

## **KTQ-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog 1.1 für Rehabilitationseinrichtungen

<b>Rehabilitationseinrichtung:</b>	Fachklinik Baumholder der Klinikum Idar-Oberstein GmbH
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260711578
<b>Anschrift:</b>	Krankenhausweg 22 55743 Baumholder
<b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2017-0031 RH
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
<b>Gültig vom:</b>	16.08.2017
<b>    bis:</b>	15.08.2020
<b>Zertifiziert seit:</b>	16.08.2011

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kriterien</b>	<b>7</b>
1 Rehabilitandenorientierung in der Rehabilitationseinrichtung	8
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	14
3 Sicherheit in der Rehabilitationseinrichtung	17
4 Informationswesen	18
5 Führung der Rehabilitationseinrichtung	20
6 Qualitätsmanagement	22

## Vorwort der KTQ<sup>®</sup>

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<sup>®</sup> sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, 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<sup>®</sup> 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.

---

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren<sup>®</sup> gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde der Rehabilitationseinrichtung das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

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

Wir freuen uns, dass die **Fachklinik Baumholder** 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](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Patientinnen und Patienten,

das Klinikum Idar-Oberstein ist als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung im Landeskrankenhausplan von Rheinland-Pfalz mit 567 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 48 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 zur 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 1.200 Mitarbeiter an die 21.000 stationäre und mehr als 30.000 ambulante Patienten.

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 Leistungserbringer unterstützen das Behandlungsteam. Moderne Versorgungsformen wie 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 Hochpräzisionsbestrahlungssystem TomoTherapy®.

Das Klinikum stellt sich seiner sozialen Verantwortung zur Ausbildung in den Bereichen Medizin (Akademisches Lehrkrankenhaus der Johannes Gutenberg-Universität Mainz), Pflege (100 Ausbildungsplätze für Gesundheits- und Krankenpflege) und Verwaltung (Ausbildung in den Berufsbildern Kaufmann für Bürokommunikation und Fachinformatiker). Die Ausbildung von operationstechnischen Assistenten stellt das jüngste Ausbildungsangebot dar. Fachlehrgänge für Praxisanleiter im Gesundheitswesen, Anästhesie- und Intensivpflege, psychiatrische Pflege und Fachpflege für operative Funktionsbereiche runden das Bildungsangebot in unserem Klinikum ab.

Die Klinikleitung

# Die KTQ-Kriterien

Für das Nebenverfahren Reha Fachklinik Baumholder in der vernetzten Zertifizierung  
mit dem Hauptverfahren Krankenhaus Idar-Oberstein

Die fehlende Kriterien sind identisch mit denen im Krankenhaus Qualitätsbericht

## **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 der Rehabilitandenzufriedenheit. Unsere Regelungen sehen vor, dass die elektive stationäre Behandlung nach der Bettenkapazität geregelt und gesteuert wird. Die terminliche Aufnahmeplanung erfolgt in Abhängigkeit von Dringlichkeit der Erkrankung und optimaler Auslastung, die Stationsplanung in Abhängigkeit von Art/ Schwere der Erkrankung und zu erwartender Pflegeintensität. Hierzu wurde ein Belegungsplan erarbeitet, der sich an den Vereinbarungen mit den Kostenträgern orientiert. Verantwortlich für die Vorbereitung der stationären Rehabilitation ist der Chefarzt der Fachabteilung. Auf Wunsch erhält der Rehabilitand zur Vorbereitung schriftliches Informationsmaterial.

#### **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. Direktorium und Qualitätsmanagement sind verantwortlich für das Wegeleitsystem. Eine interne Arbeitsgruppe mit externer Unterstützung beschäftigt sich mit der Verbesserung des Wegeleitsystems.

Eine Informationstafel mit den Abteilungen und Funktionsbereichen befindet sich in der Eingangshalle der Fachklinik. Alle Stationen und Funktionsbereiche sind ausgeschildert. Die Verwaltung befindet sich im Eingangsbereich. Hier erfolgt auch die administrative Aufnahme der Rehabilitanden. Der Sozialdienst ist in direkter Nähe in den Räumen der Tagesklinik untergebracht.

Alle Rehabilitanden werden, da sie durchgängig hochaltrig und multimorbide sind, von den Therapeuten in die Behandlungsräume begleitet und wieder auf Station zurückgebracht.

#### **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.

Die administrative Aufnahme von Rehabilitanden soll gemäß dem Leitbild rehabilitandenorientiert erfolgen und Sicherheit vermitteln. Der administrative Aufnahmeprozess für elektive Rehabilitanden ist im QM-Handbuch beschrieben. Die Anmeldung erfolgt, nach Anfrage der verlegenden Klinik, der Krankenkassen oder Servicestellen, durch den Sozialdienst oder den behandelnden Arzt. Der Aufenthalt kommt für die Rehabilitanden in Frage, bei denen nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit gegeben ist. Der Rehabilitationsantrag mit Befundbericht wird per Fax an das Chefarztsekretariat übermittelt (gleicher Antrag wird an Krankenkasse wegen Kostenübernahme gegeben). Nach Überprüfung der Diagnosen zwecks Rehabilitationsindikation erfolgt die Vergabe des voraussichtlichen Aufnahmetermins in Abhängigkeit von der Kostenzusage der jeweiligen Krankenkasse und von der Aufnahmekapazität des Hauses. Die Mitarbeiter der Aufnahme informieren den Rehabilitanden über den Weg zur aufnehmenden Station.



Elektive Rehabilitanden begeben sich direkt auf die jeweilige Station. Nicht gehfähige Rehabilitanden werden durch das Pflegepersonal oder die Fahrer des Krankentransportdienstes direkt auf die Station gebracht

### **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 anhand des Pflegeassessments und durch den Stationsarzt anhand der ärztlichen Anamnese auf 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.

Grundlage für den Einbezug des Rehabilitanden ist das Leitbild. Hierin ist die Rehabilitandenorientierung beschrieben. Auf den Stationen und im Bereich der Tagesklinik ist examiniertes Pflegepersonal vorhanden. Der Facharztstandard ist über 24 Stunden gewährleistet und durch systematische Dienstplangestaltung sichergestellt. Die Mitarbeiter sind besonders im Umgang mit dem Rehabilitanden geschult. Eine Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgung ist durch das Personal sichergestellt. Wird die stationäre Behandlung erforderlich, ist eine direkte Verlegung durch die unmittelbare Nähe der Station sichergestellt

## **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 (Beispiel Dekubitus und Sturz) um eine adäquate Behandlungs-, Therapie- und Pflegeplanung durchführen zu können. Die Dienstanweisung zur Dokumentation regelt konzernweit die einheitliche und zeitnahe Dokumentation der Anamnese, der Therapie und den Verlauf der Rehabilitation. Standardisierte Anamnesebögen und Pflegeassessments stellen eine umfassende Befunderhebung ärztlich, pflegerisch und therapeutisch sicher. Für alle Mitarbeiter verbindlich sind diese Regelungen im QM-Handbuch niedergelegt. Die Verantwortung für die Durchführung liegt beim Chefarzt und der Pflegedirektorin.

Bei Einzelgesprächen zwischen Arzt und Rehabilitanden im Arztzimmer ist der Datenschutz gewährleistet. Erfolgt die Aufnahme im Rehabilitandenzimmer, werden gehfähige Mitpatienten und Besucher aus dem Zimmer gebeten. Bei nicht gehfähigen Mitrehabilitanden wird der Rehabilitand um Einverständnis gebeten, dass Mitrehabilitanden im Zimmer bleiben können. Bei Untersuchungen in Mehrbettzimmern wird die Intimsphäre über Sichtschutz durch den Körper gewahrt.

### **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. Im Qualitätshandbuch wird auf die Nutzung von Vorbefunden hingewiesen.

### **1.2.3 Festlegung des Rehabilitationsprozesses**

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

Unser Ziel ist es sicherzustellen, dass die Behandlungsplanung entsprechend den Leit- und Richtlinien der Fachgesellschaften erfolgt und die Anforderungen und Erwartungen der Rehabilitanden an die Behandlung so weit wie möglich erfüllt werden. Verantwortlich für die Planung der Diagnostik und Therapie ist der Chefarzt der Abteilung. Für die Pflege ist die Pflegedirektorin verantwortlich. Eine Dienstanweisung zur Dokumentation regelt die Dokumentationspflichten für Ärzte, Pflegekräfte und andere Berufsgruppen. Die Pflegeplanung erfolgt nach Pflegestandards. Notfallbehandlungen erfolgen nach hausinternen Leitlinien, die an den aktuellen Behandlungsleitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften orientiert sind. Die Vorgaben zur Therapie sind im Qualitätshandbuch niedergelegt. Die Therapieabteilung hat Therapiestandards unter Berücksichtigung der ICF erstellt.

Zielsetzung der geriatrischen Behandlung ist außer der gesundheitlichen Stabilisierung die mögliche Wiederherstellung von Selbständigkeit und körperlicher und geistiger Funktionalität. Dem Rehabilitanden soll ermöglicht werden ohne oder mit möglichst geringer Pflegeabhängigkeit ein aktives, selbstbestimmtes Leben weiterzuführen. Voraussetzung zur Erreichung dieses Zieles ist eine professionelle Teamarbeit von Ärzten, Pflegepersonal, Therapeuten, Sozialarbeitern, Logopäden, Psychologen und Seelsorgern. Alle aufgezählten Berufsgruppen verstehen sich als Diagnostiker und als Therapeuten. Die Ärzte der Klinik sind für die Diagnostik und Therapie der zur Einweisung führenden Grunderkrankung und für den Rehabilitationsprozess verantwortlich. Dies gilt auch für die Diagnostik und Therapie der begleitenden Zusatzkrankungen bei den ausschließlich multimorbiden Rehabilitanden.

### **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 Anamnese und dem pflegerischen Assessment 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.

Die organisatorische Sicherstellung zur angemessenen Information der Rehabilitanden ist über die Assessments umgesetzt. Hierin werden die wesentlichen Aspekte der Rehabilitation und zum Rehabilitandenstatus erhoben. Der berufsgruppenübergreifende Austausch zum Rehabilitanden erfolgt in den Visiten sowie in der wöchentlichen Teamsitzung. Hierin sind alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen vertreten. Der persönliche Einbezug des Rehabilitanden sowie seiner Angehörigen erfolgt in der Visite. Die Grundlage zur organisatorischen Sicherstellung ist im Leitbild definiert. Gesetzliche Vorgaben zum Datenschutz werden umgesetzt.

Ziel ist der umfassende Einbezug der Angehörigen, dieser ist über organisatorische Maßnahmen sichergestellt. Der Status des Rehabilitanden wird im Pflegeassessment erhoben. Das Formular fordert in der Kopfzeile die wesentlichen Bezugspersonen, hierunter fallen die Angehörigen mit den Kontaktdaten Anschrift und Telefonnummern. Soweit erforderlich werden gesetzliche Betreuer mit ihren Kontaktdaten aufgeführt. Verantwortlich ist das Pflegepersonal.

Im ärztlichen Assessment wird die Lebenssituation vor Aufnahme erhoben. Hierbei sind auch die Angehörigen oder Betreuungssituation einbezogen. Verantwortlich ist der Stationsarzt.

## **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 beschreibt die relevanten Rehaprozesse über einen Prozessstandard von Anmeldung 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. Der Facharztstandard ist durch eine entsprechende, dem jeweiligen Chefarzt unterstehende Dienstplangestaltung gewährleistet. Die Pflege erfolgt nach hausinternen Pflegestandards. Diese orientieren sich an den nationalen Expertenstandards (z.B. Dekubitus). Die pflegerische Qualität wird durch ausschließlich dreijährig-examinierte Pflegekräfte sichergestellt. Durch konsequente Fort- und Weiterbildung wird ein hohes Behandlungsniveau sichergestellt. Verantwortlich für die Teilprozesse im Bereich der Pflege und Therapie ist die Pflegedirektorin, für den ärztlichen Bereich der Chefarzt Geriatrie

### **1.3.2 Anwendung von Leitlinien**

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

Ziel ist die Sicherstellung einer angemessenen Rehabilitation unter Berücksichtigung medizinischer und pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in der Planung und Umsetzung der Pflege und Rehabilitation. Die Verantwortlichkeit für die Anwendung von Leitlinien liegt beim Chefarzt. Die ärztliche Behandlung orientiert sich an den externen Leitlinien der entsprechenden Fachgesellschaften sowie hauseigenen Leitlinien und Therapievorgaben. Externe und interne Leitlinien sind hausintern in elektronischer Form verfügbar. Für die Pflege existieren hausinterne Pflegestandards, die teilweise an die bundesweiten Expertenstandards wie Dekubitus oder Sturz angepasst sind. Anhand der Aktivitäten des täglichen Lebens wurden Pflegestandards erarbeitet, sie sind für alle Abteilungen verbindlich. Im Rahmen der Stellenbeschreibung ist die Anwendung verbindlich geregelt. Die Verantwortung für die Anwendung der Pflegestandards liegt bei der Pflegedienstleitung.

Der Anstoß für die bereichsübergreifende Entwicklung von Leitlinien kommt in der Regel aus Direktorsbeschlüssen. Leitlinien werden gemeinsam durch die Abteilungen entwickelt. Fachübergreifende Regelungen liegen z.B. im innerbetrieblichen medizinischen Notfallmanagement vor. Weiterhin wurden Therapiestandards von Ergo- und Physiotherapeuten unter Bezug auf die ICF erstellt. Die Gesamtverantwortung liegt beim Direktorium.

### **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 des Rehabilitanden und seiner Angehörigen an der Behandlung fördern. Verantwortlich für die Aufklärung ist der Chefarzt. Die Durchführung ist über eine Dienstanweisung geregelt.

Besuchszeiten sind geregelt und berücksichtigen die Therapiezeiten. Ausnahmen werden mit dem Behandlungsteam abgestimmt. Weckzeiten werden speziell festgelegt, es werden keine Patienten vor 6.20 Uhr geweckt. Die Verantwortung liegt beim Direktorium.

Alle Mitarbeiter sind angehalten sich dem Rehabilitanden vorzustellen. Sie tragen einheitliche Namensschilder, eine Dienstanweisung existiert. Auf der Übersichtstafel im Eingangsbereich und in der Beschilderung sind Verantwortliche benannt. In verschiedenen Bereichen stellen sich die Mitarbeiter auf Fotopostern vor.

Räumlichkeiten sind vorhanden: Untersuchungs-, Arztzimmer. Für Rehabilitanden gibt es Etagenaufenthaltsräume/ gemeinsamer Speiseraum, Raum der Stille. Unterbringung von Begleitpersonen im Rehabilitantenzimmer ist möglich. Die Nutzung von Serviceleistungen ist möglich. Das Angebot zur Nutzung der Cafeteria besteht im benachbarten Seniorenwohnheim.

### **1.3.4 Rehabilitandenorientierung während des Therapieaufenthaltes: Ernährung**

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

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

### **1.3.5 Koordinierung des Therapieaufenthaltes**

Die Durchführung der Therapie/Behandlung erfolgt koordiniert.

Verantwortung für die zügige Durchführung der diagnostischen Maßnahmen ist bei den jeweiligen Leitern 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. Auf standardisierten Konsilanforderungsscheinen ist die Dringlichkeit zu vermerken.

In der Dienstanweisung zur Dokumentation sind die Dokumentation und die Verantwortlichkeiten verbindlich für alle an der Rehabilitation Beteiligten geregelt. Für die Einhaltung ist der Chefarzt sowie die Pflegedirektorin verantwortlich.

In der Fachklinik begleiten examinierte Mitarbeiter des Pflegedienstes der jeweiligen Stationen die Rehabilitanden.

### **1.3.6 Koordinierung der Behandlung: chirurgische Eingriffe**

Die Durchführung der Behandlung chirurgischer Eingriffe erfolgt koordiniert.

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

### **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 manifestiert und konkretisiert sich in der wöchentlichen Teambesprechung des geriatrischen Behandlungsteams.

Das Konsilwesen ist über Standardformulare geregelt. Die Stufe der Dringlichkeit ist entsprechend zu vermerken. Bei der Angabe der Dringlichkeitsstufe "Eilt", erfolgt das Konsil am selben Tag. Die Rückmeldung an den Anforderer erfolgt im direkten Gespräch. Ist dies nicht möglich, vermerkt der Konsilarzt die empfohlenen Maßnahmen im Formular und informiert gegebenenfalls den Pflegedienst über Maßnahmen. Ein Rücksprache des anfordernden Arztes mit dem Konsilarzt ist jederzeit möglich. Die Anforderung von Konsilen obliegt der Verantwortung des behandelnden Arztes.

Mit allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen finden Besprechungen zur koordinierten Behandlung des Rehabilitanden statt. Weitere institutionalisierte Besprechungsgruppen sind: Chefarztkonferenz, Röntgenbesprechungen. Für die Anforderungen von Konsilien wird der Konsilanforderungsschein genutzt. Die Regelungen zu interdisziplinären Besprechungen sind über das Qualitätshandbuch definiert. Die Gesamt-Verantwortung für die Kooperation aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen liegt beim Direktorium.

### **1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung: Visite**

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

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

### **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.

Dieses Kriterium trifft auf die Fachklinik Baumholder nicht zu.

### **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.

Das Qualitätsmanagementhandbuch strukturiert den Prozess der Anamnese für die Berufsgruppen. Detaillierte Vorgaben enthalten die entsprechenden Assessmentformulare. Das Pflegeassessment basiert auf den Aktivitäten des täglichen Lebens. Nach dem pflegerischen folgt das ärztliche Assessment. Es beinhaltet neben der körperlichen Untersuchung auch die Sozialanamnese, den psychischen Zustand und die Funktionalität. Die erforderlichen Therapien werden festgelegt und erweiternd bei Bedarf der Sozialdienst eingeschaltet. Verantwortlich für diesen Prozess ist der Stationsarzt. Jeder Patient wird einmal pro Woche im gemeinsamen Gespräch von ärztlichem Team und Sozialdienst erörtert.

Die Einbindung aller Berufsgruppen ist über das Qualitätshandbuch, die Rehabilitandenakte und das Besprechungswesen geregelt.

In der wöchentlichen Besprechung zwischen Ärzteteam und Sozialdienst geht es um die Klärung der persönlichen Lebensumstände, die gemeinsame Planung der weiteren häuslichen oder stationären Versorgung, die Einbindung der Angehörigen bzw. Ansprechpartner, die Planung notwendiger Betreuungsverfahren, die Klärung von Unterbringungsmodalitäten. Die Besprechungspunkte werden von den Stationsärzten festgehalten.

## **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.

### **1.4.2 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.

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

### **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 Rehabilitationsklinik 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 des Schnittstellenmanagements 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.

Grundlage für die Anforderungen, die an die Einrichtungen gestellt werden, ist der Antrag auf geriatrische Rehabilitation. Hierin sind sämtliche Anforderungen aufgezeichnet, welche die aktuelle Situation des Rehabilitanden beschreiben: Funktionseinbußen bei Essen, Verwirrtheit, Ankleiden, Körperpflege, Mobilität, Toilette, Sprache, Operationen. Weiterhin wird das Rehabilitationsziel beschrieben, die erforderlichen Hilfen sowie die bestehende Pflegestufe. Auf Grundlage dieser Angaben wird die weitere Rehabilitation geplant.

Die kontinuierliche Weiterbetreuung wird durch Entlassungsbriefe an die Weiterbehandelnden sichergestellt. Verantwortlich für fristgemäße Dokumentation sind die jeweiligen Chefärzte (Dienstanweisung zur Dokumentation in den zur SHG gehörenden Kliniken). Vorbereitende Maßnahmen zur Sicherstellung der kontinuierlichen Weiterbetreuung sind im Qualitätshandbuch genannt. Sobald der Entlassungs-/ Verlegungszeitpunkt und das Ziel der Verlegung für den Rehabilitanden fest steht, nimmt der behandelnde Arzt Kontakt zur nachbehandelnden Einrichtung auf. Der Sozialdienst wird bei Bedarf zeitnah in den Prozess eingebunden, die Nachsorge wird vom Sozialdienst organisatorisch eingeleitet. Zum Zeitpunkt der Entlassung/ Verlegung werden alle relevanten Informationen zusätzlich schriftlich weitergereicht. Pflegerelevante Daten sind im Entlassungsbericht dokumentiert.

## **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.

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

### **2.2 Personalentwicklung**

Die Rehabilitationseinrichtung betreibt eine systematische Personalentwicklung.

#### **2.2.1 Systematische Personalentwicklung**

Die Rehabilitationseinrichtung betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

#### **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 an die Stelle soll das Anforderungsprofil klar umrissen und mit den Qualifikationen des Stelleninhabers vergleichbar sein. Die Festlegung der Aufbauorganisation obliegt der Geschäftsführung und ist in einem Organigramm abgebildet. Das Organigramm nennt für das gesamte Klinikum (Ärztlicher Bereich, Pflege, Verwaltung) Stellen und Verantwortliche. Es weist eine Stabs-Linien-Struktur auf. Die Anforderungen an eine Stelle sind in Stellenbeschreibungen niedergelegt. Spezifische Leistungsanforderungen werden zwischen Abteilungsleitern und Mitarbeitern im Mitarbeiterfördergespräch 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. Fachweiterbildungslehrgänge für das Pflegepersonal werden durch unser Weiterbildungsinstitut für Gesundheits- und Krankenpflege bedarfsorientiert angeboten und durchgeführt. Zusätzlich benötigte Qualifikationen im Pflegedienst, Funktionsdienst, Therapie und Verwaltung werden durch externe Fort- und Weiterbildungen sichergestellt. In den Fachabteilungen existieren ärztliche Weiterbildungsermächtigungen. Das Klinikum ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Mainz, die Ausbildung von Medizinstudenten wird durch die lehrbeauftragten Chefärzte wahrgenommen. Die Fortbildungen durch die Chefärzte sind von der Ärztekammer mit Fortbildungspunkten bewertet. Sofern notwendige Weiterbildungsqualifikationen nicht in den Abteilungen erworben werden können, erfolgt die Qualifikation in anderen Institutionen.

Der innerbetriebliche Fortbildungskatalog steht allen Mitarbeitern über das Intranet zur Verfügung. Das Intranet informiert auch konzernweit über einen Veranstaltungskalender. Das Weiterbildungsangebot des konzerneigenen Lehrinstitutes wird über Broschüre im Klinikum verteilt und am Schwarzen Brett ausgehängt. Über Bildschirmmitteilungen werden zeitnah alle Mitarbeiter in der Klinikum Idar-Oberstein GmbH über aktuelle Veranstaltungen informiert. Interne Fortbildungen werden der Ärztekammer mitgeteilt, Fortbildungspunkte werden beantragt; die akkreditierten Fortbildungen der Ärztekammer werden über das Internet und das rheinland-pfälzische Ärzteblatt verbreitet.

Fort- und Weiterbildung wird anhand der laufenden Abstimmung zwischen Aufgaben/ Anforderungen der Stelle und Qualifikation des Mitarbeiters geplant. Grundlage ist das Leistungsspektrum und das extern mit den Kostenträgern vereinbarte Budget. Die individuelle Fort- und Weiterbildung wird im Mitarbeiterfördergespräch ermittelt.

### **2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung**

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

### **2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien**

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

Entsprechend dem Leitbild sollen die Mitarbeiter auf dem aktuellen Wissenstand in ihrem Berufsgebiet sein. Hierzu werden verschiedene Fort- und Weiterbildungsmedien in der Klinikum Idar-Oberstein GmbH angeboten. In den Fachabteilungen existiert eine Handbibliothek. Literatur des akademischen Lehrkrankenhauses wird in gesonderten Räumen aufbewahrt, Verwaltung erfolgt durch das Sekretariat des akademischen Lehrkrankenhauses in der Medizinischen Klinik 1. Für Zeitschriften existiert ein Rundlaufformular. Die Berechtigungen für Intranet und Internet werden durch die Abteilung EDV vergeben. Neben modernen Medien wie Beamer, Notebooks, Flipcharts stehen eigene Räumlichkeiten des Weiterbildungsinstitutes, EDV-Schulungsraum, Multimedia-Hörsaal im Klinikum im Rahmen der Fort- und Weiterbildung zur Verfügung. In der Fachklinik Baumholder ist im Aufenthaltsraum der Station 11 ein Beamer und Leinwand installiert. Ein neuer Multifunktionsraum wurde im 1. Obergeschoss eingerichtet.

## **2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten**

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

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

## **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.

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

### **2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten**

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

### **2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern**

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch/effizient auf seine Tätigkeit vorbereitet. Neue Mitarbeiter sollen sich gut in unser Haus integrieren und sich möglichst bald darin wohl fühlen. Neue Mitarbeiter sollen schnellstmöglich effektiv und effizient einsatzbereit sein. Die Verantwortung für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter trägt der Abteilungsleiter. Eine Bezugsperson (Patin/ Pate) unterstützt den neuen Mitarbeiter in der Einarbeitungsphase. Jeder neu eingestellte Mitarbeiter erhält alle Informationen, die für seine Tätigkeit von Bedeutung. Wichtige Informationen sind im "Einführungsordner" zusammengefasst, den jeder neu eingestellte Mitarbeiter von der Personalabteilung erhält. Für ärztlichen Dienst, Pflege, Verwaltung, Reinigungsdienst und Technik sind allgemeine Einarbeitungskonzepte für den vorhanden. Individuelle Einarbeitungsunterlagen sind in den verschiedenen Bereichen entwickelt, z. B. Pflege, Therapie.

Der Einführungsordner für neue Mitarbeiter enthält für alle Berufsgruppen wichtige Informationen. Der Ordner wird bei Eintritt ins Klinikum jedem neuen Mitarbeiter bei Dienstbeginn überreicht. Die allgemeinen Einarbeitungskonzepte weisen eine einheitliche Struktur auf und benennen alle für die Mitarbeiter wichtigen Bereiche und Ansprechpartner.

Die allgemeinen Einarbeitungskonzepte werden den neuen Mitarbeitern in der Personalabteilung ausgehändigt und sind im Intranet einsehbar. Stations- und abteilungsspezifische Konzepte werden den Mitarbeitern auf Station/ Abteilung ausgehändigt. Alle Dienst- und Verfahrensanweisungen sind im Intranet hinterlegt. Bei Aufnahme der Tätigkeit wird der neue Mitarbeiter darauf hingewiesen und bestätigt mit Unterschrift, dass er sich im Intranet über alle relevanten Regelungen informiert.

### **2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden**

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

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein



### **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.

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

##### **3.1.2 Verfahren zum Brandschutz**

In der Rehabilitationseinrichtung wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

##### **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.

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

##### **3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement**

In der Rehabilitationseinrichtung wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

##### **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 (z.B. ältere, verwirrte Patienten) wird durch bauliche und organisatorische Maßnahmen gewährleistet. Kinder werden nicht in der Fachklinik Baumholder versorgt. Fixierungen sind über einen allgemeinen und einen speziellen Fixierungsstandard für die Fachabteilung Psychiatrie geregelt, hierzu existieren entsprechende Protokolle zur Überwachung der Fixierung. Vorgaben zur Sturzprophylaxe und zum Umgang mit Stürzen sind über einen hausinternen Standard geregelt. Er wurde entwickelt nach den Vorgaben des nationalen Expertenstandards. Verantwortlich für die Umsetzung der beschriebenen Maßnahmen sind die Pflegedienstleitung sowie die bauliche und technische Leitung.

Die Aufsichtspflicht der Mitarbeiter für bestimmte Patienten wird in Teambesprechungen erörtert und auf die individuelle Rehabilitandensituation festgelegt. Nach der Teamsitzung erfolgt eine schriftliche Dokumentation über die angeordneten Umgangsweisen in der Patientenakte.

Kinder werden nicht in der Geriatrischen Fachklinik für Frührehabilitation versorgt.

Psychologische Kompetenz ist beim ärztlichen Dienst der Fachklinik vorhanden. Die Mitarbeiter sind in der Kommunikation mit dem Patienten geschult. Weiterhin existiert im Klinikum die Leitlinie zum Umgang mit psychischen Ausnahmesituation regelt alle Maßnahmen, die vom Mitarbeiter in Krisensituationen zu ergreifen sind. Die Erwachsenenpsychiatrie des Klinikums steht über Konsile zur Verfügung.

## **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.

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

#### **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 Rehabilitandeninformationen. Die Gesamtverantwortung für die Vollständigkeit liegt beim Leiter der Fachabteilung. Die Vorgaben zur Dokumentation sind in einer Dienstanweisung und im Qualitätshandbuch festgelegt. Mit Hilfe eines Evaluationsbogens werden in internen Audits die sachgerechte Dokumentation überprüft. Die Mitarbeiter sind zum Datenschutz verpflichtet und sensibilisiert. Die Mitarbeiter nehmen an einer Datenschutzzunterweisung im zweijährigen Turnus teil.

Um eine vollständige Patientenakte zu gewährleisten, wurde eine Checkliste implementiert, in der noch ausstehende Befunde vom Pflegedienst vermerkt werden. Somit können sie später zugeordnet werden. Verantwortlich für diesen Prozess sind die Stationsleitung und der Stationsarzt. Die Mitarbeiter im Sekretariat prüfen nochmals die Vollständigkeit der Patientenakte und bestätigen dies mit Unterschrift und Datum.

#### **4.1.3 Verfügbarkeit von Rehabilitandendaten**

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

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

### **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.

Es existiert ein abgestimmtes Verfahren der adäquaten Weiterleitung von Informationen. Ziel ist die zeitnahe, umfassende und korrekte Information aller Mitarbeiter über relevante Themen. Zur Informationsweiterleitung werden die Medien Papier, Telefon/ Fax bzw. Intranet/ E-Mail genutzt. Alle Bereiche haben zu diesen Medien Zugang. Ist der Zugriff des einzelnen Mitarbeiters nicht gegeben, ist der zuständige Leiter für die Informationsweitergabe verantwortlich. Die Gesamtverantwortung für die Information aller Mitarbeiter liegt beim Direktorium. Jeder Mitarbeiter ist zur Nutzung der vorhandenen Informationsmöglichkeiten verpflichtet, in den Stellenbeschreibungen wird auf diese Verpflichtung hingewiesen. Daneben existieren als globale Informationsmedien die internen Zeitschriften des Trägers.

Schriftliche Vorgaben bzgl. der Kommunikationsstrukturen sind definiert über Regelungen wie Besprechungsmatrix, Organigramm, QM-Handbuch, Geschäftsordnungen der Gremien sowie Stellenbeschreibungen. In diesen Vorgaben sind Berichtspflichten, Informationswege sowie Kompetenzen definiert. Alle Mitarbeiter verfügen über eigene E-Mail-Accounts.

Die Besprechungsmatrix, das Organigramm sowie die Geschäftsordnungen sind im Intranet veröffentlicht. Stellenbeschreibungen werden Mitarbeiterbezogen erstellt und gegen Unterschrift dem Mitarbeiter ausgehändigt.

#### **4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen**

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

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

#### **4.2.3 Information der Öffentlichkeit**

Die Rehabilitationseinrichtung informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

#### **4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes**

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

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

### **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.

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

## **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.

Ziel ist die Schaffung einer gemeinsamen Wertegrundlage für das Handeln aller Mitarbeiter. Das Leitbild richtet sich an jeden Mitarbeiter und stellt die Grundlage des Arbeitens gegenüber Patienten, Rehabilitanden und Mitarbeitern dar. Auf Konzernebene wurden Unternehmensgrundsätze für alle Einrichtungen durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe entwickelt. Führungskräfte aus allen Einrichtungen waren an der Ausarbeitung beteiligt. Ein spezielles Geriatrieleitbild wurde durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe in der Fachklinik entwickelt. Die Regelungsabrede zwischen Geschäftsführung und Betriebsrat koordiniert die Entwicklung eines klinikumsinternen Leitbildes. Im Klinikum Idar-Oberstein wurde durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe ein klinikinternes Leitbild entwickelt. Die Verantwortung für das Leitbild liegt beim Direktorium des Klinikums.

Das Leitbild hängt auf allen Stationen aus. Es liegt ebenfalls als Broschüre vor und ist im Internet und Intranet veröffentlicht. Auf Basis der Unternehmensgrundsätze wurde ein spezielles Geriatrieleitbild entwickelt, im Entwurf mit den Mitarbeitern erörtert und präsentiert. Die Verpflichtung der Leitung ist im über das Qualitätsmanagementhandbuch beschrieben und umgesetzt.

Das Leitbild der Klinikum Idar-Oberstein GmbH wurde durch eine hausinterne, interdisziplinäre Arbeitsgruppe zum späteren Zeitpunkt entwickelt. Die Rehabilitanden sind hier als wichtige Zielgruppe benannt. Im Mittelpunkt steht der Mensch. Respekt und Einfühlsamkeit gegenüber jedem Menschen bilden die Grundlage unseres ganzheitlich orientierten Handelns. Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten, Schwangeren und Rehabilitanden sowie deren soziales Umfeld werden in die Behandlung einbezogen. Es ist für Führungskräfte und Mitarbeiter verbindlich. Im Rahmen einer Feierstunde wurde es präsentiert. Weiterhin ist es in Broschürenform an jeden Mitarbeiter versendet worden.

Das Leitbild ist kontinuierlich im Internet und Intranet veröffentlicht. Weiterhin ist es auf den Stationen ausgehängt.

Innerhalb der Projektgruppe wurde eine regelmäßige Evaluation vereinbart. Das Leitbild und seine Umsetzung im Alltag ist in den Befragungen thematisiert.

### **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.

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

#### **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, die erforderlich sind, um strategische und operative Ziele effizient und effektiv umzusetzen. Gleichzeitig erreichen wir eine hohe Transparenz gegenüber den Mitarbeitern und ggf. Externen.

Das Organigramm wurde nach Auftrag der Geschäftsführung festgelegt und durch das Qualitätsmanage-

ment erstellt. Es bildet die aktuelle Struktur und die Verantwortlichkeiten des Klinikums ab. Stabsstellen und Abteilungen mit Leiter, Stellvertreter bis zu den einzelnen Sachbearbeitern sind dem Organigramm zu entnehmen.

Organisationsveränderungen werden regelmäßig an das Qualitätsmanagement gemeldet und im Organigramm dargestellt.

Das Einrichtungskonzept ist definiert über die vertraglichen Regelungen zur Rehabilitation mit den Kostenträgern. Das Einrichtungskonzept ist im Qualitätshandbuch der Rehabilitationseinrichtung niedergelegt. Die wichtigsten Prozesse sind beschrieben, Verantwortlichkeiten festgelegt. Das Qualitätshandbuch wird durch die Geschäftsführung genehmigt. Es gilt als Dienstanweisung und hat damit verbindlichen Charakter.

### **5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes**

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

Siehe Qualitätsbericht des Klinikum Idar-Oberstein

## **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 die Aufgaben und Befugnisse von Geschäftsführung, Aufsichtsrat und Gesellschafterversammlung. Das Klinikum verfügt über folgende Gremien und Kommissionen: Direktoriumssitzung, zweiwöchentliche Abteilungsleiterbesprechung der Verwaltung, Chefarztkonferenz, Stationsleiter-/ Abteilungsleiterbesprechung, Hygiene-, Transfusions-, Arzneimittelkommission, Arbeitssicherheitsausschuss, etc.. Geschäftsordnungen regeln die Gremienarbeit: Häufigkeit, Tagesordnung und Protokoll, etc. Die Koordinierung von verschiedenen Gremien und Kommissionen wird durch das Direktorium vorgenommen. Ziel ist und bleibt durch flache, hierarchische Strukturen den reibungslosen Informationsfluss von "oben nach unten" zu gewährleisten und die Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Gremien- und Kommissionsarbeit durch Dokumentation zu erreichen.

Im Klinikum sind folgende Geschäftsordnungen vorhanden: Direktorium, Arzneimittelkommission, Hygienekommission, Qualitätsmanagement. Regelungen zur Transfusionskommission sind im Qualitätshandbuch für die klinische Anwendung von Blutkomponenten und Plasmaderivaten enthalten.

Kompetenzen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten sind über die Geschäftsordnungen geregelt. Zu den Terminen wird eine Tagesordnung erstellt. Diese und vorbereitete Sitzungsunterlagen werden zeitnah an die Mitglieder der Gremien versandt. Protokolle werden zu jeder Sitzung erstellt. Den Ablauf des Verfahrens regeln die Geschäftsordnungen.

Geschäftsordnungen werden den Mitarbeitern der Gremien vorgestellt und im Intranet veröffentlicht.

### **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 Überwa-

chungsfunktion übernimmt der Aufsichtsrat. Der Geschäftsführer gibt die Ziele für das strategische Geschäft vor. Für die Abstimmung zwischen Geschäftsführung und Direktorium gibt es regelmäßige Termine. Die Verantwortung für das operative Geschäft des Klinikums liegt beim Direktorium. Es besteht aus ärztlichem Direktor, Geschäftsführer und Pflegedirektorin. Für die Informationsweitergabe in die jeweils nachgeordneten Bereiche ist das zuständige Direktoriumsmitglied entsprechend dem Organigramm verantwortlich. Durch regelmäßige Leitungsbesprechungen ist Informationsweitergabe und die Überprüfung 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 QM-Systems sowie das Streben nach kontinuierlicher Verbesserung. Bereits im Jahr 2002 entschied der Träger, die Saarland Heilstätten GmbH, QM nach dem umfassenden Qualitätsmanagement-Modell EFQM in allen Einrichtungen einzuführen. Die Fachklinik Baumholder war als erste geriatrische Klinik in Rheinland-Pfalz nach den Vorgaben des Qualitätssiegels geriatrische Rehabilitation zertifiziert.

Ziel für 2017 ist die Rezertifizierung nach KTQ. Die Verantwortung für das Qualitätsmanagement im Klinikum Idar-Oberstein liegt beim Direktorium. Für die Umsetzung ist das Qualitätsmanagement als Stabsstelle beim Geschäftsführer angesiedelt. Eine Rahmenbetriebsvereinbarung regelt die Beteiligung des Betriebsrates am Qualitätsprozess.

#### **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 Klinikumsleitbild und den strategischen Zielen des Klinikums. Sie werden beeinflusst durch regionale und überregionale Entwicklungen im Gesundheitswesen. Die Qualitätsziele werden durch die Abteilungsleiter für ihre Bereiche entwickelt und über den Qualitätsbeauftragten an die QM-Steuergruppe gemeldet. Diese prüft die Qualitätsziele und gleicht sie mit der strategischen Ausrichtung des Klinikums ab. Die Kommunikation der Qualitätsziele erfolgt innerhalb der Abteilung über die Mitarbeiterfördergespräche sowie Teamsitzungen. Weiterhin sind die Qualitätsziele für alle Abteilungen im Intranet veröffentlicht. Die Umsetzung der Qualitätsziele erfolgt durch die tägliche Arbeit und im Rahmen von Projekten. Verantwortlich für die Qualitätsziele sind das Direktorium und die Leiter der Abteilungen.

### **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 Qualitätsmanagement in Anlehnung an das aktuelle KTQ-Manual aufgebaut und weiterentwickelt wird. Die QM-Steuergruppe besteht aus den Mitgliedern des Direktoriums, Betriebsrat Klinikum Idar-Oberstein und Leiter Qualitätsmanagement. Bei Bedarf werden Fachspezialisten eingeladen. Weiterhin gibt es in den Be-

reichen Ärztlicher Dienst, Pflegedienst und Verwaltung Ansprechpartner für das Qualitätsmanagement. Diese Mitarbeiter wirken auch als interne Auditoren. Verantwortliche Mitarbeiter für Arbeitssicherheit, Transfusionsmedizin, Strahlenschutz, Brandschutz und Hygiene sind unter anderem benannt. Das Qualitätsmanagement ist als Stabsstelle dem Geschäftsführer zugeordnet, eine Stellenbeschreibung für den Leiter existiert. Verantwortlich für die Organisation des QM ist die Steuergruppe. Die Informationen zum QM sind im Intranet veröffentlicht.

Die Verantwortlichkeiten sind definiert über das Organigramm, detaillierte Vorgaben enthalten die Stellenbeschreibungen. Weitere Informationen sind in der Geschäftsordnung sowie den weiteren qualitätsrelevanten Dokumenten niedergelegt.

Das Qualitätsmanagement ist klinikumsübergreifend über die QM-Steuergruppe organisiert. Es untersteht als Stabsstelle direkt der Geschäftsführung. Der Leiter des QM ist hauptamtlich verantwortlich. Die Tätigkeitsschwerpunkte des Qualitätsmanagement sind durch die Geschäftsordnung sowie Stellenbeschreibungen für das Qualitätsmanagement festgelegt.

Die Ansprechpartner für das Qualitätsmanagement sind fachlich in ihren Bereichen und Kliniken organisiert. Die Aufgaben der Ansprechpartner für das Qualitätsmanagement sind in der Geschäftsordnung für das Qualitätsmanagement festgelegt.

## 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 (z.B. wöchentliche interdisziplinäre Besprechung)
  - Beteiligung am konzernweiten Benchmark bei der Erfassung von Stürzen
  - die Meldung nosokomialer Infektionen im ORBIS
  - Daten aus der externen Qualitätssicherung EVA-REHA werden in die interne QS übernommen und ausgewertet
  - Die interdisziplinäre Tumorkonferenz ist ebenfalls eine Plattform, die der internen Qualitätssicherung dient.
  - Begehungen und interne Audits stellen sicher, dass festgelegte Regelungen umgesetzt werden.
- Verantwortlich für die Organisation der Instrumente interner Qualitätssicherung 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 und den die Zielerreichung zu steuern und zu überwachen. Neben der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung beteiligt sich das Haus an freiwilligen Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Dekubitusdokumentation. Das Auftreten eines Dekubitus während des Rehabilitationsaufenthaltes kann Aufschluss über die angewendeten Vorbeugungs- und Behandlungsmaßnahmen geben. International wird er als Indikator für Aussagen zur pflegerischen Versorgungsqualität angesehen. Stürze werden ebenfalls als Qualitätsindikator dokumentiert und ausgewertet. Verantwortlich ist die Pflegedirektorin. Für die in 6.2.2 benannten Maßnahmen der internen Qualitätssicherung werden geeignete Daten erhoben und analysiert.

Das Qualitätsmanagementsystem wird durch interne Audits überprüft. Für die Durchführung der internen Audits wird ein Auditplan erstellt. Die Audits werden durch die QM-Steuergruppe genehmigt und angekündigt. Die Audits werden von qualifizierten internen Auditoren mit Checklisten durchgeführt. Die Organisation der Audits orientiert sich an der Auditnorm. Alle Bereiche sind in die Audits einbezogen. Ergänzend werden externe Audits durchgeführt.

Die Audits werden vom Qualitätsmanagement organisiert. Die Auditoren sind langjährige, qualifizierte Mi-

tarbeiter. Entsprechende von der Norm geforderte Voraussetzungen werden berücksichtigt. Schulungen werden durchgeführt. Vertiefte QM-Kenntnisse sind bei den Mitarbeitern vorhanden.

Die Fachklinik beteiligt sich an der externen Qualitätssicherung. Ziel ist es, 100% aller geforderten Datensätze zu liefern. Die Dokumentation erfolgt softwaregestützt. Eine Schnittstelle zwischen Krankenhausinformationssystem und Erfassungssoftware (EVA-REHA) erlaubt das Übernehmen der Daten in die Dokumentationssoftware. Verantwortlich für die externe Qualitätssicherung sind die Leiter der Kliniken. Die Kommunikation der Ergebnisse ist in einer Verfahrensanweisung geregelt. Die Dokumentation erfolgt durch die Ärzte in den Fachabteilungen. Entsprechende Verantwortliche sind benannt.

### **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 deren 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 auf Konzernebene ausgewählt. Sie finden im dreijährigen Rhythmus statt. Daneben werden eine kontinuierliche Patientenbefragung sowie eine Befragung der einweisenden Ärzte als relevante Zielgruppe der Klinikum Idar-Oberstein GmbH durchgeführt. Verantwortlich hierfür ist das Direktorium. Die Befragungen werden Qualitätsmanagement organisiert.

### **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 Rehabilitanden und Angehörigen zu reagieren und ggf. Verbesserungsmaßnahmen unverzüglich einzuleiten. Hierfür wurde im Jahr 2003 ein umfassendes Ideen- und Beschwerdenmanagement erarbeitet. Es ist für jeden zugänglich. Alle Ideen- und Beschwerden werden durch eine Kommission erfasst und geprüft. Hierzu ist ein Konzept mit Verfahrensanweisungen vorhanden. Verantwortlich für das Ideen- und Beschwerdenmanagement ist das Direktorium. Das Beschwerdemanagement beinhaltet die Erfassung und Bearbeitung von eingehenden Beschwerden. Geeignete Problemlösungen werden erarbeitet, um den Beschwerdegrund zukünftig zu vermeiden. Die schriftlichen Vorgaben existieren über das Qualitätshandbuch sowie die entsprechenden Verfahrensanweisungen.

Für Rehabilitanden besteht außerdem die Möglichkeit sich mittels der kontinuierlichen Rehabilitandenbefragung über die Zufriedenheit mit ihrem Aufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung zu äußern. Die Rückmeldungen erfolgen entweder per Post oder über den Briefkasten "Kontakte". Die Auswertung erfolgt durch die Pflegedirektion. Der Patientenfürsprecher steht für die Entgegennahme von Wünschen und Beschwerden zur Verfügung, er steht in direktem Kontakt mit dem Direktorium und hat feste Sprechzeiten. Alle Mitarbeiter des Hauses sind aufgefordert Patientenwünsche und -beschwerden entgegenzunehmen und durch ein Formular an die Kommission Ideen- und Beschwerdenmanagement (Pflegedirektorin, Leiterin Personalabteilung, Betriebsrat, Sekretärin des Geschäftsführers, ärztliche Direktorin) weiterzuleiten. Im Rahmen der umfassenden Rehabilitandenbefragung mit dem Picker-Institut kann der Rehabilitand in Freitextfeldern seine Wünsche und Beschwerden äußern.