



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 1.1 für Rehabilitationseinrichtungen

Rehabilitationseinrichtung:	Klinikum Idar-Oberstein Zentrum für Altersmedizin Baumholder
Institutionskennzeichen:	260711578
Anschrift:	Krankenhausweg 22 55743 Baumholder
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2014-0044 RHVN
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	16.08.2014
 bis:	15.08.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	Fehler! Textmarke nicht definiert.
1 Rehabilitandenorientierung in der Rehabilitationseinrichtung	8
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	14
3 Sicherheit in der Rehabilitationseinrichtung	16
4 Informationswesen	17
5 Führung der Rehabilitationseinrichtung	18
6 Qualitätsmanagement	20

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), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB).

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-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.

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 33 redundanzfreien Kriterien des KTQ-Kataloges 1.1 zum Krankenhauskatalog 2009/2.

Wir freuen uns, dass die **Fachklinik Baumholder** zusammen mit dem **Klinikum Idar-Oberstein** 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

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung

**Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Patientinnen und Patienten,**

das Klinikum Idar-Oberstein ist als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung im Landeskrankenhausplan von Rheinland-Pfalz mit 498 Betten ausgewiesen. Darüber hinaus verfügt das Klinikum über 20 tagesklinische Plätze für psychisch kranke Erwachsene und 15 Plätze für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Am Standort Baumholder werden 18 Belegbetten der Inneren Medizin und 60 Betten und 10 tagesklinische Plätze für geriatrische Frührehabilitation vorgehalten. Seit dem 1. Januar 2001 sind die Städtischen Krankenanstalten Idar-Oberstein GmbH und die Krankenhaus Baumholder GmbH zum Klinikum Idar-Oberstein GmbH verschmolzen.

Gesellschafter der Klinikum Idar-Oberstein GmbH sind:

- die Saarland Heilstätten GmbH (SHG)
- die Stadt Idar-Oberstein
- der Landkreis Birkenfeld
- die Stadt und die Verbandsgemeinde Baumholder.

Pro Jahr versorgen über 1.000 Mitarbeiter an die 20.000 stationäre und mehr als 30.000 ambulante Patienten.

Das Klinikum bietet weiterhin geriatrische Frührehabilitation in der Fachklinik Baumholder (zertifiziert nach dem Qualitätssiegel der geriatrischen Rehabilitation in Rheinland-Pfalz).

Die besondere Stärke unseres Klinikums liegt in der ganzheitlichen Betreuung der Patienten durch das interdisziplinäre, qualifizierte und motivierte Behandlungsteam. Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, Kliniken und Leistungserbringern unterstützen das Behandlungsteam.

Moderne Versorgungsformen wie Disease Management Programme und Verträge zur integrierten Versorgung von Schlaganfallpatienten ergänzen das stationäre Behandlungsangebot. Wir sind ständig bestrebt, die hohe Behandlungsqualität unserer Patienten zu verbessern.

Dies gilt für die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Neben der Modernisierung der baulichen Struktur investiert das Klinikum in die Erweiterung des Leistungsspektrums. Die apparative Ausstattung des Hauses entspricht dem Stand der Technik und wird kontinuierlich erweitert, aktuell z.B. durch die Anschaffung eines hochleistungsfähigen 64-Zeiler-Computertomographen und die Ausweisung eines Schwerpunktes für Neurochirurgie in der Fachabteilung Neurologie.

Das Klinikum stellt sich seiner sozialen Verantwortung zur Ausbildung in den Bereichen Medizin (Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität Mainz), Pflege (90 Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Krankenpflege und sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege) und Verwaltung (Ausbildung in den Berufsbildern Kaufmann für Bürokommunikation und Informatikkaufmann). Fachlehrgänge für Praxisanleiter im Gesundheitswesen, Anästhesie- und Intensivpflege, psychiatrische Pflege und Fachpflege für operative Funktionsbereiche runden das Bildungsangebot in unserem Klinikum ab.

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.

Ziel ist eine effektive Belegungssteuerung sowie eine optimale Ressourcennutzung zur Erreichung größtmöglicher Rehabilitandenzufriedenheit. Die Regelungen sehen vor, dass die elektive stationäre Behandlung nach der Bettenkapazität geregelt und gesteuert wird. Die Aufnahmeplanung erfolgt in Abhängigkeit von Dringlichkeit der Erkrankung, die Stationsplanung in Abhängigkeit von Art/ Schwere der Erkrankung und zu erwartender Pflegeintensität. Auf Wunsch erhält der Rehabilitand zur Vorbereitung schriftliches Informationsmaterial. Die Klinikhomepage enthält ebenfalls ausführliche Informationen zur Klinik.

1.1.2 Orientierung in der Rehabilitationseinrichtung

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

Ziel des Wegeleitsystems ist die schnelle Orientierung und Auffinden von Bereichen in der Klinik für Rehabilitanden und Besucher. Eine Übersichtstafel mit den Abteilungen und Funktionsbereichen befindet sich im Eingangsbereich. Alle Stationen und Funktionsbereiche sind ausgeschildert. Die Pforte befindet sich im Eingangsbereich. Hier erfolgt auch die administrative Aufnahme der Rehabilitanden. Alle Rehabilitanden werden von den Therapeuten in die Behandlungsräume begleitet. Zurück auf Station werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes begleitet.

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.

Alle Vorgänge der administrativen Aufnahme von Rehabilitanden sollen freundlich, transparent und rehabilitandenorientiert erfolgen und Sicherheit vermitteln. Der Aufnahmeprozess für elektive Rehabilitanden ist geregelt. Die Anmeldung erfolgt durch den Sozialdienst oder den behandelnden Arzt. Der Aufenthalt kommt für geriatrische Rehabilitanden in Frage, bei denen nach den Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Rehabedürftigkeit und -fähigkeit gegeben sind.

1.1.4 Ambulante Rehabilitandenversorgung

Die ambulante Rehabilitandenversorgung verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Rehabilitandenbedürfnisse.

Das ärztliche und pflegerische Aufnahmeverfahren für den ambulanten Rehabilitationsprozess ist durch standardisierte Aufnahmeformulare geregelt. Die Aufnahme des Rehabilitanden erfolgt durch das Pflegepersonal und durch den Stationsarzt mit standardisierten Formularen auf der Station. Wichtige Informationen über Zimmerzuweisung, Tagesablauf (Visitenzeiten, Essenausgaben etc.) und sonstige Angebote (TV, Telefon, Aufenthaltsraum, Zeitschriften) erhält der Rehabilitand vom Pflegepersonal.

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.

Ziel ist die vollständige und zeitnahe Stuserhebung des Rehabilitanden und die Erfassung möglicher Risiken, um eine adäquate Behandlungs- und Pflegeplanung durchführen zu können. Die Dienstanweisung zur Dokumentation regelt die einheitliche und zeitnahe Dokumentation der Aufnahme der Therapie und den Verlauf der Rehabilitation. Aufnahmeformulare ermöglichen eine umfassende Befunderhebung ärztlich, pflegerisch und therapeutisch. Die Abstimmung zwischen den beteiligten Berufsgruppen erfolgt im

geriatrischen Assessment.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Ziel unserer Regelungen ist es, den Rehabilitanden Mehrfachuntersuchungen zu ersparen. Durch den engen Kontakt zu den einweisenden Ärzten wird schon bei der Terminvergabe auf das Mitbringen von Vorbefunden hingewiesen. Weiterhin weist das Sekretariat des Chefarztes bereits auf erforderliche Vorbefunde mit dem Anschreiben zum geplanten Aufnahmetermin hin. Die Bereitstellung erfolgt per Brief oder Fax. Verantwortlich für die Nutzung von Vorbefunden ist der Chefarzt der Fachabteilung.

1.2.3 Festlegung des Rehabilitationsprozesses

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

Unser Ziel ist die Behandlungsplanung entsprechend den Leit- und Richtlinien der Fachgesellschaften und die Erfüllung der Erwartungen der Rehabilitanden an die Behandlung. Verantwortlich für die Planung der Diagnostik und Therapie ist der Chefarzt der Abteilung. Für die Pflege ist die Pflegedirektorin verantwortlich. Die Pflegeplanung erfolgt nach Pflegestandards. Die nationalen Expertenstandards in der Pflege finden ebenfalls Anwendung.

1.2.4 Integration von Rehabilitanden in die Behandlungs-/Therapieplanung

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

Ziel der Behandlungsplanung ist die Integration und die Akzeptanz des Behandlungsprozesses durch den Rehabilitanden. Entsprechend den Unternehmensgrundsätzen und dem Leitbild steht der Rehabilitand im Mittelpunkt all unserer Bemühungen. Bei der ärztlichen und der pflegerischen Aufnahme werden Bedürfnisse, Wünsche und Anregungen des Rehabilitanden bei der Planung des Behandlungsprozesses berücksichtigt. Das therapeutische Team (Arzt, Pflegepersonal, Therapeuten, Sozialarbeiter, Seelsorge) ist daran beteiligt. Die Verantwortung trägt der Chefarzt.

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.

Das Qualitätshandbuch der Fachklinik Baumholder beschreibt die relevanten Prozesse der Rehabilitation über einen Prozessstandard von Anmeldung des Rehabilitanden bis zur Entlassung. Hierin einbezogen sind die Diagnostik, die therapeutische Versorgung und die Überleitung in nachsorgende Einrichtungen bzw. in das häusliche Umfeld. Die ärztliche Behandlung orientiert sich an den Leitlinien der Fachgesellschaften Behandlungspfaden. Die Pflege erfolgt nach hausinternen Pflegestandards, die sich an den nationalen Expertenstandards orientieren.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Ziel ist die Sicherstellung einer hochwertigen Rehailitantenversorgung unter Berücksichtigung neuester medizinischer und pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in Planung und Umsetzung der Rehabilitation. Die Verantwortung für die Anwendung liegt beim Chefarzt. Die ärztliche Behandlung orientiert sich an den Leitlinien der Fachgesellschaften sowie hauseigenen Therapievorgaben. Für die Pflege existieren Pflegestandards, die an die bundesweiten Expertenstandards angepasst sind. Anhand der Aktivitäten des täglichen Lebens wurden Pflegestandards erarbeitet.

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.

Durch die Aufklärung wollen wir die Mitwirkung der Rehabilitanden und Angehörigen an der Rehabilitation fördern. Verantwortlich ist der Chefarzt. Die Durchführung ist über eine Dienstanweisung geregelt. Besuchszeiten sind vorhanden. Weckzeiten werden speziell festgelegt. Die Mitarbeiter sind angehalten sich dem Rehabilitanden vorzustellen. Sie tragen einheitliche Namensschilder, eine Dienstanweisung existiert. Auf der Übersichtstafel im Eingangsbereich sind Verantwortliche benannt. In verschiedenen Bereichen stellen sich die Mitarbeiter auf Fotopostern vor.

1.3.5 Koordination des Therapieaufenthaltes

Die Durchführung der Therapie/Behandlung erfolgt koordiniert. Grundlagen zur Koordination der Behandlung sind in den fachspezifischen Leitlinien, therapeutischen Standards und Pflegestandards festgelegt. Die Verantwortung obliegt dem Leiter der Fachabteilung und der Pflegedirektorin. Die Verantwortung für die zügige Durchführung der diagnostischen Maßnahmen ist bei der Funktionsabteilung angesiedelt. Die Koordination der Terminvergabe für die diagnostischen Maßnahmen übernimmt die Funktionsabteilung in Abstimmung mit dem Pflegedienst auf Station. Die Dringlichkeit ist vom anfordernden Bereich festzulegen.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung

Die Behandlung/Therapie des Rehabilitanden erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird ausdrücklich durch das Direktorium des Klinikums gefördert und liegt in dessen Verantwortung. Dies gilt für die Fachabteilungen insbesondere vor dem Hintergrund der Zentrenbildung. In der Therapie geriatrischer Rehabilitanden ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit von entscheidender Bedeutung. Dieser Gedanke ist im Qualitätshandbuch definiert und konkretisiert sich in der wöchentlichen Teambesprechung des geriatrischen Behandlungsteams.

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. Die sozialmedizinische Beurteilung des Rehabilitanden bezieht sich mit Blick auf die spezifischen Anforderungen des geriatrischen Rehabilitanden auf die häusliche Situation und die Alltagskompetenz. Die Einschätzung der beruflichen Situation ist für die Fachklinik Baumholder nicht relevant.

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.

Die Leistung der Therapieabteilung richtet sich an die Rehabilitanden und an deren Angehörigen. Vor Beendigung der Rehabilitation besteht für die Angehörigen das Angebot zur Anleitung im Umgang mit den Patienten. Weiterhin wird gemeinsam mit den Angehörigen das häusliche Umfeld des Rehabilitanden erörtert. Erforderliche Hilfsmittel werden angefordert. Sollte eine Unterbringung im gewohnten häuslichen Umfeld nicht möglich sein, so wird für den Rehabilitanden eine nachsorgende Einrichtung vermittelt. Koordinierend ist in diesen Prozess der Sozialdienst eingeschaltet.

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.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Ziel des Schnittstellenmanagements ist die direkte Aufnahme des Rehabilitanden in die Rehaklinik aus vorbehandelnden Einrichtungen sowie die geplante zeitnahe Entlassung von Rehabilitanden aus der stationären Rehabilitation in den ambulanten Bereich bzw. entsprechende Pflegeeinrichtungen.

Verantwortlich für die Koordination ist die ärztliche Leitung. Die Planung sieht die direkte Kontaktaufnahme zu vor- und nachbehandelnden Einrichtungen über den Stationsarzt sowie den Sozialdienst vor. Der qualifizierte Austausch erfolgt über die wöchentliche Teambesprechung.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Die Aufgaben und Verantwortungsbereiche sollen für die Stelleninhaber umfassend, klar und verständlich beschrieben sein. Durch die Formulierung der fachlichen Anforderungen soll das Anforderungsprofil klar umrissen und mit den Qualifikationen des Stelleninhabers vergleichbar sein. Die Festlegung der Aufbauorganisation obliegt der Klinikleitung und ist in einem Organigramm abgebildet. Die Anforderungen an eine Stelle sind in Stellenbeschreibungen niedergelegt. Spezifische Leistungsanforderungen werden zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern festgelegt.

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.

Jährlich wird ein innerbetrieblicher Fortbildungskatalog für das gesamte Klinikum erstellt. Diese Fortbildungen stehen auch Externen offen. Eine Stabsstelle für die innerbetriebliche Fortbildung existiert bei der Pflegedirektorin. Fachweiterbildungslehrgänge für das Pflegepersonal werden durch unser Weiterbildungsinstitut durchgeführt. Zusätzlich benötigte Qualifikationen werden durch externe Weiterbildungen sichergestellt. In den Fachabteilungen existieren ärztliche Weiterbildungsermächtigungen.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Gemäß dem Leitbild sollen die Mitarbeiter auf dem aktuellen Wissensstand in ihrem Berufsgebiet sein. Hierzu werden verschiedene Fort- und Weiterbildungsmedien angeboten. In den Fachabteilungen existiert eine Handbibliothek. Literatur des akademischen Lehrkrankenhauses wird im Studentensekretariat aufbewahrt. Für Zeitschriften existiert ein Rundlaufformular. Internetberechtigungen werden durch die EDV-Abteilung vergeben. Neben modernen Medien sind Räumlichkeiten des Weiterbildungsinstitutes, EDV-Schulungsraum, Multimedia-Hörsaal im Klinikum sowie Besprechungsräume in der Fachklinik vorhanden.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung der Rehabilitationseinrichtung berücksichtigt.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch/effizient auf seine Tätigkeit vorbereitet. Neue Mitarbeiter sollen sich gut in die Dienstgemeinschaft unseres Hauses integrieren und sich darin wohl fühlen. Weiterhin sollen Sie schnellstmöglich effektiv und effizient einsatzbereit sein. Die Verantwortung für die Einarbeitung trägt der Abteilungsleiter. Eine Bezugsperson unterstützt den neuen Mitarbeiter. Wichtige Informationen sind im Einarbeitungsordner zusammengefasst, den jeder neu eingestellte Mitarbeiter von der Personalabteilung erhält. Für die verschiedenen Berufsgruppen sind allgemeine sowie spezielle Einarbeitungskonzepte vorhanden.

3 Sicherheit in der Rehabilitationseinrichtung

3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Die Rehabilitationseinrichtung gewährleistet eine sichere Umgebung für die Rehabilitanden.

3.1.5 Gewährleistung der Rehabilitandensicherheit

Für den Rehabilitanden wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt. Die Sicherheit für besondere Patientengruppen wird durch bauliche und organisatorische Maßnahmen ermöglicht. Kinder werden nicht in der Fachklinik Baumholder versorgt. Fixierungen sind über einen allgemeinen und einen speziellen Fixierungsstandard in der Fachabteilung Psychiatrie geregelt, hierzu existieren entsprechende Protokolle zur Überwachung. Vorgaben zu Sturzprophylaxe und Umgang mit Stürzen sind über einen hausinternen Standard geregelt, er orientiert sich an den Vorgaben des nationalen Expertenstandards. Die Klinik ist rehabilitandengerecht eingerichtet.

4 Informationswesen

4.1 Umgang mit Rehabilitandendaten

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

4.1.2 Dokumentation von Rehabilitandendaten

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

Alle Dokumente eines jeden Patienten sind in einer Rehabilitandenakte zusammengefasst. Ziel ist eine vollständige, zeitnahe und nachvollziehbare Dokumentation von Rehabilitandendaten/-informationen. Die Gesamtverantwortung für die Vollständigkeit liegt beim Leiter der Fachabteilung. Die Vorgaben zur Dokumentation sind in einer Dienst-anweisung und im Qualitätshandbuch festgelegt. Mit Hilfe eines Evaluationsbogens werden in internen Audits die sachgerechte Dokumentation überprüft. Alle Mitarbeiter sind zum Datenschutz verpflichtet und sensibilisiert

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.

Ein abgestimmtes Verfahren der adäquaten Weiterleitung von Informationen ist umgesetzt. Ziel ist die zeitnahe, umfassende und korrekte Information aller Mitarbeiter über relevante Themen. Zur Informationsweiterleitung werden die elektronische Medien sowie hausinterner Postversand genutzt. Alle Bereiche des Klinikums haben zu diesen Medien Zugang. Ist der Zugriff des Mitarbeiters nicht gegeben, ist der zuständige Leiter für die Informationsweitergabe verantwortlich. Die Gesamtverantwortung für die Information aller Mitarbeiter liegt beim Direktorium.

5 Führung der Rehabilitationseinrichtung

3 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.

Ziel ist die Schaffung einer gemeinsamen Wertegrundlage für das Handeln aller Mitarbeiter. Das Leitbild richtet sich an jeden Mitarbeiter. Es stellt die Grundlage des Handelns gegenüber Patienten, Rehabilitanden und Mitarbeitern dar. Auf Konzernebene wurden Unternehmensgrundsätze entwickelt. Dieses wurde bei der Entwicklung unseres speziellen Geriatrieleitbildes berücksichtigt. Für die gesamte Klinikum Idar-Oberstein GmbH wurde durch eine Arbeitsgruppe ein Leitbild entwickelt. Ein spezielles Leitbild für die Fachklinik Baumholder ist vorhanden.

5.2.2 Festlegung der Einrichtungsprozesse

Einrichtungsprozesse und Organisationsstruktur der Rehabilitationseinrichtung sind festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten. Mit der Festlegung der Organisation verfolgen wir das Ziel, eindeutige Verantwortlichkeiten zu schaffen. Dies ist erforderlich, um strategische und operative Ziele effizient und effektiv umzusetzen. Gleichzeitig erreichen wir eine hohe Transparenz gegenüber den Mitarbeitern und Externen.

Das Organigramm wurde nach Auftrag der Geschäftsführung festgelegt und durch das Qualitätsmanagement erstellt. Es bildet die aktuelle Struktur und die Verantwortlichkeiten des Klinikums ab. Organisationsveränderungen werden regelmäßig gemeldet und im Organigramm dargestellt.

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.

Der Gesellschaftervertrag regelt Aufgaben und Befugnisse von Geschäftsführung, Aufsichtsrat und Gesellschafterversammlung. Das Klinikum verfügt über verschiedene Gremien und Kommissionen: Direktoriumssitzung, Abteilungsleiterbesprechung, Chefärztkonferenz, Stationsleiterbesprechung, Hygiene-, Transfusions-, Arzneimittelkommission, Arbeitssicherheitsausschuss. Geschäftsordnungen regeln die Gremienarbeit. Die Koordination der Gremien liegt beim Direktorium. Ziel ist durch flache Hierarchien den reibungslosen Informationsfluss sicherzustellen.

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.

Die Gesellschafter des Klinikums werden durch die Gesellschafterversammlung vertreten. Die Überwachungsfunktion übernimmt der Aufsichtsrat. Der Geschäftsführer gibt die Ziele für das strategische Geschäft vor. Die Verantwortung für das operative Geschäft des Klinikums liegt beim Direktorium. Für die Informationsweitergabe in die nachgeordneten Bereiche ist das zuständige Direktoriumsmitglied gemäß Organigramm verantwortlich. Durch regelmäßige Leitungsbesprechungen ist die Informationsweitergabe und Überwachung getroffener Entscheidungen gewährleistet.

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.

Ziel ist die Einbeziehung aller Mitarbeiter in den QM-Prozess und der Aufbau eines umfassenden Systems sowie das Streben nach kontinuierlicher Verbesserung. Bereits 2002 entschied der Träger, die Saarland Heilstätten GmbH, QM nach dem umfassenden Qualitätsmanagement-Modell EFQM in allen Einrichtungen einzuführen. Die Verantwortung für das QM liegt beim Direktorium. Für die Umsetzung ist das QM als Stabsstelle beim Verwaltungsdirektor angesiedelt. Eine Rahmenbetriebsvereinbarung regelt die Beteiligung des Betriebsrates.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Die Qualitätsziele leiten sich ab aus dem Leitbild und den strategischen Zielen. Sie werden beeinflusst durch regionale und überregionale Entwicklungen im Gesundheitswesen. Die Qualitätsziele werden durch die Abteilungsleiter entwickelt und über das QM an die QM-Steuergruppe gemeldet. Diese prüft die Qualitätsziele und gleicht sie mit der strategischen Ausrichtung des Klinikums ab. Die Kommunikation der Qualitätsziele erfolgt in den Abteilungen auch über Mitarbeiterfördergespräche. Weiterhin sind die Qualitätsziele für alle Abteilungen im Intranet veröffentlicht.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert. Mit der effizienten und effektiven Organisation wollen wir sicherstellen, dass ein systematisches QM in Anlehnung an das KTQ-Manual aufgebaut und weiterentwickelt wird. Die QM-Steuergruppe besteht aus Direktorium, Betriebsrat und Leiter QM. Sie ist verantwortlich für die QM-Organisation. Weiterhin gibt es in den Bereichen Ärztlicher Dienst, Pflegedienst und Verwaltung Ansprechpartner für das Qualitätsmanagement. Sie wirken auch als interne Auditoren. Verantwortliche Mitarbeiter für Arbeitssicherheit, Strahlenschutz, Brandschutz und Hygiene sind benannt.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Ziel der internen Qualitätssicherung ist die patientenorientierte Behandlung unter Vermeidung von Komplikationen im Behandlungsverlauf. Wesentliche Qualitätsparameter sind

- Dekubitus- und Sturzmanagement
- Fallbesprechungen
- Beteiligung am konzernweiten Benchmark bei der Erfassung von Stürzen
- Meldung nosokomialer Infektionen im Krankenhausinformationssystem
- Daten aus der externen Qualitätssicherung EVA-REHA
- Begehungen und interne Audits stellen sicher, dass festgelegte Regelungen umgesetzt werden.

Verantwortlich für die Organisation der Instrumente ist das Direktorium.

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. Ziel ist es, Verbesserungsmaßnahmen im Rahmen der internen Qualitätsentwicklung zu erhalten, die Zielerreichung zu steuern und zu überwachen. Neben der gesetzlich verpflichtenden QS beteiligt sich das Haus an freiwilligen QS-Maßnahmen bei der Dekubitusdokumentation. Das Auftreten eines Dekubitus während des Rehabilitationsaufenthaltes kann Aufschluss über die angewendeten Vorbeugungs- und Behandlungsmaßnahmen geben. International wird er als Indikator zur pflegerischen Versorgungsqualität angesehen. Stürze werden ebenfalls als Qualitätsindikator analysiert

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.

Mit Patienten-, Rehabilitanden und Mitarbeiterbefragungen wollen wir die Bedürfnisse unserer Zielgruppen erfassen und die Zufriedenheit ermitteln. Die Ergebnisse werden für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess genutzt. Die regelmäßigen Befragungen werden durch die Geschäftsführung in Auftrag gegeben und Mittel hierfür zur Verfügung gestellt. Die Befragungsinstrumente werden einheitlich für alle Häuser ausgewählt. Sie finden alle 3 Jahre statt. Daneben werden eine kontinuierliche Patientenbefragung sowie eine Befragung der einweisenden Ärzte durchgeführt.

6.3.3 Umgang mit Rehabilitandenwünschen und Rehabilitandenbeschwerden

Die Rehabilitationseinrichtung berücksichtigt Rehabilitandenwünsche und -beschwerden.

Das kontinuierliche Beschwerdemanagement gibt uns die Möglichkeit, zeitnah auf Hinweise, Wünsche und Beschwerden von Patienten und Angehörigen zu reagieren und Verbesserungsmaßnahmen unverzüglich einzuleiten. Hierfür wurde ein umfassendes Ideen- und Beschwerdenmanagement erarbeitet. Alle Ideen- und Beschwerden werden durch eine Kommission erfasst und geprüft. Verantwortlich für das Ideen- und Beschwerdenmanagement ist das Direktorium. Die schriftlichen Vorgaben existieren über das Qualitätshandbuch sowie die entsprechenden Verfahrensanweisungen.