

KLINIKEN SCHMIEDER

Neurologisches Fach- und
Rehabilitationskrankenhaus



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 1.1 für Rehabilitationseinrichtungen

Rehabilitationsklinik:

Kliniken Schmieder

Institutionskennzeichen:

510831573, 510818462, 510825256 (DRV)
510835485, 510817165, 510825256 (GKV)
540810088 (ganztägig ambulant)
260832313 (Akut)

Zum Tafelholz 8
78476 Allensbach

Auf dem Berg
78262 Gailingen

Eichhornstraße 68
78464 Konstanz

Speyerhof
69117 Heidelberg

Solitudenstraße 20
70839 Gerlingen

**Ist zertifiziert nach KTQ[®]
mit der Zertifikatnummer:**

2017-0014 RH, 2017-0015 RH, 2017-0016 RH
2017-0017 RH, 2017-0018 RH

durch die von der KTQ-GmbH

zugelassene Zertifizierungsstelle: WIESO CERT GmbH, Köln

Gültig vom:

30.04.2017

bis:

29.04.2020

Zertifiziert seit:

30.04.2008

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kriterien	9
1 Rehabilitandenorientierung in der Rehabilitationseinrichtung	10
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	16
3 Sicherheit in der Rehabilitationseinrichtung	19
4 Informationswesen	23
5 Führung der Rehabilitationseinrichtung	26
6 Qualitätsmanagement	29

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 Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR).

Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Rehabilitandenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Informationswesen,
- die Führung der Rehabilitationseinrichtung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

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

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

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

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

Wir freuen uns, dass die **Kliniken Schmieder** in Allensbach, Gailingen, Konstanz, Heidelberg und Stuttgart-Gerlingen mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Rehabilitanden und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Seit über 60 Jahren behandeln die Kliniken Schmieder neurologische Patienten. Prof. Friedrich Schmieder, der die Kliniken Schmieder 1950 in Gailingen am Hochrhein gründete, gilt als Pionier der Neurologischen Rehabilitation. Heute versorgen die Kliniken Schmieder jährlich rund 13.000 neurologische Patienten / Rehabilitanden an sechs Standorten in Baden-Württemberg. Ständige Innovationsbereitschaft sowie ein hervorragendes Qualitätsmanagement haben das in zweiter und dritter Generation geführte Familienunternehmen zu einem Neurologischen Fach- und Rehabilitationskrankenhaus mit internationalem Renommee gemacht. Das Behandlungsangebot umfasst das gesamte Spektrum neurologischer Erkrankungen. Zusätzlich weisen die Kliniken Schmieder eine Besonderheit auf, die in der Krankenhauslandschaft Baden-Württembergs einzigartig ist: wir vereinen alle Phasen der neurologischen Behandlungskette „unter einem Dach“ – von der Akutbehandlung bis hin zur Begleitung des beruflichen Wiedereinstiegs.

Indikationen

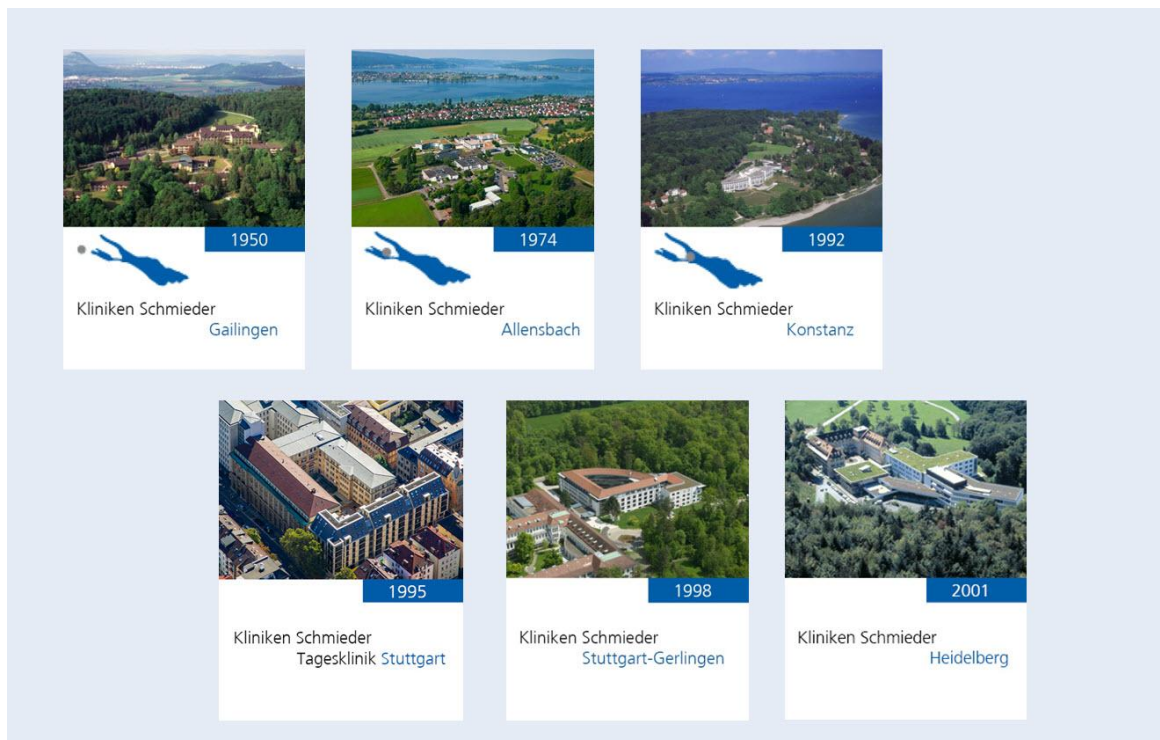
Die Kliniken Schmieder behandeln Erwachsene aller Altersstufen mit akuten oder postakuten Erkrankungen des Gehirns sowie des zentralen Nervensystems. Dazu gehören beispielsweise

- * Hirndurchblutungsstörungen (Schlaganfälle)
- * Schädel-Hirn-Traumen
- * Hirntumoren
- * entzündliche Erkrankungen des Nervensystems einschließlich Multipler Sklerose
- * Bandscheiben- und Rückenmarksschädigungen
- * Schädigungen peripherer Nerven
- * alle anderen akuten und degenerativen Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems
- * Bewegungsstörungen wie etwa Parkinson, Dystonien, Muskelerkrankungen psychische und psychosomatische Störungen bei neurologischen Patienten sowie pseudoneurologische Störungen (neurologische Schmerzsyndrome)

Standorte

Die Kliniken Schmieder arbeiten an allen ihrer sechs Standorte nach einheitlichen medizinischen Standards, die kontinuierlich weiterentwickelt werden. In der Neurologie und Neurologischen Rehabilitation sind wir Vollversorger mit Spezialisierungen und Ausdifferenzierungen an einzelnen Klinikstandorten. Die Klinikstandorte sind eng miteinander vernetzt. Sie unterstützen sich gegenseitig durch Verbesserungen und Weiterentwicklungen – was sich an einem Klinikstandort bewährt, wird zum Standard erhoben und in allen Kliniken flächendeckend umgesetzt.

- * Kliniken Schmieder Gailingen (seit 1950)
- * Kliniken Schmieder Allensbach (seit 1974)
- * Kliniken Schmieder Konstanz (seit 1992)
- * Kliniken Schmieder Stuttgart, Tagesklinik (seit 1995)
- * Kliniken Schmieder Stuttgart-Gerlingen (seit 1998)
- * Kliniken Schmieder Heidelberg (seit 2001)



Unsere Ziele

Alle Kliniken Schmieder arbeiten nach einem einheitlichen, über Jahrzehnte entwickelten und erprobten medizinisch-therapeutischen Konzept. Unsere Ziele sind:

- *Besserung der gestörten Funktionen und Anleitung zum selbstständigen Üben
- *Förderung der Reorganisation des Gehirns
- *Kompensation der verlorenen Funktionen durch Einüben von Ersatzstrategien
- *Anpassung an das verbliebene Leistungsvermögen und Training gesundheitsfördernder Verhaltensweisen
- *Förderung bislang ungenutzter persönlicher Ressourcen

Nach genauer Erfassung der Funktionsminderungen oder Funktionsausfälle (Funktionsdiagnostik) entwickeln wir für jeden Patienten einen individuell abgestimmten Behandlungsplan, um die gemeinsam festgelegten Therapieziele zu erreichen. Je nach Schweregrad und Umfang der Funktionsminderungen werden im Verlauf des Aufenthalts die Behandlungsziele und Behandlungsstrategien durch den behandelnden Arzt im ständigen Zusammenwirken mit dem therapeutischen Team an den Trainingsfortschritt angepasst. „Leben lernen“ mit den Folgen einer Hirnschädigung nach Krankheit oder Unfall ist ein zentrales, übergreifendes Thema unserer therapeutischen Zusammenarbeit mit den Patienten.



Therapie und Diagnostik:



Szenen aus der Gruppentherapie, der Neurologischen Berufstherapie sowie der Diagnostik in der Magnetresonanztomographie (v.l.n.r.)

Um das Leistungsvermögen des Patienten optimal zu fördern, werden alle Aktivitäten sorgfältig geplant. Die Grenzen der individuellen Belastbarkeit sind dabei immer wieder von neuem vorsichtig auszuloten. Regelmäßige Pausen und Entspannungsübungen beugen der Gefahr der Überforderung und rascher Ermüdung vor. Zum Schutz vor Rückfällen ergänzen präventive Maßnahmen das therapeutische Angebot: Unsere Mitarbeiter vermitteln Grundkenntnisse über Gesundheitsrisiken und unterstützen die Patienten beim Training gesundheitsgerechten Verhaltens. Nur so können die bei uns erarbeiteten Fortschritte und Erfolge auch erhalten werden. Chronische Erkrankungen und Behinderungen führen oft zu sozialer Vereinsamung. Dazu kommt häufig der Verzicht auf vertraute Gewohnheiten wie Sport und Hobbys. Unsere Rekreationstherapie bietet deshalb die Beschäftigung mit alten wie neuen Interessensgebieten verschiedenster Art an. Die Behandlungskonzepte des Hauses werden laufend den aktuellen Fortschritten der Akutmedizin und der Rehabilitationsmedizin angepasst.

Das „Phasenmodell“ der stationären und ambulant/teilstationären Neurologischen Rehabilitation ist von der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) formuliert. Es ordnet alle Aspekte der Neurologischen Rehabilitation je nach Schweregrad und Dauer der Erkrankung den Behandlungsphasen A bis F zu. „A“ steht für die Akutbehandlung, während „F“ die Phase der Langzeitpflege und -betreuung von Patienten zur Erhaltung ihres Zustands bezeichnet.

Die Inhalte und Konzepte der Neurologischen Rehabilitation sind komplex, da sie der Funktionsweise des menschlichen Gehirns gerecht werden müssen. Weil das Gehirn als Schaltzentrale alle körperlichen, geistigen und seelischen Vorgänge steuert, können seine Schädigungen vielfältigste Funktionsstörungen nach sich ziehen. Häufig sind unsere Patienten durch Sprach- oder Rechenstörungen, Lähmungen oder auch seelische Beeinträchtigungen in ihrer gesamten Existenz erschüttert und betroffen. Eine enge Verzahnung vieler medizinischer und therapeutischer Disziplinen ist notwendig, um den Rehabilitationsfortschritt je nach Schweregrad und Stadium der Erkrankung optimal zu fördern und zu unterstützen.

Organische Ebene

Das Gehirn ist das Steuerungsorgan des Menschen. Das zerebrale Netzwerk umfasst über zehn Milliarden Nervenzellen, von denen jede mit bis zu 10.000 anderen Nervenzellen verbunden ist. Die verschiedenen Regionen des Gehirns sind für bestimmte Funktionen zuständig. Unser Denken und unsere Wahrnehmung, aber auch die motorische Kontrolle finden hier statt. Auch lebenswichtige Funktionen wie Herztätigkeit, Blutkreislauf und Atmung werden in einem Teil des Gehirns kontrolliert. Auch der Schlaf-Wach-Rhythmus wird vom Hirnstamm aus gesteuert.

Personelle Ebene

Die Neurologische Rehabilitation vereint in sich viele medizinische und therapeutische Disziplinen. Dieser Umstand spiegelt sich auch in der Interdisziplinarität eines Reha-Teams: Hochspezialisierte Ärzte leiten das Team, darunter Neurologen, Psychiater, Psychotherapeuten, Internisten, Orthopäden, Intensivmediziner und Geriater. Rehabilitations-Pflegekräfte und Therapeuten aus vierzehn Disziplinen arbeiten mit dem verantwortlichen Arzt Hand in Hand.

Funktionelle Ebene

Wenn bestimmte Hirnregionen durch Unfall oder Krankheit geschädigt sind, erleidet der Patient häufig gleichzeitige Funktionsdefizite unterschiedlichster Art. Oft werden zum Beispiel durch einen Schlaganfall Halbseitenlähmungen und Sprachstörungen ausgelöst. Auch Störungen des Planens und Handelns, Rechenstörungen oder Sehstörungen können mit motorischen Funktionsausfällen einhergehen. Überdies ist der Anteil multimorbider neurologischer Patienten groß. Neben der Hauptdiagnose haben sie oft mehrere, häufig internistische Begleiterkrankungen wie Diabetes oder Hypertonie. In mehr als 60 Prozent der Fälle sind es drei oder mehr Erkrankungen. Bei jedem dritten Patienten liegen fünf oder mehr Diagnosen vor.

Integrierte Versorgung

Wir haben die Integrierte Versorgung im Bereich der Neurologischen Rehabilitation durch die Integration des gesamten Phasenmodells von der Phase A bis zur Phase F seit vielen Jahren realisiert. Die Patienten sind dankbar, wenn sie alle Behandlungsstufen in einer Klinik, im gleichen Umfeld durchlaufen können. Alle Schweregrade und sämtliche Phasen neurologischer Erkrankungen können in den Kliniken Schmieder behandelt werden. Im Idealfall wird ein Patient aus einer akuten Situation zum Beispiel direkt nach einem Schlaganfall von der Schlaganfallstation (Stroke Unit) übernommen und bis zur Wiedereingliederung in Alltag und Beruf rehabilitiert. Die gesamte Rehabilitation erfolgt dabei unter einem Dach, mit wenigen Bezugspersonen und ohne lange Wartezeiten.



Interdisziplinäre Teams: Arbeiten in interdisziplinären Teams aus Medizin, Therapie und Pflege

Allensbach, Dezember 2016

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 zentrale Belegungsabteilung koordiniert die rasche Aufnahme der Rehabilitanden in den Standorten. Durch intensiven und zeitnahen Austausch mit Patienten, einweisenden Ärzten, Krankenhäusern und Kostenträgern ist eine indikationsgerechte Unterbringung unter Berücksichtigung individueller Wünsche der Patienten gewährleistet. Umfassende Klinikinformationen werden vorab zugeschickt. Die telefonische Beratung ist selbstverständlich. Die Kliniken sind per Bahn, Bus, Pkw und Flugzeug gut zu erreichen, Parkplätze sind ausreichend vorhanden (z.T. gegen Gebühr).

1.1.2 Orientierung in der Rehabilitationseinrichtung

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

Durch die vorhandene Beschilderung können sich Patienten, Rehabilitanden und Besucher schnell und genau innerhalb der Kliniken und des Klinikgeländes orientieren. Auskünfte und Orientierungshilfen erteilen jederzeit die Mitarbeiter am Empfang im Eingangsbereich. Die Kliniken sind durchweg behindertengerecht ausgestattet. Rehabilitanden, die aufgrund ihrer Sprache, Kognition oder körperlichen Einschränkung (z.B. Blindheit) Probleme mit der Orientierung haben, werden sowohl vom Pflegepersonal wie auch von Therapeuten bei den einzelnen Wegen begleitet.

1.1.3 Rehabilitandenorientierung während der Aufnahme

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

Die administrative und medizinisch/pflegerisch/therapeutische Aufnahme erfolgt nach vorgegebenen Abläufen, welche die Bedürfnisse der Patienten und Rehabilitanden nach Information und angemessener Betreuung berücksichtigen. Patienten werden unverzüglich nach Eintreffen auf der Station von der zuständigen Pflegekraft auf das Zimmer begleitet. Ein Arzt sieht den neu angekommenen Patienten oder Rehabilitanden noch am Aufnahmetag. Die Privatsphäre der Patienten und Rehabilitanden wird immer berücksichtigt.

1.1.4 Ambulante Rehabilitandenversorgung

Die ambulante Rehabilitandenversorgung verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Rehabilitandenbedürfnisse.

In den Kliniken ist an den Standorten Stuttgart, Heidelberg und Konstanz eine ganztägig teilstationäre Rehabilitation mit demselben Standard wie in der stationären Rehabilitation möglich.

Wir bieten an allen Standorten auch eine ambulante Behandlung (ambulante Heilmittelerbringung) in Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie zugeschnitten auf den Einzelfall für Begleitpersonen oder externe Patienten an.

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.

Die pflegerische Aufnahme erfolgt unverzüglich bei Eintreffen auf der Station. Jeder Patient oder Rehabilitand wird umfassend pflegerisch, ärztlich und therapeutisch mit ausführlicher Anamnese, Aufnahmeuntersuchung und erster Einschätzung bezüglich Therapieprogramm und Prognose aufgenommen. Vorbefunde werden, wenn vorhanden, in jedem Fall berücksichtigt. Neben fachbezogener Diagnostik sind die biopsychosoziale und sozialmedizinische Abklärung wesentliche Schwerpunkte.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Die Belegungsabteilung fordert regelhaft vor Aufnahme pflegerische, ärztliche und therapeutische Vorbefunde an; der Patient oder Rehabilitand bringt weitere zur Aufnahme mit. Diese Vorbefunde werden überprüft und für die Behandlungsplanung genutzt. Nicht vorhandene Befunde werden, wenn nötig, nachgefordert. Vorbefunde eines vorherigen Aufenthalts sind digital archiviert und stehen bei Wiederaufnahme sofort in der elektronischen Patientenakte zur Verfügung.

1.2.3 Festlegung des Rehabilitationsprozesses

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

Jeder Rehabilitand erhält ein individuelles Rehakonzept mit individuellem Rehabilitationsplan: dazu wird er bei Aufnahme durch den Arzt untersucht, Rehabedürftigkeit, -fähigkeit und die richtige Phasenzuordnung werden geprüft und entsprechend seiner funktionellen Beeinträchtigungen wird er individuell unter Berücksichtigung der mit ihm gemeinsam auf ICF-Basis vereinbarten Rehazielen in ein multimodales Behandlungskonzept integriert. Der Arzt trägt die Gesamtverantwortung für den Rehabilitationsprozess.

1.2.4 Integration von Rehabilitanden in die Behandlungs-/Therapieplanung

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

Der Patient wird zeitnah nach Anreise interdisziplinär untersucht und in die Behandlungsplanung einbezogen. Verantwortung für die angemessene Einbeziehung des Patienten trägt der behandelnde Arzt unter Supervision des zuständigen Facharztes. Wünsche und Fähigkeiten des Patienten sowie die Vorgaben der Kostenträger werden berücksichtigt. Regelmäßig finden in allen Behandlungsphasen Gesprächstermine aller Berufsgruppen mit den Patienten, Rehabilitanden, deren Angehörigen oder Betreuer statt. Ethnische und religiöse Besonderheiten werden berücksichtigt.

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 Zusammenarbeit erfolgt interdisziplinär nach ganzheitsmedizinischen Gesichtspunkten. Standards werden angewandt. Aufgrund der besonderen Struktur der Kliniken ist die neurologische Behandlung in allen Phasen von A-E möglich. 24 Stunden ist ein Facharzt erreichbar. Gegen den Willen eines Patienten werden keine Maßnahmen vorgenommen. Die Kliniken halten alle gängigen Heil- und Hilfsmittel vor. In allen Therapiebereichen, in ärztlichen Gesprächen und bei Vorträgen erhalten der Patient und die Angehörigen regelmäßig Anleitung zu gesundheitsfördernden Maßnahmen.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

In den medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Bereichen kommen nationale Leitlinien der Fachgesellschaften, evidenzbasierte Therapiekonzepte sowie klinikeigene Standards und Erfahrungen zur Anwendung, die alle 2 bis 3 Jahre überprüft und aktualisiert werden. In regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen werden die einzelnen Berufsgruppen über aktuelle wissenschaftliche Ergebnisse informiert. Die Leitlinien und Standards können jederzeit über das allen Mitarbeitern zugängliche Intranet abgerufen und eingesehen werden.

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.

In der Aufnahmeuntersuchung durch den Arzt werden mit dem Rehabilitanden Gesamt-Rehabilitationsziel und Therapieziele sowie die zur Erreichung notwendigen Therapien besprochen und verordnet. Der Rehabilitand erhält nach Anmeldung wöchentlich einen Therapieplan mit allen verordneten Therapien. Der Arzt klärt über Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen auf. Die Aufklärung orientiert sich an den Fähigkeiten und Einschränkungen der Rehabilitanden. Alle Zimmer und Aufenthaltsbereiche sind behindertengerecht eingerichtet und es gibt ein Wegeleitsystem.

1.3.4 Rehabilitandenorientierung während des Therapieaufenthaltes: Ernährung

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

Die Kliniken sind einer vollwertigen und ökologischen Ernährung verpflichtet. Es werden bevorzugt Produkte aus regionalem und biologischem Anbau eingesetzt. Die Küche orientiert sich an den aktuellen ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen und den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE). Mediterrane Kost wird Patienten und Mitarbeitern angeboten. Die Kostform wird vom Arzt für jeden Patienten unter Berücksichtigung evtl. Nahrungsunverträglichkeiten verordnet, freie Auswahl im Rahmen der vorher besprochenen Kostform ist möglich. Mahlzeiten werden auch als Büffet angeboten.

1.3.5 Koordinierung des Therapieaufenthaltes

Die Durchführung der Therapie/Behandlung erfolgt koordiniert.

Der Therapieaufenthalt erfolgt zeitlich koordiniert; alle sich ergebenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden unter ärztlicher Gesamtverantwortung inhaltlich koordiniert und gesteuert. Die Ergebnisse der Diagnostik stehen zeitnah zur Verfügung. Für medizinische und psychiatrische Notfälle gibt es fachspezifische Konzepte. Das Konsiliarwesen ist geregelt. Das individuelle Therapieprogramm jedes einzelnen Patienten wird über das Klinikinformationssystem (KIS) geplant und organisiert.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: chirurgische Eingriffe

Die Durchführung der Behandlung chirurgischer Eingriffe erfolgt koordiniert.

Eingriffe wie die Anlage eines SPK-Katheters, endoskopische Schluckdiagnostik oder Legen einer Ernährungssonde (PEG nur in Heidelberg) werden durchgeführt. Die Planung und Durchführung erfolgt nach aktuellen Standards und obliegt einem Facharzt für Innere Medizin. Für alle anderen weiteren Eingriffe besteht eine Kooperation mit den benachbarten Kliniken.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung

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

Das multiprofessionelle, interdisziplinäre Behandlungsteam unter ärztlicher Verantwortung führt gemeinsam mit den Patienten und Rehabilitanden die Therapie durch. Regelmäßig finden fallbezogene und berufsgruppenübergreifende Fallbesprechungen mit Arzt, Pflege, Therapeuten und Sozialdienst statt, bei denen die therapeutischen Prioritäten und Rehabilitationsziele besprochen und Änderungen vorgenommen werden. Die interdisziplinäre Kommunikation wird durch mündliche Absprachen und schriftliche Dokumentation EDV-gestützt zeitnah unterstützt.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung: Visite

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

In der Visite wird der Behandlungsprozess mit dem Rehabilitanden und seinen Angehörigen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der interdisziplinären Besprechungen überprüft und das weitere Vorgehen besprochen. Die Visite findet entweder im Patienten- oder im Arztzimmer statt. Die Anwesenheit der Pflege während der Visiten sowie der direkte interdisziplinäre Austausch zwischen Ärzten, Pflege und Therapeuten sind Standard. Der ärztliche Leiter / Stellvertreter sehen die Rehabilitanden regelmäßig in den Visiten. Die Visitenzeiten sind über den Therapieplan geregelt.

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.

In der wöchentlich stattfindenden Stationskonferenz – bestehend aus Arzt, beteiligten Therapeuten und Pflege – werden alle Therapiemaßnahmen für die Rehabilitanden und Patienten besprochen. Insbesondere in den Phasen D und E, teilweise auch in der Phase C, gehört die sozialmedizinische Beurteilung unter Einbezug von Berufstherapeuten und Sozialdienst dazu; sie ist fester Bestandteil des ärztlichen Abschlussberichtes. Der Ärztliche Leiter bestätigt durch Gegenzeichnen die inhaltliche Richtigkeit des Abschlussberichtes.

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.

Alle an der Bewertung der sozialmedizinischen Situation beteiligten Berufsgruppen wie Ärzte, Pflege, Therapeuten, Sozialdienst planen die rehabilitative Behandlung unter Berücksichtigung des individuellen Lebenshintergrundes der Patienten. Die notwendigen rehabilitativen Maßnahmen, aber auch die Planung der poststationären Betreuung und Reintegration in Familie und Beruf erfolgen in regelmäßigen Teamkonferenzen. Die Verantwortung für die Einbindung der Berufsgruppen trägt der Arzt. Ein aktualisiertes Freizeitprogramm erscheint wöchentlich.

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.

Der Arzt legt Verlängerungen, den Zeitpunkt der Entlassung und die Verlegung in Abstimmung mit dem interdisziplinären Team in der wöchentlich stattfindenden Stationskonferenz unter Berücksichtigung der Kostenträgervorgaben fest. Die Information des Patienten, Rehabilitanden und der Angehörigen findet umfassend und rechtzeitig z.B. in der Visite statt. Der Sozialdienst koordiniert notwendige Nachsorgemaßnahmen. Ein standardisierter Pflegeüberleitbogen wird bei Notwendigkeit ausgefüllt. Notfall-Verlegungen werden sofort und ärztlich koordiniert veranlasst.

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.

Für alle Berufsgruppen ist in Standards festgelegt, wann die Behandlungsbefunde zu erstellen sind. Bei Verlegungen oder Entlassungen in die häusliche Versorgung erfolgt eine ausführliche Information der Weiterbehandler durch pflegerische, therapeutische und medizinische Berichte. Die zeitnahe Herausgabe der Entlassberichte ist geregelt. Die Vorgaben der Kostenträger werden genauso wie der Datenschutz beachtet; bereits bei Aufnahme wird eine Erklärung zum Datenschutz unterschrieben, die

die Zulässigkeit der Offenlegung der Patientendaten umfassend regelt.

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.

In Anlehnung an den Versorgungsstatus, in Kenntnis des aktuellen und des erreichbaren Funktionszustandes erfolgt die Weiterversorgung in Absprache mit dem Patienten, Rehabilitanden, seinen Angehörigen oder dem Betreuer. Nach Ermittlung des Betreuungsbedarfs werden unter frühzeitiger Einbindung des Sozialdienstes Vorschläge zur Weiterversorgung (Heimversorgung, ambulante Dienste) und zur Hilfsmittelversorgung (Sanitätshaus) erarbeitet und den Weiterbetreuenden übermittelt. Im Bedarfsfall erfolgt die Anbindung an Behandlungsprogramme der Kostenträger.

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 Gesamtpersonalplanung erfolgt abhängig von der saisonalen Belegung zu Beginn eines Jahres. Grundlage für die Personalplanung ist der den einzelnen Phasen zugeordnete Stellenschlüssel nach Berufsgruppen. Der Stellenschlüssel wird gemäß Phasenbelegung für den ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Personalbedarf umgesetzt. Alle leitenden Mitarbeiter bei den Ärzten, in der Pflege und in der Therapie haben die vom Gesetzgeber und von den Kostenträgern geforderten Zusatzqualifikationen. Es besteht eine hohe Quote an Fachärzten und examinierten Pflegekräften.

2.2 Personalentwicklung

Die Rehabilitationseinrichtung betreibt eine systematische Personalentwicklung.

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Die Rehabilitationseinrichtung betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Die systematische Personalentwicklung hat einen sehr hohen Stellenwert innerhalb des Unternehmens. Verantwortlich für die Planung sind die Führungskräfte, die einmal jährlich gemeinsam mit der Personalabteilung eine mit der Geschäftsführung abgestimmte Planung entwickeln. Planungsvorgaben ergeben sich aus der Organisationsentwicklung, aus der Umsetzung inhaltlicher Konzepte zur optimalen medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung der Patienten und Rehabilitanden und aus dem Vorjahresbudget wie z.B. Fort- und Weiterbildungen, Supervisionen.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Alle Berufsgruppen haben Stellenbeschreibungen mit Zielen, organisatorischer Einordnung, Aufgaben, Verantwortung und Anforderung / Qualifikation. Ärzte befinden sich in der Weiterbildung zum Facharzt oder verfügen über diese. In der Pflege wird in über 80% eine mindestens 3-jährige Ausbildung in der Pflege vorausgesetzt. Die Vorgaben der Kostenträger im Bereich der Therapie, z.B. eine abgeschlossene, staatlich anerkannte Berufsausbildung wie Physiotherapeut, Ergotherapeut und etliche weitere Zusatzqualifikationen sind umgesetzt.

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.

In allen Berufsgruppen sind die Fortbildungsregelungen an den fachlichen Erfordernissen der Klinik sowie an der sinnvollen fachlichen Ausrichtung der Mitarbeiter ausgerichtet und im Mitarbeitergespräch abgestimmt. Interne und interdisziplinäre Fortbildungen werden von den Berufsgruppen organisiert. Es gibt einen Jahreszyklus von internen und externen Fortbildungen, Kolloquien und Symposien für Fachpublikum (Updates).

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Die Festlegung der Finanzierung der Fort- und Weiterbildung erfolgt über eine Jahresplanung, die Anfang des Jahres abgestimmt wird. Die Budgetplanung orientiert sich an den wirtschaftlichen Gegebenheiten, in der Regel am Etat des Vorjahres. Die Entscheidungen werden individuell nach betrieblicher Notwendigkeit und den Bedürfnissen der Mitarbeiter getroffen. Je nach Berufsgruppe sind Freistellung, finanzieller Zuschuss oder Übernahme der Gebühren geregelt.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Alle Mitarbeiter haben über das klinikinterne Intranet Zugang zu allen gültigen Dokumenten sowie einen Internetzugang an jedem Arbeitsplatz. In der Klinik Gailingen befindet sich eine Medienzentrale mit einer Bibliothek der Fachliteratur und -zeitschriften. Der Katalog der Fachbücher ist elektronisch abgelegt, die Bestellung erfolgt online von allen Standorten über die Medienzentrale. Die aktuellen Fachzeitschriften zirkulieren über alle Standorte nach vorgegebenem Laufzettel. Die Aktualisierung der Bibliothek bezüglich Fachliteratur erfolgt laufend.

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 Rehabilitationenversorgung vor.

Die Kliniken Schmieder arbeiten mit verschiedenen Ausbildungseinrichtungen im Bereich Medizin, Pflege, Therapie und Verwaltung zusammen. Die Organisation der Auszubildenden übernimmt der jeweilige fachliche Leiter bzw. jeweilige Mentor. Die Ausbildungskataloge sind praxisorientiert, fachspezifisch und interdisziplinär. Die Theorie-Praxis-Vernetzung ist durch Personalunion von Leitung und Dozenten gewährleistet. Außerdem betreiben die Kliniken Schmieder das Zentrum für interdisziplinäre Fort- und Weiterbildung in der Neurologischen Rehabilitation ZENITH.

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.

Gemeinsame handlungsleitende Werte und Visionen sind im Leitbild als Rahmen für die Entwicklung einer harmonischen, von gegenseitigem Respekt geprägten, fruchtbaren Zusammenarbeit innerhalb der Kliniken beschrieben. Mit allen Mitarbeitern wird jährlich ein strukturiertes Gespräch geführt. Diese sind vertrauliche „Vier-Augen-Gespräche“ zwischen Mitarbeiter und Vorgesetztem und geben Raum für einen partnerschaftlichen Dialog, dienen aber auch Zielvereinbarungen und Zielerreichungen und geben auch Rückmeldung zur Mitarbeiterzufriedenheit.

2.3.2 *Einhaltung geplanter Arbeitszeiten*

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Grundsätzlich werden die Arbeitszeitregelungen nach den Vorgaben des ArbZG getroffen und im Rahmen der Mitbestimmung über Betriebsvereinbarungen geregelt. Geregelt wird dies im jeweiligen Haustarifvertrag.

Die Arbeitszeitregelungen sind so ausgelegt, dass zum einen eine optimale Rundum-Patientenversorgung gewährleistet ist, und zum anderen Mitarbeiter-Wünschen Rechnung getragen werden kann. Die Arbeitszeiten werden überwiegend elektronisch erfasst. Am Jahresanfang erfolgt die Urlaubsplanung unter Berücksichtigung der Mitarbeiterwünsche.

2.3.3 *Einarbeitung von Mitarbeitern*

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

Neue Mitarbeiter erhalten zusammen mit dem Arbeitsvertrag grundlegende Informationen zum Haus wie Informationen zum Leitbild, Arbeitszeitregelungen, zur betrieblichen Altersversorgung, Kontaktstellen sowie Betriebsvereinbarungen wie z.B. zum Datenschutz. Die Einarbeitung erfolgt für die einzelnen Berufsgruppen durch Fachvorgesetzte oder Mentoren nach einem Einarbeitungsplan, der auf die jeweilige Berufsgruppe zugeschnitten ist und auf der zugehörigen Stellenbeschreibung basiert. Für Leitungspositionen wird ein individueller Einarbeitungsplan erstellt.

2.3.4 *Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden*

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

Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden werden entsprechend dem Organigramm an den nächsten Vorgesetzten gerichtet. So werden Vorschläge über die Vorgesetzten in die Führungsgremien gebracht. Dort wird dann besprochen und entschieden, ob der Vorschlag umgesetzt wird oder nicht. In den jährlichen Mitarbeitergesprächen werden Ideen, Wünsche und Beschwerden in einem ereignis-unabhängigen Rahmen aufgenommen. Weitere Anlaufstellen sind Personalabteilung, Betriebsrat, Qualitätsmanagement, die AGG-Beschwerdestellen sowie die Mitarbeitergespräche.

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.

Die gesetzlichen Grundlagen zum Arbeitsschutz sind umgesetzt. Die Sicherheit der Mitarbeiter an ihrem Arbeitsplatz und beim Umgang mit Gefahrstoffen ist durch die zuständigen Beauftragten, durch Arbeitsplatzbegehungen sowie die entsprechenden Betriebsanweisungen geregelt und gewährleistet. Die übergreifende Koordination von Arbeitssicherheitsbelangen übernimmt der Arbeitsschutzausschuss. Hygienestandards sind im Hygienehandbuch zentral im Intranet für alle Mitarbeiter abrufbar und werden regelmäßig geschult.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

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

Die Regelungen zum Brandschutz sind in Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden wie z.B. Landratsamt, Baubehörden, Feuerwehramt, Feuerwehren erstellt. Der Brandschutzbeauftragte führt Brandschutzunterweisungen und Begehungen durch. Für die Mitarbeiter finden jährlich Pflichtübungen zum Brandschutz mit Unterweisung in Verhalten im Brandfall, Brandbekämpfung und Evakuierung statt. Die Teilnahme wird über Unterschriftenlisten dokumentiert.

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.

Jede Klinik hat eine 24-stündige Verfügbarkeit der Haustechnik. Es existiert ein hausinterner Notfallplan mit Anweisungen für die zu erwartenden Stör- und Notfälle, der im Brand- und anderen Katastrophenfällen zum Einsatz kommt. Ausfälle von technischen Anlagen sind durch die Bereithaltung von Ersatztechnik (Notstromaggregat) kompensiert. Das Fachkrankenhaus ist in den Katastrophenschutzplan nach Landesrecht unmittelbar eingebunden. Es existieren Alarmierungspläne für den Brandfall und zur Evakuierung sowie bei Epidemien.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

In der Rehabilitationseinrichtung wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Ein umfassendes Notfallgesamtkonzept stellt die medizinische Notfallversorgung in allen Klinikbereichen und Standorten sicher. Alle Mitarbeiter der Klinik im patientennahen Bereich, wie Ärzte, Pflege und Therapeuten, nehmen regelmäßig an Reanimationsübungen als Pflichtveranstaltung teil und sind mit dem Notfallmanagement vertraut wie Umgang mit den zentral aufgestellten Notfallkoffern, dem Notfallwagen und den Laien-Defibrillatoren. Eine 24-stündige Präsenz des ärztlichen Dienstes stellt sicher, dass sofortige ärztliche Versorgung des Notfalls erfolgt.

3.1.5 Gewährleistung der Rehabilitandensicherheit

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

Generell wird bei allen Patienten auf Einhaltung der notwendigen Sicherheit geachtet. Sicherheitsinstallationen wie Rollstuhlbarrieren und automatische Türöffnungen mit langsamer Frequenz bei öffentlichen Räumen und Aufzügen sind installiert. In den Patientenzimmern kann das Notrufsystem aktiviert werden. Für orientierungsgestörte Patienten gibt es spezielle, für weglaufgefährdete auch Codegesicherte Stationen. Krisenintervention erfolgt durch jeden im therapeutischen Team. Der Standard „Suizidalität“ regelt den Umgang mit suizidalen Patienten.

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.

Die Verantwortung für die Hygiene ist gemäß den RKI- und KRINKO-Empfehlungen klinikweit geregelt: der Hygieneverantwortliche ist der Ärztliche Leiter, hygienebeauftragte Ärzte, Hygienefachkräfte, Krankenhaushygieniker, Pflegekräfte und Therapieleitungen stehen regelmäßig vor Ort zur Verfügung. Die Verantwortung jedes einzelnen Mitarbeiters für die Einhaltung der vorgegebenen Hygieneregeln ist über eine Dienstanweisung schriftlich geregelt, allen kommuniziert, regelmäßig geschult und im Hygienehandbuch im Intranet hinterlegt.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Die Erfassung hygienerelevanter Daten sowie die Verantwortlichkeiten sind klar geregelt und im Hygienehandbuch einsehbar. Die gesetzlichen Richtlinien (Infektionsschutzgesetz, Hygieneverordnung) werden umfassend beachtet; die Information der Mitarbeiter, Patienten und Angehörigen über Hygienemaßnahmen erfolgt fallbezogen. Erfasst werden Kontaminationen / Infektionen mit multiresistenten Keimen, beatmungsassoziierte Pneumonie in der Frührehabilitation und Antibiotika-Surveillance. Regelmäßige Hygienebegehungen finden statt.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Der Patient soll ganz im Sinne der Hygieneverordnung vor nosokomialen Infektionen geschützt werden. Hygienesichernde Basis-Maßnahmen werden gemäß der Richtlinien und Empfehlungen des Robert Koch Instituts sowie unter Einbeziehung von Landesvorschriften in der Hygienekommission verabschiedet und allen Mitarbeitern in Form des Hygienehandbuchs im Intranet zugänglich gemacht. Regelmäßige Fortbildungen schulen die Mitarbeiter bezüglich der Hygienerichtlinien. Bei Hygienevisiten und -begehungen werden Mängel erfasst und mit dem Ziel der Behebung bearbeitet.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden einrichtungswweit eingehalten.

Die Richtlinien und Empfehlungen des Robert Koch Instituts sind umgesetzt und in das Hygienehandbuch als Hygienestandard integriert. Hygiene- und Desinfektionspläne sind auf den Stationen und bei den Ärzten kommuniziert. Empfehlungen zu bestimmten pflegerischen Tätigkeiten sind zusätzlich in die Pflege-Leitlinien aufgenommen. Für die Küchenbereiche sind die Anforderungen der Lebensmittelhygieneverordnung und des Infektionsschutzgesetzes umgesetzt. Neuerungen werden in regelmäßigen Fortbildungen den relevanten Berufsgruppen weitergegeben.

3.3 Bereitstellung von Materialien

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

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

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

Die Versorgung mit Arzneimitteln, Medizinprodukten, Blut und Blutprodukten ist durch ein einheitliches Verfahren über ein elektronisches Bestellsystem mit der Lieferapotheke geregelt und den ärztlichen Mitarbeitern und der Pflege bekannt. Die Feststellung des Bedarfes findet durch den Facharzt bzw. die Stationsleitung statt. Die Lieferung erfolgt am gleichen Tag, ansonsten abhängig von den Lieferzeiten. Den Transport übernimmt ein Kurierdienst, im Eilfall ein klinikeigener Hol- und Bringdienst bzw. ein Taxi.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

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

Arzneimittel und Medikalprodukte werden mehrmals in der Woche über das überwiegend elektronische Bestellsystem in der Apotheke bestellt und am selben Tag geliefert. Die Arzneimittel werden entsprechend des Stationsbedarfes im verschlossenen Arzneimittelschrank gelagert. Die Medikamentenvorgeschichte wird einschl. Neben- und Wechselwirkungen erfragt. Bekannte Wechselwirkungen auf bestimmte Medikamente werden bei Patienten im System hinterlegt. Die Bevorratung der Arzneimittel wird regelmäßig von einem Apotheker auf Haltbarkeit kontrolliert.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

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

Die Verantwortlichkeiten sind geregelt und kommuniziert. Die Umsetzung gemäß Transfusionsgesetz erfolgt per Dienstanweisung. Zuständig sind der Transfusionsverantwortliche und die Transfusionsbeauftragten. Ein Blutproduktebuch existiert. Es werden jährliche Kontrollen über die Verwendung von Blutprodukten entsprechend der gesetzlichen Vorgaben durchgeführt und gemeldet.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

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

Die Mitarbeiter sind über die Vorschriften des Medizin-Produkte-Gesetzes (MPG) informiert. Medizinproduktebeauftragte sind an den Standorten benannt. Am Standort sind Gerätemanager für den Bereich Pflege, Therapie und Diagnostik eingesetzt. Die Schulung der Gerätemanager erfolgt durch die Lieferfirma. Aufgabenbeschreibungen sind für die Gerätemanager erstellt. Der Gerätemanager ist befugt, die Schulungen der Mitarbeiter vorzunehmen. Die Einweisungen werden in einer EDV-Liste dokumentiert.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

In der Rehabilitationseinrichtung existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Der verantwortliche Umgang mit Ressourcen ist im Leitbild festgeschrieben. Die Einhaltung und Umsetzung der relevanten umweltrechtlichen Gesetze und Verordnungen ist selbstverständlich. Ein Energiemanagementsystem mit dem Ziel der Energieeinsparung und Optimierung mit Verringerung von CO₂-Emissionen ist für alle Klinikteile umgesetzt (BHKW, Ökohaus, Gasfahrzeuge, Mehrwegverpackungen, Mülltrennung). Verbrauchscontrolling ist Bestandteil des Energiemanagementsystems. Beim Einkauf wird auf Umweltverträglichkeit für den gesamten Klinikbetrieb geachtet.

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.

Die Führung und Dokumentation von Patientendaten ist hausintern geregelt. Die Erfassung aller Daten (Patientenmanagement, Abrechnung, Medizinische Daten, Therapieplanung, Arztbriefe, Archivierung) wird elektronisch im KIS und nur noch teilweise papiergebunden vorgenommen. Der Zugang zur Patientendokumentation im KIS ist nur durch berechtigte Personen möglich. Die Pflege aller relevanten administrativen, medizinischen, pflegerischen und therapie relevanten Daten für die Papierakte erfolgt durch die jeweilige Arztsekretärin der Abteilung.

4.1.2 Dokumentation von Rehabilitandendaten

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

Die Dokumentation der Patientendaten erfolgt zeitnah durch Ärzte, Pflege, Therapie, Diagnostik, Sekretärinnen und Verwaltung in der elektronischen Patientenakte entsprechend der Vorgaben: Patientendaten, Befunddokumentation, Verlauf, Medikation, Diagnostik, Leistungsanforderungen. Die elektronische Patientenakte ist zentral abgelegt und ein uneingeschränkter zeitlicher Zugriff ist durch hohe Systemverfügbarkeit garantiert. Ein kleiner Teil der Daten wie z.B. Dokumente mit Unterschrift, wird erst in der Papierakte abgelegt und dann digital archiviert.

4.1.3 Verfügbarkeit von Rehabilitandendaten

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

In den Kliniken gibt es seit 2003 ein IT-gestütztes Verfahren zur Verwaltung elektronischer Patientenakten. Der Wegfall der papiergebundenen Patientendokumentation ermöglicht die rationelle Bearbeitung administrativer und dokumentarischer Aufgaben im Bereich Patientendokumentation. Ein klinikweiter Zugriff auf die Patientenakte ist von allen berechtigten Personen zu jeder Zeit an jedem Arbeitsplatz sowie auf der Abteilung Akutneurologie von jedem Ort aus möglich. Bei Systemausfall ist der Zugriff auf die Patientendaten zentral durch 2 Rechenzentren gesichert.

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 patientenbezogene Kommunikation erfolgt in der Visite, im Team (Stationskonferenz) und über das KIS. Hier sind alle relevanten pflegerischen, therapeutischen und medizinischen Informationen hinterlegt. Der Zugang zu den Informationen ist berufsbezogen. Intranet und Gremien stellen sicher, dass relevante Informationen allen Mitarbeitern zugänglich sind. Dokumente werden intern auf dem elektronischen Weg (datenschutzgesicherte E-Mail-Versendung, Fax) bzw. per Hauspost verschickt. Wichtige Informationen erfolgen zusätzlich mündlich bzw. telefonisch.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Den zentralen Auskunftsstellen stehen über das KIS umfangreiche, ständig aktualisierte, patienten-, personalbezogene und allgemeine Informationen zur Verfügung wie z.B. Patienten, Zimmerbelegung, An-/Abreisen etc. Der Empfang vermittelt die eingehenden Gespräche während der regulären Arbeitszeiten an die entsprechenden Stellen z.B. ärztliche Sekretariate bzw. Verwaltung weiter. Datenschutzregelungen werden eingehalten.

Für Patientenmeldungen ist die Belegungsabteilung standortübergreifend in Allensbach bzw. für Heidelberg in Heidelberg zuständig.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Die Rehabilitationseinrichtung informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Eine systematische Öffentlichkeitsarbeit findet über verschiedene Informationskanäle statt: über Print-Publikationen, Fach- und Publikumsveranstaltungen, Presseinformationen sowie online über die Klinik-Homepage und "Social Media". Die Homepage informiert mit weit über hundert Unterseiten Patienten, Ärzte, Geschäftspartner und Krankenhäuser über die Kliniken. Fach- und Publikumsveranstaltungen für Patienten, Angehörige, Ärzte, Therapeuten und andere Berufsgruppen finden an allen Standorten statt, wie "Kolloquium", „Update Neurologie“, "Update Neuroreha".

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

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

Jeder Mitarbeiter wird per Anhang zum Arbeitsvertrag genauso wie Softwarelieferanten zum Datenschutz nach (BDSG) verpflichtet. Zur Sicherstellung der Vertraulichkeit der Patientendaten gibt es diverse Dienstanweisungen im Intranet (zur Passwortregelung, für die Systemadministratoren, für allgemeine Regelungen zum Datenschutz) sowie eine Berechtigungsstruktur für alle Mitarbeiter. Ein externer Datenschutzbeauftragter ist benannt, der in regelmäßigen Begehungen eine Überprüfung vornimmt.

Der Zugriff durch Dritte von extern auf klinische Daten ist nicht möglich.

4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

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

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

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

Das EDV-Konzept beinhaltet eine zentrale Datenhaltung und -verarbeitung, technologisch basierend auf einer Serverfarm unter Windows und dem Citrix-Konzept: jedem Nutzer werden Informationen zur Verfügung gestellt, die er für seine Tätigkeit an 24 Stunden/365 Tagen benötigt. Datendirektleitungen zwischen den Standorten und der zentralen EDV sind mit mehreren Backupleitungen ausgestattet. Zentrale Administratoren sind für alle erreichbar und stehen für Anwenderwünsche zur Verfügung. Bei Updates der EDV-Systeme gibt es Schulungen für alle betroffenen Mitarbeiter.

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.

Um das gemeinsame Verständnis unserer Arbeit berufsgruppen-, hierarchie- und abteilungsübergreifend zu konkretisieren, zu diskutieren und zu formalisieren ist seit 2005 mit allen Mitarbeitern ein zentrales Leitbild entwickelt. Nach Verabschiedung wurde es klinikweit kommuniziert und in Intranet und Internet veröffentlicht. Teilhabeorientierung gemäß SGB IX ist Grundlage des Leitbildes. Das Leitbild wird regelmäßig in den Gremien mit den Mitarbeitern diskutiert. Es ist Richtschnur im Umgang miteinander und gegenüber Patienten, Einweisern, Kostenträgern und Partnern.

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.

Jährlich erfolgt im Sommer eine Strategieplanung, aus der sich Eckpunkte für die Zielplanung des folgenden Geschäftsjahres abzeichnen, die zum Jahreswechsel mit Erkenntnissen des abgelaufenen Geschäftsjahres konkretisiert und verabschiedet werden. Inhalte der Zielplanung sind Erhalt / Weiterentwicklung der Geschäftsfelder, Betten-/ und Erlösstruktur, die Personal- und Kostenplanung, sowie Investitions-, Bilanz- und Finanzierungsplanung.

Die Zielplanung ist Rahmen für die einzelnen Abteilungen und wird in monatlichen, wöchentlichen, täglichen Plänen umgesetzt.

5.2.2 Festlegung der Einrichtungsprozesse

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

Die Führungsstruktur hat die Verantwortung aufgeteilt: Vorsitzende der Geschäftsführung sowie Finanzen/Kaufmännische Verwaltung, Geschäftsleitung für Standortmanagement sowie Vertragspartner/Kundenbeziehungen und Personal-/Sozialwesen. Die Mitarbeiter arbeiten auf Basis eines umfassenden schriftlich niedergelegten für alle verbindlichen Reha-Konzeptes orientiert am biopsychosozialen Krankheitsfolgenmodells / WHO (ICF). Das seit den 90er Jahren zusammen mit der BAR entwickelte Phasenmodell der neurologischen Behandlungskette ist nahtlos umgesetzt.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Zur Zielerreichung erfolgt jährlich eine Finanz- und Strategieplanung, aus der sich die Eckpunkte für die Zielplanung des folgenden Geschäftsjahres ableiten, die zum Jahreswechsel mit den Erkenntnissen des abgelaufenen Geschäftsjahres konkretisiert und aktualisiert werden.

In diesem Rahmen erfolgt auch eine Aktualisierung und Fortschreibung der 5-Jahres-Planung als Grundlage für (mittelfristige) Finanz- und Investitionspläne, in denen auch die strategischen Optionen berücksichtigt werden. Daraus entsteht der Investitionsplan für die Standortführungsteams.

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.

Für Gremien wie Geschäftsleitung, Beirat, Standortführungsteam, Ärztliche Leitungskonferenz, Konferenz Fachkompetenzleiter / Therapieleiter, Pflegedienstleitung etc. gibt es kommunizierte Geschäftsordnungen. Für alle Sitzungen wie Arzneimittelkommission, Hygienekommission, Qualitätsmanagement etc. werden vorab Tagesordnungen und anschließend Protokolle erstellt und an diejenigen versandt, die zu dem Gremium gehören. Einen schnellen Informationsaustausch ermöglichen darüber hinaus Telefon- und Videokonferenzen.

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 Klinikführung liegt beim zuständigen Mitglied der Geschäftsleitung (Klinikmanager) zusammen mit dem Standortführungsteam (SFT) bestehend aus Ärztlichem Leiter, Verwaltungs-, Pflegedienst- und Therapieleiter. In diesem Gremium – mit Tagesordnung und Protokoll – werden interdisziplinär Informationen aus allen Bereichen ausgetauscht, Problemlösungen vereinbart und Entwicklungen in Gang gesetzt. Bei Bedarf findet eine gemeinsame Standortführungskonferenz mit der Geschäftsführung statt.

5.3.3 Information der Einrichtungsführung

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

Die Standortführung wird über Kosten-, Leistungs- und Belegungsdaten informiert. Die Daten werden von der Hauptverwaltung zur Verfügung gestellt. Budget-Berichte werden 4 x jährlich vom Controlling zusammengestellt und kommuniziert, Personaldaten von der Personalabteilung. Bei Abweichung von den Planungsvorgaben wird eine einvernehmliche Lösung gesucht. Zwei- bis viermal jährlich finden an jedem Standort Standortführungskonferenzen mit der Geschäftsführung und dem Personalleiter

statt. Qualitätszirkel zur Anpassung der Therapiepläne finden statt.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

Die Einrichtungsführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern. Leitbild und Geschäftsmodell bilden den Rahmen für eine berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Zusammenarbeit. Eines der Ziele ist die Erreichung der gemeinsamen Ziele über die Wahrung und Vertiefung des gegenseitigen Vertrauens und die Bereitschaft zu konstruktiver und engagierter Zusammenarbeit. Gefördert wird ein offener partnerschaftlichen Dialog durch jährliche Mitarbeitergespräche, unterstützt durch jährlich stattfindende Workshops mit entsprechenden Themen für leitende Mitarbeiter.

Regelmäßige Betriebsfeste fördern den vertrauensvollen Umgang.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

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

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

In der Rehabilitationseinrichtung werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Ethische Problemstellungen beziehen sich in der Regel auf Fragen der Therapiebegrenzung und Fragen der palliativen Betreuung. Grundsätzlich stellt sich das interdisziplinäre Team die Frage, wie es den Rehabilitanden und ihrer Lebensqualität am besten gerecht werden kann und danach wird das Handeln ausgerichtet. Einzelfallbezogen werden ethische Fragestellungen durch das interdisziplinäre Team patientenorientiert diskutiert und beraten. Für schwierige Orientierungsfragen und ethische Konflikte im klinischen Alltag kann ein klinisches Ethik-Komitee befragt werden.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Rehabilitanden

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

Der sterbende Patient erhält von der Pflege und dem Arzt eine individuelle Begleitung für ein würdevolles Sterben. Im Rahmen der Palliativmedizin werden entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Auf kulturelle Besonderheiten wird eingegangen. Eine Patientenverfügung zur Durchführung oder Unterlassung diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen wird berücksichtigt und mit Patienten / Angehörigen besprochen. Unter Beachtung (berufs-) rechtlicher Vorgaben wird eine einvernehmliche Vorgehensweise festgelegt. Dies gilt besonders für Patienten mit infauster Prognose.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Ein schriftlicher Standard „Versorgung Verstorbener“ im Intranet regelt mit Checkliste die Aufgaben von Pflege, Arzt und Verwaltung. Nach Pflegestandard werden Verstorbene entsprechend ihrer Religionszugehörigkeit versorgt und im Einzelzimmer bzw. im Andachtsraum aufgebahrt, damit Angehörige in Würde und Ruhe Abschied nehmen können. Die Angehörigen werden vom Arzt informiert, sofern sie nicht anwesend sind.

Der verantwortliche Arzt füllt die gesetzlichen Formulare (Todesbescheinigung incl. Sterbefallanzeige) aus und veranlasst bei Notwendigkeit die Obduktion.

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.

Das Qualitätsmanagement gehört zu den Aufgaben der Geschäftsführung und aller Leitenden. Ein Leiter Qualitätsmanagement ist benannt und direkt der Geschäftsführung unterstellt. Qualitätsmanagementbeauftragte sind berufsgruppen- und hierarchieübergreifend ernannt und treffen sich regelmäßig mit dem Leiter Qualitätsmanagement und der Geschäftsführung zum Austausch. Mitarbeiter sind über festgelegte Informations- und Partizipationsinstrumente (Teamsitzungen, Fortbildungen, Intranet, NOVUM) über das Qualitätsmanagement informiert.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Strategie- und Qualitätsziele sind auf der Basis des Leitbilds entwickelt und kommuniziert:

Ausbau und Erhalt der Kliniken Schmieder als Qualitätsführer in der Neurologie und Sicherstellung der wirtschaftlichen Wettbewerbsfähigkeit und der Compliance.

Dazu ist eine Prozess- und Maßnahmenmatrix entwickelt, die im Rahmen eines standortübergreifenden Projektplans umgesetzt wird:

- Darstellung der Ergebnisqualität
- Ausbau der Vernetzung und Kooperation
- interne Effizienzverbesserung
- Strategische Personalplanung
- Prüfung von Wachstumsoptionen

6.2 Qualitätsmanagementsystem

In der Rehabilitationseinrichtung existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert: ein Leiter Qualitätsmanagement mit entsprechender Qualifikation ist der Geschäftsführung unterstellt, koordiniert die berufsgruppen- und hierarchieübergreifend ausgewählten Qualitätsmanagement-Beauftragten an den Standorten. Projekte koordiniert der Leiter. Vor Ort ist das Standortführungsteam für das Qualitätsmanagement verantwortlich. Regelmäßige Informationsveranstaltungen werden in den Kliniken durchgeführt. Eine QM-Arbeitsgemeinschaft trifft sich am Standort.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Planungen und Methoden interner Qualitätssicherung werden abteilungsspezifisch durchgeführt. Intern werden Daten zur Strukturqualität erhoben, die Prozessqualität überprüft und die Ergebnisqualität z.B. durch das selbst entwickelte Assessment AKS in Phase C und D erfasst. Im Rahmen der Qualitätssicherungs-Programme der Deutschen Rentenversicherung werden Daten gemeldet und erhalten. Qualitätssicherungszirkel kontrollieren den Grad der therapeutischen Versorgung der Patienten. Fehlervermeidung (CIRS) und Beschwerdemanagement wird regelhaft ausgewertet.

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.

In verschiedenen Abteilungen erfolgt eine Erhebung qualitätsrelevanter Daten: Ärztliche Leitung, Therapieleitung, Pflegedienstleitung, Controlling, Geschäftsführung, Belegungsabteilung und Personalabteilung erstellen regelhaft Listen qualitätsrelevanter Daten. Es gibt einen Auditplan. Auditiert werden die Kernprozesse wie Aufnahme, Diagnostik, Behandlung, Entlassung. Die Kliniken beteiligen sich an Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung. Der Dokumententeil des Intranet wird als Qualitätsmanagementhandbuch genutzt

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.

Es werden regelmäßige Befragungen zur Patientenzufriedenheit in den Phasen A, C, D, Geriatrie, bei ganztägig ambulanten Rehabilitanden, bei Angehörigen der Phase B durchgeführt. Die Auswertungen nehmen Standortführungsteam, Fachkompetenzleiter, Geschäftsführung über eine EDV-basierte Anwendung selbst vor. Regelmäßige Einweiserbesuche führen Ärztliche Leiter, Belegungsabteilung, Sozialdienst, Geschäftsführung durch.

Aus allen Befragungen wurden Verbesserungspotentiale abgeleitet.

6.3.3 Umgang mit Rehabilitandenwünschen und Rehabilitandenbeschwerden

Die Rehabilitationseinrichtung berücksichtigt Rehabilitandenwünsche und -beschwerden.

Im Sinne der Patienten- und Rehabilitandenzufriedenheit haben die Kliniken ein proaktives Beschwerdemanagement als wichtiges Instrument. Beschwerden sind als konstruktive Kritik erwünscht. Die Mitarbeiter sind für Beschwerden offen. Jede Beschwerde eines Rehabilitanden oder eines Angehörigen wird sofort bearbeitet. Oberstes Prinzip ist, Beschwerden sofort und zeitnah, möglichst direkt mit dem Beschwerdeführer zu klären, um ihn ernst zu nehmen, seiner Beschwerde nachzugehen, ihn zufrieden zu stellen und ggf. den Grund für die Beschwerde für Verbesserungen zu nutzen.