibt es einen Pflegestandard. Das Vorhandensein einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht wird bereits zur Aufnahme gut sichtbar in der Akte vermerkt und eine Kopie hinterlegt. Unter Berücksichtigung der im Standard beschriebenen Abläufe wird für eine würdige und angemessene Sterbebegleitung gesorgt. Auf Wunsch des Rehabilitanden und dessen Angehörigen die Krankenhausseelsorge hinzugezogen.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

Die Versorgung eines Verstorbenen ist Teil ganzheitlicher Pflege und erfolgt würdig und bedacht. Die Angehörigen können im Aufbahrungsraum sich würdig verabschieden. Der Raum wird mit Kerzen und Blumen geschmückt. Die Angehörigen werden durch den Seelsorger zu dem Verstorbenen geführt. Auf Wunsch nimmt der Seelsorger eine Aussegnung des Toten vor.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

6.1.1 Einbindung aller Einrichtungsbereiche in das Qualitätsmanagement

Im Jahre 2004 wurde mit der Implementierung eines internen Qualitätsmanagementsystems begonnen und dieses seitdem kontinuierlich weiterentwickelt. Ziel des Qualitätsmanagements ist die kontinuierliche Verbesserung der Prozesse und Abläufe in unserer Einrichtung. Die Stabsstelle "Qualitätsmanagement" ist der Verwaltungsleitung direkt zugeordnet. Der Lenkungsausschuss ist das zentrale Beratungs- und Entscheidungsgremium. Der Qualitätsmanagementbeauftragte der Einrichtung ist Ansprechpartner und Koordinator für das interne Qualitätsmanagement, leitet die internen Auditoren an und überwacht regelmäßig die Projektarbeit.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Die Qualitätsziele werden in den einzelnen Bereichen von den Mitarbeitern in enger Zusammenarbeit mit der jeweiligen Bereichsleitung und dem Qualitätsmanagementbeauftragten entwickelt. Die Leitende Oberärztin fasst die abteilungsinternen Qualitätsziele zusammen, erstellt die Qualitätsziele der Einrichtung und stimmt sie im Lenkungsausschuss mit der Geschäftsführung ab. Die Bereichsleiter sind für die Umsetzung der Qualitätsziele verantwortlich. Die Mitglieder der Krankenhausleitung kontrollieren die Umsetzung und Erreichung der Ziele am Jahresende.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Der Lenkungsausschuss ist das zentrale Beratungs- und Entscheidungsgremium im Qualitätsmanagement. Durch den Lenkungsausschuss werden neue Projekte zur Qualitätsverbesserung in Auftrag gegeben, kontrolliert und nach erfolgreicher Durchführung genehmigt. Der Qualitätsmanagementbeauftragte organisiert und koordiniert in Abstimmung mit dem Lenkungsausschuss und der Geschäftsführung die praktische Umsetzung beschlossener Projekte und Maßnahmen.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

Die Qualität unserer Arbeit stellen wir durch einrichtungsinterne Konzepte, Dienstanweisungen und Standards sicher. Der interne Auditplan sieht regelmäßig die Überprüfung qualitätsrelevanter Prozesse bzw. Standards vor. Ausgewählte qualitätsorientierte Kennzahlen werden im Kennzahlensystem der Einrichtung regelmäßig überwacht. Kontinuierlich ermitteln wir die Zufriedenheit der Rehabilitanden durch eine Rehabilitandenbefragung. Regelmäßig führt die Mitarbeitervertretung eine Mitarbeiterbefragung durch.

6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Eine hohe Zufriedenheit der Rehabilitanden ist Ziel aller unserer Bemühungen und hat oberste Priorität. Die Zufriedenheit messen wir kontinuierlich anhand des Fragebogens und werten die Ergebnisse regelmäßig aus. Die Erhebung von Scores zur Messung der Rehabilitationsergebnisse dient der Überwachung der Effizienz unserer Behandlungskonzepte und der Absicherung des Rehaerfolges. Wirtschaftlichkeit ist dabei Ausdruck eines verantwortlichen Einsatzes von Personal und Sachmitteln mit dem Ziel der Kostenminimierung ohne Einschränkung der Versorgungsqualität.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

Die Geschäftsführung misst der Befragung zur Rehabilitandenzufriedenheit und deren Auswertung einen hohen Stellenwert bei, um auf Wünsche, Kritiken und Anregungen reagieren und Verbesserungsmaßnahmen einleiten zu können. Die Mitarbeitervertretung führt regelmäßig eine Mitarbeiterbefragung durch und leitet daraus Verbesserungen ab. Anhand einer Einweiserbefragung ermitteln wir die Zufriedenheit der Vor- und Nachbehandler mit der Qualität unserer Arbeit.

6.3.3 Umgang mit Rehabilitandenwünschen und Rehabilitandenbeschwerden

In der konstruktiven Auseinandersetzung mit den Wünschen und Beschwerden drückt die Geschäftsführung ihren Respekt gegenüber den Rehabilitanden als eigenständige Persönlichkeiten mit dem Recht auf Selbstbestimmung aus. Die systematische Erfassung beruht auf den drei Säulen Fragebogen, Vier-Augen-Gespräch und Beschwerdestelle. Der Krankenhausseelsorger fungiert als unabhängige Beschwerdestelle. Jedem Rehabilitanden ist es somit möglich, Beschwerden oder Wünsche an einer für ihn geeigneten Stelle vorzutragen.