

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 1.1 für Rehabilitationseinrichtungen

| | |
|--|---|
| Rehabilitationseinrichtung: | ATZ RPK Zentrum für psychiatrische Rehabilitation |
| Institutionskennzeichen: | 511002663 |
| Anschrift: | Sonnenbergstraße 10 66119 Saarbrücken |
| Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: | 2018-0030 RH |
| durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle: | QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche |
| Gültig vom: | 15.06.2018 |
| bis: | 14.06.2021 |
| Zertifiziert seit: | 15.06.2012 |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----------|
| Vorwort der KTQ® | 3 |
| Vorwort der Einrichtung | 5 |
| Die KTQ-Kriterien | 7 |
| 1 Rehabilitandenorientierung in der Rehabilitationseinrichtung | 8 |
| 2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung | 14 |
| 3 Sicherheit in der Rehabilitationseinrichtung | 18 |
| 4 Informationswesen | 22 |
| 5 Führung der Rehabilitationseinrichtung | 25 |
| 6 Qualitätsmanagement | 28 |

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 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.

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 **ATZ RPK Zentrum für psychiatrische Rehabilitation in Saarbrücken** 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

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

F. Wagner

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 die Leitung der Einrichtung und 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 gehört. 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 ab 15 Jahren 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 fast ausschließlich medizinische Maßnahmen durchgeführt werden. 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, 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, Zusatzweiterbildung in Sozialmedizin und Rehabilitationswesen, psycholo-



gische Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und Pädagogen, Sporttherapeuten, Ergo- und Arbeitstherapeuten, ein Rehabilitationspflegeteam und eine Internatsbetreuung zur Verfügung.

Es stehen für die Arbeitstherapie die Bereiche Ergotherapie, Druck und Papier, Hauswirtschaft, Büro/Verwaltung mit EDV und schulischer Förderung sowie als handwerkliche Bereiche Elektrotechnik mit CAD, Haus-Garten-Holz mit Grunderprobung Metall zur Verfügung, 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 eigenverantwortliche Nutzung der Sportmöglichkeiten (Gymnastikhalle, Cardiotrainingsraum, Krafttrainingsraum, Schwimmbad, Tischtennis, Tennis- und Bouleplatz) sowie Sauna, Fahrradverleih, einen Entspannungs- und Multifunktionsraum, einen wöchentlichen Kreativabend unter ergotherapeutischer Anleitung.



* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

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 einerehabilitandensorientierte 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 Refähigkeit 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, 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 (z. B. Klassifikation Therapeutischer Leistungen der DRV, RPK-Empfehlungsvereinbarung, Maßnahmedefinitionen, SGB III, V, VI, IX) und die aktuellen Therapieleitlinien (z. B. AWMF-Leitlinien). 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 BAG RPK, die Vorgaben der Leistungsträger und die Leitlinien der Fachgesellschaften in der AWMF (Psychiatrie u. Psychotherapie /038/, Psychotherapie u. Psychosomatik /051/ Schmerztherapie /041/, Sozialmedizin u. Prävention /074) angewendet. Die konzernweite Leitlinie zur Antibiotika-Therapie und die Behandlungsrichtlinien des Robert-Koch-Instituts zur Behandlung von bestimmten Infektionskrankheiten werden ebenfalls angewendet. Den hausinternen 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. Für alle Rehabilitanden findet eine Ernährungsberatung in Gruppenform statt, bei Bedarf zusätzliche Einzelberatungen durch die Diätassistentin. Der zeitnahe und zügige Transport der Speisen erfolgt in Wärmewagen. Der Küchenleiter ist für die Einhaltung des HACCP-Konzeptes (Hygienerichtlinien für Speisenversorgung) 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 werden in unserer Rehabilitationsklinik nicht durchgeführt.

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 Nice und 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 flie-

ßen 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 Arbeits-erprobung/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) und dem Sozialdienst. Auf Wunsch des Rehabilitanden werden im Vorfeld der Entlassung Angehörige, Betreuer, Arbeitgeber oder Behörden einbezogen. Ein sozialmedizinischer Kurzbericht für den Leistungsträger und ein Entlassungsbrief 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 Hau-

sarzt/Facharzt mitgegeben. Der Rehabilitand erhält einen Medikamentenplan und den Informationsbogen "Tipps für die sichere Arzneimitteltherapie". Zur Sicherstellung der weiteren medikamentösen Behandlung werden bei Bedarf Medikamente mitgegeben. Der Sozialdienst verteilt einen standardisierten praktischen Leitfaden zur Nachsorge und bei Bedarf Informationen zu Rückfallvermeidungen und Gesundheitsregeln 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 Entlassungsbrief für den weiterbehandelnden Haus- /Facharzt. Bei Verlegungen erhält die Einrichtung, die den Rehabilitanden weiterbehandelt, ebenfalls einen Entlassungsbrief. Außerdem wird dem Rehabilitanden zur möglichen Vorlage bei Ämtern und evtl. Folgeeinrichtungen ein sozialmedizinischer Kurzbericht ausgehändigt, der über Maßnahmeergebnis 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- Entlassbericht 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 Maßnahmeende 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 Entlassungsbrief und einen sozialmedizinischen Kurzbericht, welche er den Weiterbehandlern vorlegen kann. Bei Vorliegen einer Schweigepflichtentbindung werden ggf. zeitnah komplette Reha-Entlassungsberichte zugeschickt. 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 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 Vorgaben der Leistungsträger, am Wirtschaftsplan, am "Budget" und an der strategischen Zielplanung. Die Planung und Personalbedarfsermittlung erfolgen jährlich unter Einbezug der Fachverantwortlichen unter Abstimmung mit den leitenden Ärzten und der Verwaltungsdirektion. Der Betriebsrat wird im Rahmen des Mitbestimmungsverfahrens beteiligt. Ausfallquoten und -gründe sowie die Fluktuationsrate werden einmal jährlich ermittelt. Die gesetzlichen und tariflichen Gegebenheiten (EuGh) 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 Abteilungsleitern eine systematische Personalentwicklung auf der Basis der Vorgaben der Leistungsträger durch. In den einmal jährlich durchgeführten Mitarbeitergesprächen werden die Wünsche der Mitarbeiter nach spezifischen Fortbildungsangeboten erfragt. Im ärztlichen Bereich finden außerdem 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.

Die erforderliche Qualifikation der Mitarbeiter ist durch die Leistungsträger festgelegt, z.B. in der RPK-Empfehlungsvereinbarung. Die Anforderungen sind in Form von Stellenbeschreibungen niedergelegt. Bei Abweichungen der persönlichen Fähigkeiten des Mitarbeiters von seiner Stellenbeschreibung wird eine gezielte Förderung angeboten. Durch die Einarbeitungskonzepte sind die Aufgaben und der Tätigkeitsbereich jedes Mitarbeiters festgelegt. Die Einarbeitungskonzepte haben das Ziel, alle Mitarbeiter über die an sie gerichteten Erwartungen zu informieren und die Aufgaben klar zu beschreiben. Die Verantwortungsbereiche sind im Organigramm abgebildet.

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.

Es wird eine jährliche Erfassung der Fort- und Weiterbildungswünsche und -Notwendigkeiten in den Mitarbeitergesprächen und durch eine Erhebung durch die Abteilungsleitungen durchgeführt. 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 initiiert. Für die interdisziplinären Teams wird Supervision angeboten. Über einen internen Veranstaltungskalender werden weitere Fortbildungen verbindlich angeboten. Die Mitarbeiter können dafür Vorschläge machen und sich selbst mit Referaten einbringen.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Es gibt eine Betriebsvereinbarung über die finanzielle Förderung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. 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 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. Jeder Mitarbeiter hat Zugriff auf CNE Thieme (Zertifiziertes Pflegefort- und Weiterbildungssystem). Eine kleine Bibliothek steht den Mitarbeitern zusätzlich vor Ort im Zentrum zur Verfügung.

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 Rehabilitandenversorgung vor.

In dem den SHG - Kliniken angegliederten, nach zertifizierten, Lehrinstitut für Gesundheitsberufe werden Ergo- und Physiotherapeuten, Heilerziehungspfleger, Podologen, psychologische und ärztliche Psychotherapeuten und begleitet von der Krankenpflegeschule Völklingen auch Stationsassistenten, Krankenpflegehelfer und Gesundheits- und Krankenpfleger für den eigenen Bedarf und für den Gesundheitsmarkt ausgebildet. Der berufliche Lern- und Entwicklungsprozess der Schüler mit dem Ziel der Übernahme pflegerischer Verantwortung erfolgt auf Basis der geltenden Ausbildungs- und Prüfungsordnungen. Andere Fort- und Weiterbildungslehrgänge sind z. B. Kinder- und Jugendlichentherapeut, Sozialtherapeut, staatlich anerkannte Lehrkraft für Gesundheitsfachberufe, Fachpflege Psychiatrie. Es findet in Abhängigkeit von dem jeweiligen Berufsfeld mind. 2 x im Jahr ein Praxisanleitertreffen zum Informationsaustausch und zur Weiterbildung der Anleiter statt. Die Praxisanleiter werden pädagogisch (Praxisanleiterkurs) und fachlich geschult. Zur Evaluation werden allgemein anerkannte Erhebungsbogen herangezogen, ein umfassendes Evaluationssystem steht zur Verfügung. Schüler erhalten einen Aufgabenkatalog, der den Ablauf der praktischen Ausbildung regelt und festlegt. Die Einrichtungen nehmen Auszubildende aus den Ausbildungsbereichen des LfG zum Praktikum auf. Die weiterbildungsermächtigten Psychiater treffen sich jährlich im September im LfG zur Evaluation der Weiterbildung des abgelaufenen Jahres und Planung des

nächsten Jahres.

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 der Einrichtung besteht seit über 25 Jahren ein elektronisches Echtzeiterfassungssystem. In der Betriebsvereinbarung Dienstplangestaltung für Pflege und Erziehungsdienst 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 Arbeitszeiterfassung entscheidet der Mitarbeiter über seine tatsächliche Anwesenheitszeit. Gesetzliche und tarifvertragliche Vorschriften werden beachtet. Die Arbeitszeit der Vollzeitbeschäftigten verteilt sich, je nach Bereich, auf 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 Verfahrensanweisung geregelt. Alle Mitarbeiter erhalten bei der Einstellung von der Personalabteilung eine Einführungsmappe mit den jeweils aktuellen Informationen zu den Kliniken Sonnenberg (Unternehmensgrundsätze, Krankenhauszeitschrift "info intern", Anschreiben des Betriebsrates, des Betriebsarztes, des Sicherheitstechnikers, des Datenschutzbeauftragten, der Hygienefachkraft und des Brandschutzbeauftragten). Vom jeweiligen Vorgesetzten erhält jeder neue Mitarbeiter eine Mappe mit allgemeinen Unterlagen über die Einrichtung (Konzeption, Flyer, Notfallnummern bei Brand oder medizinischen Notfällen, Lageplan, Telefonliste der Reha-Einrichtungen Saarbrücken, Dienstanweisung "Dokumentation").

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 entsprechend der in der Betriebsvereinbarung festgelegten Kriterien honoriert. Mitarbeiterbeschwerden werden entsprechend der Verfahrensanweisung "Beschwerdemanagement" bearbeitet. Wünsche und Anregungen können in den Mitarbeitergesprächen geäußert werden. Darüber hinaus steht der jeweilige Vorgesetzte für persönliche Gespräche zur Verfügung.

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 mindestens 1mal jährlich 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 Brandschutzes angewandt.

Der vorbeugende Brandschutz dient dem Schutz und der Sicherheit von Rehabilitanden und Mitarbeitern. Dazu werden organisatorische Vorkehrungen getroffen und Übungen und Schulungen durchgeführt. Flucht- und Rettungswegepläne sind erarbeitet und ausgehängt. Brandschutzübungen und -unterweisungen werden jährlich durchgeführt und dokumentiert. 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 Pflegedienstleitung und den zuständigen Behörden vor. Externe Katastrophenschutzpläne sind mit dem Amt für Brand- und Zivilschutz abgestimmt.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

In der Rehabilitationseinrichtung wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Die Vorgehensweise bei medizinischen und psychiatrischen Notfällen ist standardisiert. Das Notfallmanagement ist durch eine Verfahrensanweisung geregelt. Beim Auftreten eines medizinischen Notfalls wird umgehend das Pflegepersonal verständigt. Das Pflegepersonal verständigt den anwesenden 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 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 Völklingen. Arzneimittel, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen, werden zusätzlich monatlich durch die ärztliche Leitung überprüft und dies im Betäubungsmittel-Buch dokumentiert. Die medizinischen Geräte werden von einer zertifizierten Firma überprüft und gewartet. (BGVa3-Prüfung und auf Funktionalität).

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 sind die leitenden Ärzte, die Pflegedirektorin, der Verwaltungsdirektor, die Hygienekommission, der hygienebeauftragte Arzt und die Hygienefachkraft. Alle Anweisungen zur Hygiene liegen im Curator vor und sind so allen Mitarbeitern zugänglich. Die Kenntnisnahme wird von den Mitarbeitern mit Handzeichen dokumentiert. Bei Begehungen durch die Hygienefachkraft wird die Einhaltung der Anweisungen und Checklisten geprüft und das Ergebnis in Protokollen erfasst. Die Bearbeitung der Optimierungspotentiale wird im Strategieteam geprüft.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden einrichtungswert hygienerelevante Daten erfasst.

Im Curator sind Formulare zur Infektionsprävention hinterlegt, eine Navigation dazu findet sich auch im Intranet. Für die Meldung sind die leitenden Ärzte verantwortlich. Gemeldete hygienerelevante Daten werden von der Hygienefachkraft erfasst. Ein Meldeformular für Gastroenteritiden - Ausbrüche steht im Curator zur Verfügung. Das Meldeformular zur Meldung von Infektionen nach dem Infektionsschutzgesetz steht im Rehabilitandendokumentationssystem zur Verfügung.

3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

Hygiesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

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 Technischen Regeln für biologische Arbeitsstoffe, der gültigen DIN EU-Normen und Gesetzesvorgaben erstellt worden. Alle Mitarbeiter haben Zugriff auf alle hygierelevanten Informationen im Curator. Darüber hinaus wird im Rahmen des Einarbeitungskonzeptes auf den Hygieneordner und dessen Inhalte verwiesen. In der Zentralküche ist das HACCP-Konzept eingeführt.

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 geregelter Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Blut- oder Blutprodukte werden in der Einrichtung nicht verwendet. Die Bestellung von Arzneimitteln sowie Medizinprodukten erfolgt über das Intranet bei der Zentralapotheke der SHG-Kliniken Völklingen durch dazu autorisierte Ärzte. Die Bestellung von Arzneimitteln, die dem Betäubungsmittel-Gesetz unterliegen, erfolgt gemäß der Verfahrensanweisung Betäubungsmittel.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

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

Die Belieferung mit Arzneimitteln erfolgt durch die Zentralapotheke der SHG-Kliniken in Völklingen. Eine zentrale Arzneimittelkommission, die zweimal jährlich tagt, ist eingerichtet. Die Anwendung von Arzneimitteln erfolgt stets zielgerichtet. Mit Arzneimitteln wird ein wirtschaftlicher Umgang gepflegt. 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). Im Pflegestützpunkt 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 abschließ-

baren Kühlschrank aufbewahrt. Angebrochene Medikamente werden gesondert markiert. Ein Tresor für Medikamente, die unter das Betäubungsmittel-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.

Blut- und Blutprodukte werden in unserer Rehabilitationsklinik nicht 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 und zur Sterilisierung vorgesehenen Instrumente 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 unserer 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 Abfallwirtschaftskonzept wird praktiziert. Restmüll wird dem Gemeinwohl verträglich entsorgt. Durch ein ausgeklügeltes Gebäudeleitsystem wird der Energieverbrauch (Wasser, Elektrizität, Gas) gesenkt. Ein Arbeitskreis "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 Dienstanweisung zur Dokumentation, die allen Mitarbeitern zugänglich ist. Sie regelt die ärztliche, pflegerische und therapeutische Dokumentation, die Aufbewahrungsdauer und die Einsichtsrechte. Nach Abschluss der Behandlung werden die Akten digitalisiert und stehen im Krankenhausinformationssystem 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, sichert eine leserliche, allen gesetzlichen Anforderungen und den Anforderungen der Rentenversicherungsträger entsprechende Dokumentation. Labordaten und Ergebnisse technischer Untersuchungen wie z. B. Röntgen, EKG, Sonographie werden im Krankenhausinformationssystem elektronisch bereitgestellt. Die relevanten Informationen werden von allen Mitarbeitern vollständig in den Akten dokumentiert. Im Krankenhausinformationssystem 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 unter Berücksichtigung des Datenschutzes 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 für jeden Rehabilitanden eine Akte mit allen therapeutischen, medizinischen und pflegerischen Inhalten. Diagnostische Daten, Vorbefunde, Verläufe incl. Schriftwechsel etc. finden sich darüber hinaus in elektronischer Form im Rehabilitandendokumentationssystem. Sowohl auf die "Papierakte" als auch auf die Teile der elektronischen Akte besteht für alle berechtigten medizinisch, pflegerisch und therapeutisch tätigen Mitarbeiter ständige Zugriffsmöglichkeit. Der Zugriff auf die archivierten Rehabilitandenakten ist für alle berechtigten Mitarbeiter rund um die Uhr möglich.

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 Rehabilitationseinrichtung stellt durch strukturierte berufsgruppenübergreifende Besprechungen eine kontinuierliche Informationsweitergabe sicher. Zu den Besprechungen zählen z. B. die täglichen Frühbesprechungen, multiprofessionelle Fallbesprechungen, Gesamtteam, Leitungsteam, Strategieteam, Lenkungsausschuss. Es gibt Geschäftsordnungen und Protokolle für alle Besprechungen. Die technische Infrastruktur unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen wird genutzt, um einen weiteren Informationsaustausch sicherzustellen, z. B. Krankenhausinformationssystem. Über das Intranet/Curator ist es möglich, klinik- und konzernübergreifende Informationen abzufragen (Veranstaltungen, Telefonlisten, Dienstanweisungen, Standards, Verfahrensanweisungen, etc.).

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 Aufnahmekoordinatorin und das Sekretariat sowie die Internatsleitung. Eine ständige Vertretung ist festgelegt. Von dort erfolgt ggf. Weiterleitung an die zuständige Stelle zur Bearbeitung. Anfragen außerhalb der Kernarbeitszeit werden entweder durch den Stützpunkt Pflege aufgenommen (24 Stunden) oder auf einem Anrufbeantworter registriert und am nächsten Arbeitstag bearbeitet. Zentrale Auskunftsstellen sind auf dem aktuellen Informationsstand: zu Belegungssituation, Konzeptionen, Telefonlisten usw. Die Erreichbarkeit ist sichergestellt durch Telefon, Dect-Telefon, Anrufbeantworter und per E-mail.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Die Rehabilitationseinrichtung informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Es gibt ein Handbuch für Öffentlichkeitsarbeit, das für die SHG-Gruppe verbindlich ist. Es wird in Verantwortung der ärztlichen Leitungen in Zusammenarbeit mit den SHG- Kliniken Sonnenberg ein jährlicher Fortbildungskalender für Personal und interessierte Dritte zu fachspezifischen Themen im Rahmen der Sonnenberg- Seminare erstellt. Es besteht ein regelmäßiger Kontakt und Austausch mit psychiatrischen Abteilungen (Vorstellung der Behandlungsmöglichkeiten der Einrichtungen) in den Krankenhäusern, Ambulanzen, sozialpsychiatrischen Diensten, bei niedergelassenen Ärzten sowie psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten, Beratungsstellen, betreuten Wohneinrichtungen, Selbsthilfegruppen, Arbeitskreisen, beruflichen Rehabilitationseinrichtungen und Beratungsstellen. Es finden regelmäßige Besprechungen mit den relevanten Leistungsträgern statt. Des Weiteren werden fortlaufend Fachbeiträge in Presse, Rundfunk und Fernsehen veröffentlicht. Ständiger Kontakt zur Öffentlichkeitsreferentin des Klinikkonzerns zum Informationsaustausch und zur Vernetzung von Aktivitäten. Es werden zweiwöchentlich stattfindende Informationstermine für Interessierte angeboten. Bei Bedarf werden Einzeltermine vereinbart. Es werden wissenschaftliche Fachtagungen durchgeführt. Zweimal jährlich finden Fortbildungslehrgänge für Fachkräfte der Rehabilitation und Integration von Menschen mit Behinderungen im Rahmen der Reha-Akademie Berlin statt. Die ärztliche Leitung ist einmal jährlich als Referentin für integrierte psychiatrische Rehabilitation bei der Akademie für Sozialmedizin der Deutschen Rentenversicherung Bund in Ber-

lin tätig. Dort finden jährlich Besprechungen mit den zuweisungsrelevanten Ärzten der DRV Bund statt. Im 4. Quartal entscheidet das Leitungsteam über öffentlichkeitswirksame Maßnahmen für das Folgejahr.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Durch entsprechende organisatorische Regelungen wird die Prüfung der Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen sichergestellt. Zur Umsetzung der Erfordernisse sind ein externer Datenschutzbeauftragter sowie ein Ansprechpartner für den Datenschutz bestellt. Es finden regelmäßige Begehungen durch den Datenschutzbeauftragten statt. Der Datenschutzbeauftragte wird durch den externen Datenschutzbeauftragten supervidiert und unterstützt. Der interne Zugriff auf das Krankenhausinformationssystem und andere Anwendungen ist durch die Vergabe von Berechtigungen hierarchisch geregelt und durch entsprechende Zugangsmechanismen (Eingabe von Passwörtern) gesichert. Zugriff durch Externe ist grundsätzlich nicht möglich. Für die Nutzung von E-Mail und Internet existiert eine Betriebsvereinbarung, welche im Intranet veröffentlicht ist.

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 Geschäftsführung hat ein Rahmenkonzept zur Sicherstellung der EDV-Informationstechnik in der SHG-Gruppe erstellt, in das alle Kliniken und Einrichtungen eingebunden sind. Geschäftsführung und Verwaltungsdirektion werden die entsprechenden Konzepte von der IT-Leitung präsentiert. Dabei wird der Rahmen für die künftige Ausrichtung der EDV festgelegt und ggf. werden konkrete Entscheidungen getroffen. Konzernweit wurde zwischen der Geschäftsführung und den Betriebsräten eine Rahmenvereinbarung zur Information und Kommunikation abgeschlossen, die den Ausbau der EDV-gestützten Systeme regelt. Der Betrieb der EDV-Systeme liegt in der Verantwortung der EDV-Abteilungen, welche hierbei von externen Dienstleistern unterstützt werden. Die SHG-gruppenweit eingesetzten KIS (Krankenhausinformationssysteme) und Datenbanksysteme sind hochverfügbar ausgelegt, d.h. entsprechende Ausfallkonzepte sind implementiert. Dies gilt ebenso für klinikspezifische Systeme unter Berücksichtigung des Kosten-Nutzen Aspektes. Tägliche Sicherung der Server und Daten schützt vor Datenverlust. Neben den genannten Strategien unterstützen die EDV-Systeme die Kommunikation der Mitarbeiter untereinander. Ebenso werden die EDV-Systeme zukunftssicher gestaltet und ausgebaut.

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 haben 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 überarbeiten.

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.

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

5.2.2 Festlegung der Einrichtungsprozesse

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

Die Konzeptionen werden von den leitenden Ärzten erstellt. Die Konzeptionen werden von den Leistungsträgern geprüft und sind die Grundlage des Versorgungsvertrages. Die Konzeptionen werden alle 3 Jahre bzw. nach Bedarf geprüft, korrigiert und ggf. ergänzt.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Notwendige Investitionen werden in einem Finanz- und Investitionsplan festgelegt, 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. Längerfristige Planungen werden in den einjährigen 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 dahingehend 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 Gremienarbeit.

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 der Einrichtung klar geregelt. Der Verwaltungsdirektor, die leitenden Ärzte, die therapeutische Leitung und die Pflegedirektorin sind Mitglieder in allen Leitungsgremien. Die Gremienarbeit ist durch Geschäftsordnungen strukturiert und koordiniert. Eine effektive Arbeitsweise wird dahingehend 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.

Anhand der Daten aus dem internen Qualitätsmanagement und der externen Qualitätssicherung werden vom Strategieteam Maßnahmen empfohlen. Der Lenkungsausschuss als Koordinations- und Organisationsgremium initiiert und kontrolliert die Maßnahmen. Die ärztlichen Leiter und die Abteilungsleiter sind in allen Leitungsgremien vertreten.

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 ist Mitglied im Ethikkomitee.

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 "Umgang mit Sterbenden oder Verstorbenen" ist der Umgang mit Verstorbenen geregelt.

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.

In einem Grundsatzbeschluss hat die Einrichtung ein umfassendes Qualitätsmanagement als unverzichtbare Grundlage für die Weiterentwicklung und Zukunftssicherung des Hauses festgelegt. Langfristige Qualitätsziele sind darin definiert. Der Lenkungsausschuss als Steuerungsinstrument der Qualitätspolitik wurde gegründet. Er definiert die Qualitätsziele und unterstützt die Erreichung der Ziele, wie sie im Grundsatzbeschluss für die Einrichtung und in dem Leitbild dargelegt sind. Der Lenkungsausschuss ist die Koordinations-, Planungs-, Controlling- und Steuerungsinstanz sämtlicher Qualitätsmanagement-Aktivitäten und -Projekte im Sinne des PDCA-Zyklus.

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 im Grundsatzbeschluss festgelegt. Sie orientieren sich an den Unternehmensgrundsätzen des Konzerns und dem Leitbild der Einrichtung. Die langfristigen und kurzfristigen Qualitätsziele werden im Lenkungsausschuss 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 internen Befragungen und der Auswertungen der Leistungsträger, sowie den regionalen und überregionalen Entwicklungen im Gesundheitswesen. Die Umsetzung erfolgt durch die tägliche Arbeit und im Rahmen von Projekten.

6.2 Qualitätsmanagementsystem

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Im QM-Organigramm ist die Organisationsstruktur dargestellt und in den Geschäftsordnungen des Lenkungsausschusses, des Strategieteam, des Leitungsteams und dem Besprechungsplan transparent beschrieben. Im Grundsatzbeschluss ist das umfassende Qualitätsmanagement schriftlich gefasst und die Verantwortung und Verpflichtung der Leitung für Qualität 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 (Mitarbeiter, Rehabilitanden, Zuweiser), der Protokolle der Begehungen (z. B. Arbeitssicherheit, Hygiene, Datenschutz usw.), des Beschwerdemanagements und der wirtschaftlichen Daten (z.B. Belegung, Wirtschaftsplan usw.) sind die Grundlagen der internen Qualitätssicherung. In jährlich durchgeführten Audits wird die Einhaltung der Dienst-, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen überprüft. Im Strategieteam werden Abweichungen von den Soll-Vorgaben festgestellt und Optimierungsbedarf zur Bearbeitung an den Lenkungsausschuss weitergeleitet. Im Lenkungsausschuss werden dazu Maßnahmen (Projekte, Quick-Win Maßnahmen) entwickelt.

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 Belegungs- und Auslastungsstatistik sowie eine Beschwerdemanagementstatistik. Es wird zweimal jährlich eine Befragung der Rehabilitanden zur Aufnahmesituation durchgeführt. Es wird eine fortlaufende Befragung der Rehabilitanden in der letzten Maßnahmewoche zum Aufenthalt in der Einrichtung 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 Katamneseerhebungen durchgeführt. Es gibt zu qualitätsrelevanten Prozessen wie z.B. Dokumentation und Laufzeit der Entlassungsberichte Checklisten. Es gibt eine monatliche Erfassung der Entlassungen, differenziert nach Entlassungsformen. Es gibt eine Zuweiser- und Leistungsträgerstatistik. Es wird jährlich die Anzahl der Unfälle und Stürze erfasst. Die Zufriedenheit der Rehabilitanden, Mitarbeiter, Lieferanten, Zuweiser 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.

Alle 3 Jahre wird eine Rehabilitanden- und Mitarbeiterbefragung entsprechend der benannten Qualitätsziele einheitlich, standardisiert und mit Benchmark-Möglichkeit in allen SHG-Einrichtungen durchgeführt. Kontinuierlich wird eine Rehabilitandenbefragung mit Zufriedenheitsfragebögen, ebenso eine Befragung der Rehabilitanden zur Aufnahmesituation 2-mal jährlich durchgeführt. Die Ergebnisse aller Befragungen werden durch das Strategieteam bewertet und ggf. Maßnahmen eingeleitet.

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 2 Arbeitstagen mit einem Schreiben bzw. einem persönlichen Gespräch auf die Beschwerde reagieren. Der Ablauf der Beschwerdebearbeitung wird dokumentiert, die Dokumentation geht an die Qualitätsmanagementbeauftragte, die eine statistische Erfassung vornimmt und dem Strategieteam zur Bewertung vorlegt.