



ELBLAND REHA



Strukturierter Qualitätsbericht
**ELBLAND Reha- und Präventions-
GmbH**
Neurologische Frühreha

Berichtsjahr 2020

Inhaltsverzeichnis

-	Einleitung	4
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	6
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	7
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	8
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	8
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	9
A-7	Aspekte der Barrierefreiheit.....	10
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-9	Anzahl der Betten.....	12
A-10	Gesamtfallzahlen.....	12
A-11	Personal des Krankenhauses	13
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	25
A-13	Besondere apparative Ausstattung	37
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	37
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen	39
B-1	Fachkrankenhaus für Neurologische Frührehabilitation	39
C	Qualitätssicherung	49
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	49
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	49
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	49
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	49
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	49
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	49
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	50
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	50

- Einleitung

D	Qualitätsmanagement	51
D-1	Qualitätspolitik	51
D-2	Qualitätsziele	52
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	56
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	59
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte.....	61
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	61

- Einleitung

- Einleitung

Qualitätsbericht für die ELBLAND Reha- und Präventions-GmbH

Verantwortlich für die Erstellung des Qualitätsberichts	
Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Herr André Gubsch
Telefon	03522/53-2002
Fax	03522/53-2070
E-Mail	info@elbland-reha.de

Verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Qualitätsberichts	
Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Herr André Gubsch
Telefon	03522/53-2002
Fax	03522/53-2070
E-Mail	info@elbland-reha.de

Weiterführende Links

Link zur Internetseite des Krankenhauses: <http://www.elbland-reha.de>

Link zu weiterführenden Informationen:



In dem Ihnen vorliegenden Qualitätsbericht stellt sich die ELBLAND Rehabilitationsklinik Großenhain speziell das Fachkrankenhaus für neurologische Frührehabilitation mit Sitz in Großenhain vor.

Am Standort des ehemals vierten kommunalen Krankenhauses am Bobersberg in Großenhain wurde am 3. April 2013 die neu errichtete ELBLAND Rehabilitations- und Präventionsklinik feierlich eröffnet. Mit der Errichtung des neuen Hauses begann damit eine neue Ära in der Geschichte des 500 Jahre alten Medizinstandortes. Die ELBLAND Rehabilitationsklinik Großenhain ist eine moderne, stationäre und interdisziplinäre Rehabilitationsklinik mit 125 Betten. Sie wird unter dem Dach der ELBLANDKLINIKEN und der RECURA Kliniken betrieben. Der Landkreis Meißen ist Gesellschafter der ELBLANDKLINIKEN Stiftung & Co. KG mit Akutkrankenhäusern in Riesa, Meißen und Radebeul.

In der Einrichtung können Patienten mit neurologischen Erkrankungen behandelt werden. Die enge Anbindung an die Infrastruktur der ELBLANDKLINIKEN und RECURA Kliniken mit ihren Fachkliniken für Geriatrie Radeburg und dem Fachkrankenhaus Coswig ermöglicht eine Vernetzung von akut medizinischer Behandlung und wohnortnaher Rehabilitation.

Großenhain liegt in der touristisch reizvollen Region des Sächsischen Elblandes, etwa 30 km von der Landeshauptstadt Dresden entfernt, im nordöstlichen Teil des Freistaates Sachsen. Die große Kreisstadt an der Röder mit ihren knapp 20.000 Einwohnern verfügt über eine gute Infrastruktur und eine historische Altstadt mit gemütlichem Flair.

Der vorliegende Qualitätsbericht entspricht den gesetzlichen Vorgaben und wird jährlich aktualisiert. Die Intention des Qualitätsberichtes besteht darin, Transparenz und Überprüfbarkeit zu schaffen. Als Zielgruppen stehen Patienten, Krankenkassen sowie die Ärzteschaft im Vordergrund.

Für Nachfragen stehen Ihnen gerne die Mitarbeiter der Klinik zur Verfügung. Weiterführendes Informationsmaterial, auch über die anderen Einrichtungen der Unternehmensgruppe, können Sie bei der Patientenverwaltung des ELBLAND Rehabilitationsklinik Großenhain bzw. bei der Klinikrezeption erhalten. Außerdem steht Ihnen die Homepage der ELBLAND Rehabilitationsklinik Großenhain im Internet unter www.elbland-reha.de zur Information zur Verfügung.



A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Krankenhaus	
Krankenhausname	ELBLAND Rehabilitationsklinik Großenhain
Hausanschrift	Am Bobersberg 4 01558 Großenhain
Zentrales Telefon	03522/53-0
Fax	03522/5320-60
Zentrale E-Mail	info@elbland-reha.de
Postanschrift	Am Bobersberg 4 01558 Großenhain
Institutionskennzeichen	261460076
Standortnummer aus dem Standortregister	771418
Standortnummer (alt)	00
URL	http://www.elbland-reha.de

Ärztliche Leitung

Ärztlicher Leiter/Ärztliche Leiterin	
Funktion	Chefarzt der Neurologie
Titel, Vorname, Name	Herr PD Dr. med. Imanuel Dzialowski
Telefon	03522/53-2002
Fax	03522/53-2070
E-Mail	info@elbland-reha.de

Pflegedienstleitung

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Pflegedirektorin
Titel, Vorname, Name	Frau Katrin Heigl
Telefon	03522/53-2002
Fax	03522/53-2070
E-Mail	info@elbland-reha.de

Pflegedienstleiter/Pflegedienstleiterin	
Funktion	Therapeutische Leitung
Titel, Vorname, Name	Frau Franziska Winzer
Telefon	03522/53-2002
Fax	03522/53-2070
E-Mail	info@elbland-reha.de

Verwaltungsleitung

Verwaltungsleiter/Verwaltungsleiterin	
Funktion	Verwaltungsleiter
Titel, Vorname, Name	Herr André Gubsch
Telefon	03522/53-2007
Fax	03522/53-2060
E-Mail	info@elbland-reha.de

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Krankenhausträger	
Name	ELBLAND Reha- und Präventions-GmbH
Art	Öffentlich



A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Trifft nicht zu.

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Trifft nicht zu.

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar
MP01	Akupressur	
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP06	Basale Stimulation	
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	aus pandemischen Gründen nur interne Nutzung möglich
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetikerinnen und Diabetiker	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	Extern
MP27	Musiktherapie	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP57	Biofeedback-Therapie	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP61	Redressionstherapie	
MP62	Snoezelen	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	
MP67	Vojtathherapie für Erwachsene und/oder Kinder	



A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Leistungsangebot	Link	Kommentar
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		Jedes unserer Zimmer verfügt über ein eigenes Badezimmer.
NM07	Rooming-in		
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		
NM42	Seelsorge		extern
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten		Zusätzlich bieten wir auch regelmäßig Musikveranstaltungen für Sie an.
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		Gern erteilt Ihnen unser Sozialdienst hierzu nähere Auskunft.
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	http://www.elbland-reha.de	
NM69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)		Fernsehgerät am Bett/im Zimmer, Internetanschluss am Bett/im Zimmer, hausinternes Wlan, Rundfunkempfang am Bett, Telefon am Bett, Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer, Schwimmbad, Aufenthaltsraum, kostenfreier klinikeigener Parkplatz

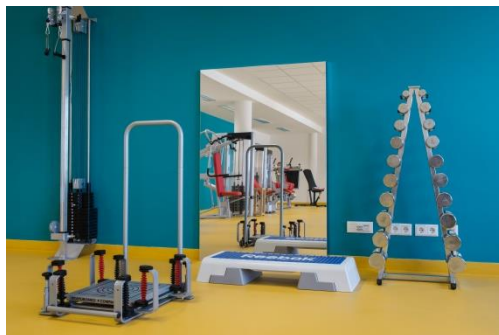
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen	
Funktion	Geschäftsführer
Titel, Vorname, Name	Herr André Gubsch
Telefon	03522/53-2007
Fax	03522/53-2060
E-Mail	info@elbland-reha.de

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Nr.	Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit	Kommentar
BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäreinrichtungen	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF23	Allergenarme Zimmer	
BF24	Diätische Angebote	
BF25	Dolmetscherdienst	
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	
BF35	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen	
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	visuelle Stockwerkanzeige
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	



A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Nr.	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	Chefarzt an der UniDD
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	Zusammen mit der UniDD
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	BTU Senftenberg
FL09	Doktorandenbetreuung	Chefarzt betreut Doktoranten

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	In Kooperation mit ELBLANDKLINIKEN Stiftung und Co. KG
HB03	Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut	Praktikumsplätze werden gestellt
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	Praktikumsplätze werden gestellt
HB09	Logopädin und Logopäde	Praktikumsplätze werden gestellt
HB13	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)	Praktikumsplätze werden gestellt
HB17	Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer	Praktikumspartner

A-9 Anzahl der Betten

Betten	
Betten	40

A-10 Gesamtfallzahlen

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle	
Vollstationäre Fallzahl	408
Teilstationäre Fallzahl	0
Ambulante Fallzahl	0

A-11 Personal des Krankenhauses



A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,87	
Nicht Direkt	0,03	

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,29

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,26	
Nicht Direkt	0,03	

Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Anzahl: 0

A-11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 48,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	48,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	37,83	
Nicht Direkt	10,42	

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 14,96

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,96	
Nicht Direkt	0	

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 1,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,09	
Nicht Direkt	0	

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

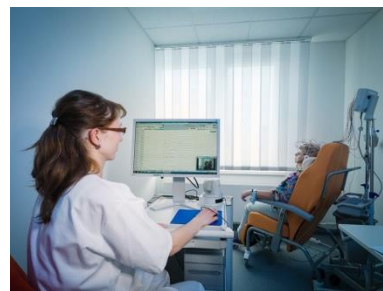
Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal insgesamt

Anzahl Vollkräfte: 0



Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

A-11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Trifft nicht zu.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

SP04 - Diätassistentin und Diätassistent

Anzahl Vollkräfte: 1,5

Kommentar: Externe Kooperation

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	1,5	

SP05 - Ergotherapeutin und Ergotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 8,75

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,75	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,75	
Nicht Direkt	0	

SP14 - Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker

Anzahl Vollkräfte: 3,34

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,34	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,34	
Nicht Direkt	0	



SP15 - Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister

Anzahl Vollkräfte: 2,63

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,63	Beziehen sich auf das ganze Haus
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,63	Beziehen sich auf das ganze Haus
Nicht Direkt	0	

SP16 - Musiktherapeutin und Musiktherapeut

Anzahl Vollkräfte: 0,58

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,58	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,58	
Nicht Direkt	0	

SP21 - Physiotherapeutin und Physiotherapeut

Anzahl Vollkräfte: 9,21

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	9,21	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	9,21	
Nicht Direkt	0	

SP22 - Podologin und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger)

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Kommentar: Externe Kooperation

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0,5	

SP23 - Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe

Anzahl Vollkräfte: 0,81

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,81	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,81	
Nicht Direkt	0	

SP25 - Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter

Anzahl Vollkräfte: 0,5

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,5	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,5	
Nicht Direkt	0	



SP27 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie

Anzahl Vollkräfte: 2

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2	
Nicht Direkt	0	

SP28 - Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement

Anzahl Vollkräfte: 2,67

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,67	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,67	
Nicht Direkt	0	

SP32 - Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Voita

Anzahl Vollkräfte: 8,3

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	8,3	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	8,3	
Nicht Direkt	0	

SP42 - Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie

Anzahl Vollkräfte: 4,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	4,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	4,1	
Nicht Direkt	0	

SP43 - Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)

Anzahl Vollkräfte: 1,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,1	
Nicht Direkt	0	

SP56 - Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)

Anzahl Vollkräfte: 3,02

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	3,02	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	3,02	
Nicht Direkt	0	

SP57 - Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe

Anzahl Vollkräfte: 0,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0,25	In Ausbildung
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0,25	In Ausbildung
Nicht Direkt	0	

SP60 - Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation

Anzahl Vollkräfte: 5,1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	5,1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	5,1	
Nicht Direkt	0	

SP61 - Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik

Anzahl Vollkräfte: 1

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1	
Nicht Direkt	0	



A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	
Funktion	Qualitätsverantwortlicher
Titel, Vorname, Name	Herr André Gubsch
Telefon	03522/53-2007
Fax	03522/53-2060
E-Mail	info@elbland-reha.de

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Lenkungsgremium	
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Pflege Therapie Ärztlicher Bereich Geschäftsführung
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Eigenständige Position für Risikomanagement

Verantwortliche Person für das klinische Risikomanagement	
Funktion	Qualitäts- und Risikomanagement
Titel, Vorname, Name	Frau Barbara Rieder
Telefon	03522/53-2002
Fax	03522/53-2070
E-Mail	info@elbland-reha.de

A-12.2.2 Lenkungs-gremium

Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	
Lenkungs-gremium / Steuerungsgruppe	Ja - Wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Pflege Therapie Ärztlicher Bereich Geschäftsführung
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Kommentar
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name: Qualitätsmanagement-Handbuch Datum: 18.10.2019	
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen		Plan wird jährlich an die Bedürfnisse angepasst
RM03	Mitarbeiterbefragungen		Konzernbefragung alle 3 Jahre
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagement-Handbuch Datum: 18.10.2019	
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagement-Handbuch Datum: 18.10.2019	
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagement-Handbuch Datum: 18.10.2019	
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagement-Handbuch Datum: 18.10.2019	

RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagement-Handbuch Datum: 18.10.2019	
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	- Fallbesprechungen	
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen		
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagement-Handbuch Datum: 18.10.2019	Zusätzlich liegt ein eigener Standard zum Entlassmanagement vor.

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Internes Fehlermeldesystem	
Internes Fehlermeldesystem	Ja
Regelmäßige Bewertung	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf
Verbesserung Patientensicherheit	Jährlich an den Bedarf angepasster Fort- und Weiterbildungsplanung. Kontinuierliche Bearbeitung von Standards auf Grundlage neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse.

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	30.01.2018
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	"bei Bedarf"
IF03	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	"bei Bedarf"

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Übergreifendes Fehlermeldesystem	
Übergreifendes Fehlermeldesystem	Nein

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Hygienepersonal	Anzahl (Personen)	Kommentar
Krankenhaustygienikerinnen und Krankenhaushygienikern	1	Extern
Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte	1	Intern
Fachgesundheits- und Krankenpflegerinnen und Fachgesundheits- und Krankenpfleger Fachgesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen Fachgesundheits- und Kinderkrankenpfleger für Hygiene und Infektionsprävention „Hygienefachkräfte“ (HFK)	1	Intern
Hygienebeauftragte in der Pflege	5	auf jeder Station

Hygienekommission	
Hygienekommission eingerichtet	Ja
Tagungsfrequenz des Gremiums	halbjährlich

Vorsitzende oder Vorsitzender der Hygienekommission	
Funktion	Ärztlicher Direktor
Titel, Vorname, Name	Herr PD Dr. med. Imanuel Dzialowski
Telefon	03522/53-2002
Fax	03522/53-2070
E-Mail	info@elbland-reha.de

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Am Standort werden zentrale Venenkatheter eingesetzt.

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage	
Der Standard liegt vor	Ja
Der Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Adäquate Hautdesinfektion der Kathetereinstichstelle	Ja
c) Beachtung der Einwirkzeit	Ja
d) Weitere Hygienemaßnahmen	
- sterile Handschuhe	Ja
- steriler Kittel	Ja
- Kopfhaube	Ja
- Mund-Nasen-Schutz	Ja
- steriles Abdecktuch	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom . autorisiert	Ja

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern	
Der Standard liegt vor	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Hygienekom . autorisiert	Ja

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie	
Die Leitlinie liegt vor	Ja
Leitlinie an akt. hauseigene Resistenzlage angepasst	Ja
Leitlinie durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe	
Der Standard liegt vor	Am Standort werden keine Operationen durchgeführt

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel	
Der Standard liegt vor	Ja
Der interne Standard thematisiert insbesondere	
a) Hygienische Händedesinfektion	Ja
b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen	Ja
c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	Ja
d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	Ja
e) Meldung/Dokumentation bei Verdacht auf postoper. Wundinfektion	Ja
Standard durch Geschäftsführung/Arzneimittel-/Hygienekom. autorisiert	Ja

A-12.3.2.4 *Händedesinfektion*

Händedesinfektionsmittelverbrauch	
Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	153,00 ml/Patiententag
Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen	
- Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben	Ja
- Händedesinfektionsmittelverbrauch	96,00 ml/Patiententag
Stationsbezogene Erfassung des Verbrauchs	Ja

A-12.3.2.5 *Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)*

MRSA	
Standardisierte Information (MRSA) erfolgt z. B. durch Flyer MRSA-Netzwerke	Ja
Informationsmanagement für MRSA liegt vor	Ja

Risikoadaptiertes Aufnahmescreening	
Risikoadaptiertes Aufnahmescreening (aktuelle RKI-Empfehlungen)	Ja

Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang	
Mit von MRSA / MRE / Noro-Viren	Ja

A-12.3.2.6 *Hygienebezogenes Risikomanagement*

Nr.	Instrument und Maßnahme	Zusatzangaben
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name: MRE Netzwerk Sachsen
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Teilnahme (ohne Zertifikat)



A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement		Kommentar / Erläuterungen
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt	Ja	In der Einrichtung liegen standardisierte Formulare aus. Eine Beschwerdekommision bearbeitet die Beschwerden. Das Vorgehen bei Beschwerden wird jährlich im Rahmen der Aktualisierung des QM-Handbuches geprüft.
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung)	Ja	Das Lob- und Beschwerdemanagement ist im QM-Handbuch beschrieben.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden	Ja	Ist im QM-Handbuch beschrieben und die Mitarbeiter sind geschult.
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden	Ja	Ist im QM-Handbuch geschrieben und die Mitarbeiter sind geschult.
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer sind schriftlich definiert	Nein	Beschwerden werden in der Klinik schnellstmöglich bearbeitet.

Regelmäßige Einweiserbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	Letzte Befragung erfolgte 2015.

Regelmäßige Patientenbefragungen	
Durchgeführt	Ja
Link	
Kommentar	Es findet eine kontinuierliche Patientenbefragung statt, die Auswertung erfolgt halbjährlich.

Anonyme Eingabemöglichkeit von Beschwerden	
Möglich	Ja
Link	
Kommentar	Anonyme Beschwerden sind möglich per E-Mail und über ein Beschwerdeformular mit anonymen Einwurfmöglichkeiten auf allen Stationen.

Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement

Ansprechperson für das Beschwerdemanagement	
Funktion	Qualitätsverantwortlicher
Titel, Vorname, Name	Herr André Gubsch
Telefon	03522/53-2007
Fax	03522/53-2070
E-Mail	info@elbland-reha.de

Zusatzinformationen zu den Ansprechpersonen des Beschwerdemanagements	
Link zum Bericht	
Kommentar	

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Zentrales Gremium / Arbeitsgruppe	
Zentrales Gremium oder zentrale Arbeitsgruppe vorhanden, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht?	Ja - Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement
Beteiligte Abteilungen / Funktionsbereiche	Pflege Therapie Ärztlicher Bereich Geschäftsführung
Tagungsfrequenz des Gremiums	bei Bedarf

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen: Ja

Angaben zur Person	
Angaben zur Person	Es gibt eine eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit

Verantwortliche Person AMTS	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Dr. med. Imanuel Dzialowski
Telefon	03522/53-2002
Fax	03522/53-2070
E-Mail	imanuel.dzialowski@elbland-reha.de

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Pharmazeutisches Personal	Anzahl (Personen)
Apothekerinnen und Apotheker	1
Weiteres pharmazeutisches Personal	0

Erläuterungen
 Die Apotheke wird über den Verbund der ELBLANDKLINIKEN abgedeckt. Hier ist ein Team an Pharmazeutischem Personal für die einzelnen Kliniken ansprechbar.

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat. Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese: Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

Medikationsprozess im Krankenhaus: Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen:

Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung. Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z.B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u.Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

Entlassung: Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben	Erläuterungen
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen		
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagement-Handbuch Letzte Aktualisierung: 18.10.2019	- QMH 4.3.2 Medikamentenwesen, Umsetzung von Anordnungen - VA Medikamentenmanagement vom 25.01.2019 - Standard Richten und Verabreichen von Medikamenten vom 29.12.2014
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) Name: Qualitätsmanagement-Handbuch Letzte Aktualisierung: 18.10.2019	- QMH 4.3.2 Medikamentenwesen, Umsetzung von Anordnungen - VA Medikamentenmanagement vom 25.01.2019 - Standard Richten und Verabreichen von Medikamenten vom 29.12.2014

AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) 	
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten - Aushändigung des Medikationsplans 	

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h verfügbar
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	Ja
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden	-



A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Stufe der Notfallversorgung des Krankenhauses	
Zugeordnete Notfallstufe	Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung
Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung	Nein

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Verfügt das Krankenhaus über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde?	Nein
Ist die Notfallambulanz des Krankenhauses gemäß § 75 Absatz 1 b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden?	Nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-1 Fachkrankenhaus für Neurologische Frührehabilitation

B-1.1 Allgemeine Angaben der Organisationseinheit / Fachabteilung

Allgemeine Angaben zur Organisationseinheit / Fachabteilung	
Fachabteilung	Fachkrankenhaus für Neurologische Frührehabilitation
Fachabteilungsschlüssel	2856
Art	Hauptabteilung

Ärztliche Leitung

Chefärztin oder Chefarzt	
Funktion	Chefarzt
Titel, Vorname, Name	Herr PD Dr. med. Imanuel Dzialowski
Telefon	03522/53-2002
Fax	03522/53-2070
E-Mail	info@elbland-reha.de
Straße/Nr	Am Bobersberg 4
PLZ/Ort	01558 Großenhain
Homepage	http://www.elbland-reha.de

B-1.2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten

Angaben zu Zielvereinbarungen	
Zielvereinbarung gemäß DKG	Ja

B-1.3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen
VN21	Neurologische Frührehabilitation

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Fallzahlen	
Vollstationäre Fallzahl	408
Teilstationäre Fallzahl	0



B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD**B-1.6.1 Hauptdiagnosen nach ICD**

Rang	ICD-10	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	I63	214	Hirnfarkt
2	G62	60	Sonstige Polyneuropathien
3	I61	39	Intrazerebrale Blutung
4	S06	24	Intrakranielle Verletzung
5	G93	13	Sonstige Krankheiten des Gehirns
6	G82	8	Paraparese und Paraplegie, Tetraparese und Tetraplegie
7	G40	6	Epilepsie
8	I60	6	Subarachnoidalblutung
9	G61	5	Polyneuritis
10	G72	5	Sonstige Myopathien
11	G41	4	Status epilepticus
12	A84	<= 5	Virusenzephalitis, durch Zecken übertragen
13	C71	<= 5	Bösartige Neubildung des Gehirns
14	C79	<= 5	Sekundäre bösartige Neubildung an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen
15	C83	<= 5	Nicht follikuläres Lymphom
16	D32	<= 5	Gutartige Neubildung der Meningen
17	D44	<= 5	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der endokrinen Drüsen
18	G04	<= 5	Enzephalitis, Myelitis und Enzephalomyelitis
19	G06	<= 5	Intrakranielle und intraspinale Abszesse und Granulome
20	G20	<= 5	Primäres Parkinson-Syndrom
21	G31	<= 5	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems, anderenorts nicht klassifiziert
22	G52	<= 5	Krankheiten sonstiger Hirnnerven
23	G54	<= 5	Krankheiten von Nervenwurzeln und Nervenplexus
24	G83	<= 5	Sonstige Lähmungssyndrome
25	I62	<= 5	Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung
26	R13	<= 5	Dysphagie

B-1.6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen (PDF-Sicht)

B-1.7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

B-1.7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1	8-552	390	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
2	3-200	214	Native Computertomographie des Schädels
3	9-984	212	Pflegebedürftigkeit
4	1-610	177	Diagnostische Laryngoskopie
5	1-207	155	Elektroenzephalographie [EEG]
6	9-200	81	Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen
7	8-718	56	Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung
8	5-431	55	Gastrostomie
9	1-206	35	Neurographie
10	3-225	29	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
11	3-222	28	Computertomographie des Thorax mit Kontrastmittel
12	8-800	28	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat
13	1-208	27	Registrierung evozierter Potentiale
14	8-831	22	Legen und Wechsel eines Katheters in zentralvenöse Gefäße
15	3-202	20	Native Computertomographie des Thorax
16	1-620	19	Diagnostische Tracheobronchoskopie
17	8-144	17	Therapeutische Drainage der Pleurahöhle
18	8-987	16	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
19	3-226	11	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
20	3-206	9	Native Computertomographie des Beckens
21	1-844	8	Diagnostische perkutane Punktion der Pleurahöhle
22	8-152	8	Therapeutische perkutane Punktion von Organen des Thorax
23	8-771	8	Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation
24	1-204	7	Untersuchung des Liquorsystems
25	3-207	7	Native Computertomographie des Abdomens
26	1-632	6	Diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie
27	3-203	6	Native Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
28	3-820	6	Magnetresonanztomographie des Schädels mit Kontrastmittel
29	8-701	6	Einfache endotracheale Intubation
30	3-205	5	Native Computertomographie des Muskel-Skelett-Systems
31	8-123	4	Wechsel und Entfernung eines Gastrostomiekatheters
32	1-205	<= 5	Elektromyographie [EMG]

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

33	1-440	<= 5	Endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas
34	1-630	<= 5	Diagnostische Ösophagoskopie
35	1-631	<= 5	Diagnostische Ösophagogastroskopie
36	1-650	<= 5	Diagnostische Koloskopie
37	1-791	<= 5	Kardiorespiratorische Polygraphie
38	1-854	<= 5	Diagnostische perkutane Punktion eines Gelenkes oder Schleimbeutels
39	3-052	<= 5	Transösophageale Echokardiographie [TEE]
40	3-201	<= 5	Native Computertomographie des Halses
41	3-220	<= 5	Computertomographie des Schädels mit Kontrastmittel
42	3-221	<= 5	Computertomographie des Halses mit Kontrastmittel
43	3-223	<= 5	Computertomographie von Wirbelsäule und Rückenmark mit Kontrastmittel
44	3-800	<= 5	Native Magnetresonanztomographie des Schädels
45	3-802	<= 5	Native Magnetresonanztomographie von Wirbelsäule und Rückenmark
46	3-806	<= 5	Native Magnetresonanztomographie des Muskel-Skelett-Systems
47	3-821	<= 5	Magnetresonanztomographie des Halses mit Kontrastmittel

B-1.7.2 Weitere Kompetenzprozeduren (PDF-Sicht)

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Trifft nicht zu.

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Trifft nicht zu.

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Trifft nicht zu.

B-1.11 Personelle Ausstattung

B-1.11.1 Ärztinnen und Ärzte

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit für Ärzte und Ärztinnen beträgt 40 Stunden.

Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 6,9

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	6,9	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	6,87	
Nicht Direkt	0,03	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 59,13043

Davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften

Anzahl Vollkräfte: 2,29

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	2,29	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	2,26	
Nicht Direkt	0,03	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 178,16594

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)
AQ42	Neurologie
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin
AQ54	Radiologie

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung: Zusatz-Weiterbildungen

Nr.	Zusatz-Weiterbildung
ZF15	Intensivmedizin

B-1.11.2 Pflegepersonal

Die maßgebliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt 40 Stunden.

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 48,25

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	48,25	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	37,83	
Nicht Direkt	10,42	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 8,45596

Altenpflegerinnen und Altenpfleger in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 14,96

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	14,96	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	14,96	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 27,27273

Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 1 Jahr

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 1,09

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	1,09	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	1,09	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft: 374,31193

Pflegehelferinnen und Pflegehelfer in Vollkräften

Ausbildungsdauer: ab 200 Std. Basiskurs

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Medizinische Fachangestellte in Vollkräften

Ausbildungsdauer: 3 Jahre

Personal in Fachabteilung

Anzahl Vollkräfte: 0

Personal aufgeteilt nach:

Versorgungsform	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Stationär	0	
Ambulant	0	

Beschäftigungsverhältnis	Anzahl Vollkräfte	Kommentar
Direkt	0	
Nicht Direkt	0	

Anzahl stationäre Fälle je stationäre Vollkraft:

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Fachweiterbildungen/akad. Abschlüsse

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches
PQ13	Hygienefachkraft
PQ20	Praxisanleitung
PQ22	Intermediate Care Pflege

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung: Zusatzqualifikation

Nr.	Zusatzqualifikation
ZP01	Basale Stimulation
ZP02	Bobath
ZP03	Diabetesberatung (DDG)
ZP05	Entlassungsmanagement
ZP08	Kinästhetik
ZP15	Stomamanagement
ZP16	Wundmanagement
ZP18	Dekubitusmanagement
ZP19	Sturzmanagement
ZP20	Palliative Care
ZP22	Atmungstherapie
ZP29	Stroke Unit Care
ZP31	Pflegeexpertin und Pflegeexperte Neurologie

B-1.11.3 Ausgewähltes therapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Psychiatrische Fachabteilung: Nein

C **Qualitätssicherung**

C-1 **Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V**

Dieser Bereich wurde nicht ausgefüllt.

C-2 **Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V**

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

C-3 **Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V**

Trifft nicht zu.

C-4 **Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung**

Trifft nicht zu.

C-5 **Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V**

Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.

C-5.1 **Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr**

C-5.2 **Angaben zum Prognosejahr**

C-5.2.1 **Leistungsberechtigung für das Prognosejahr**

C-5.2.1.a *Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen*

Trifft nicht zu.

C-5.2.1.b *Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)*

C-5.2.1.c *Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)*

Trifft nicht zu.

C-6 **Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V**

Trifft nicht zu.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Nr.	Fortbildungsverpflichteter Personenkreis	Anzahl (Personen)
1	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	4
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	4
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	4

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Die ELBLAND Reha- und Präventions-GmbH wird durch die Gesellschafter ELBLANDKLINIKEN Stiftung & Co. KG und Recura Kliniken SE vertreten.

Die Verantwortung für die operative Geschäftsführung obliegt der RECURA Kliniken SE. Die Unternehmensleitung fordert und fördert ein spezielles medizinisches Profil (Professional Identity), ein besonderes regionales Profil (Regional Identity) und ihr eigenes Unternehmensprofil (Corporate Identity).

Wir, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der ELBLAND Rehabilitationsklinik Großenhain, haben gemeinsam die Grundsätze für unser Klinikleitbild erarbeitet. In unserer Klinik für Rehabilitation mit dem Schwerpunkt Neurologische Frühreha/ Weaning und Trachealkanülenmanagement arbeiten wir, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes, des Therapeutischen Dienstes, des Pflegedienstes und der patientenfernen Dienste, gemeinsam Hand in Hand, um unseren Patienten und Rehabilitanden eine hochwertige medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung zu gewähren.

Die Ziele der Rehabilitation sind neben der Erlangung der individuellen bestmöglichen physischen und psychischen Gesundheit, auch die Förderung der Selbstständigkeit und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie die Vermeidung von Benachteiligungen. Dieses gilt auch während des Rehabilitationsprozesses. Wir, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, richten ihre tägliche Arbeit an diesem Ziel aus. Wir stehen unseren Rehabilitanden / Patienten mit ihren Bedürfnissen auf ihrem Genesungsweg zur Seite und fordern und fördern ihre individuelle Teilhabe.

Im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit steht die **Zufriedenheit unserer Patienten und Rehabilitanden**. Dieses Ziel können wir mit unserer **hohen Fachkompetenz** in allen beteiligten Berufsgruppen sowie mit den breit gefächerten Erfahrungen unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verwirklichen. Regelmäßige Fortbildungen sowie gezielte Weiterbildungen sichern diesen Anspruch.

Wichtig ist es uns, stets die Grundwerte der **Menschlichkeit** zu bewahren. Wir, das heißt jeder einzelne Mitarbeiter, sind uns unserer Verantwortung und Vorbildwirkung nach innen und außen bewusst.

Eine **hohe Mitarbeitermotivation**, verbunden mit einer hohen Mitarbeiterzufriedenheit erreichen wir mit gegenseitiger Akzeptanz, Wertschätzung und Respekt innerhalb aller Berufsgruppen. Die Klinikleitung und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Führungspositionen pflegen einen kooperativen Führungsstil und unterstützen diesen mit Transparenz, Offenheit und Vertrauen.

Mit diesem Leitbild geben wir uns eine Orientierung und eine gemeinsame Vision für unser Handeln. Auf dieser Basis entwickeln und überprüfen wir regelmäßig unsere konkreten und praktikablen Ziele für alle Mitarbeiter.

Um genaue, messbare und nachprüfbar Informationen darüber zu erhalten, was wir tun und welche Folgen unser Handeln hat, entwickeln wir unser Leistungskennzahlenmodell ständig weiter. So gelingt es uns, die Auswirkungen unserer **nachhaltigen Wirtschaftsweise zu messen und zu steuern**.



D-2 Qualitätsziele

Als Fachkrankenhaus für neurologische Frührehabilitation befinden wir uns in einem Spannungsfeld der regionalen und überregionalen medizinischen Versorgung, welches uns die außerordentliche Bedeutung einer hochqualitativen Spezifikation besonders deutlich macht. Unser Leistungsangebot und die Leistungserfüllung stehen daher in kontinuierlicher Überprüfung. Dabei richten wir unser Augenmerk auf die Erfüllung unserer Qualitätsziele, die wie folgt festgeschrieben werden:

Unser Ziel:

Ziel

Zufriedene und autonome Patienten, d.h. Sicherstellung der optimalen medizinischen Versorgung durch einen ganzheitlichen Behandlungsansatz, klar definierte Behandlungsprogramme auf Basis qualifizierter Diagnostik, eine einfühlsame Führung und optimale Betreuung, kurzfristige Erreichbarkeit und geringe Wartezeit.

Erreichen wir durch:

- Einsatz von kompetenten Mitarbeitern
- Fortlaufende Motivation unserer Mitarbeiter
- Kontinuierliche und systematische interne und externe Weiterbildung
- patientenspezifische Zusatzleistungen zu angemessenen Preisen
- systematische Einbindung von Selbsthilfegruppen im Rahmen der Nachsorgeplanung
- Nutzung elektronischer Medien, medizinischen apparativen Fortschritts und Konsiliarmöglichkeiten

Maßstab:

- Anzahl der internen und externen Beschwerden pro Jahr [Anzahl/ Intensität/ Gegenstand]
- Ergebnisse der regelmäßigen Patientenbefragung [Bewertungsindex]
- Qualifikationsstand unserer Mitarbeiter

Ziel

Zufriedene Kosten- und Leistungsträger, d. h. optimale medizinische Leistungen

Erreichen wir durch:

- Einsatz von qualifiziertem Personal
- Bereitstellung und Einsatz von medizinischen Geräten auf dem aktuellen Stand der Technik
- Erfüllung der Qualitätsvorgaben der Kosten- und Leistungsträger, insbesondere DRG-Vorgaben
- Einhalten von Terminvorgaben

Maßstab:

- Anzahl begründeter MDK-Rückfragen (interner Verlauf)
- Fallzahlen
- Qualifikationsschlüssel Mitarbeiter
- Qualitätsstand bzgl. DRG-Vorgaben für Intensiv-Stationen, intermediäre Beatmungsstationen

Ziel

Zufriedene Vor- und Nachbehandler, d. h. optimale Zusammenarbeit im Rahmen der Versorgungskette
Erreichen wir durch:

- intensive Kommunikation und systematische Einbindung der Vor- und Nachbehandler
- Aufbau und Ausbau digitaler Strukturen
- optimale Versorgung der uns anvertrauten Patienten

Maßstab:

- Zuweiserstruktur
- Zuweiserzahl
- Einzugsgebiet
- durchschnittliche Wartezeit

Ziel

Wirtschaftlichkeit unserer Einrichtung, d. h. Ausrichtung auf Gewinnerzielung zur langfristigen Sicherung und Weiterentwicklung der Klinik und Erzielung eines optimalen Kosten-/ Nutzverhältnisses.

Erreichen wir durch:

- Konzentration auf unsere Kernkompetenzen und Aufbau und Ausbau von neuen Leistungsfeldern durch fortlaufende Innovationen
- eine auf Marktpreisen ausgerichtete Kostenstruktur
- erforderliche und wirtschaftliche Kooperationen mit externen Dienstleistern bzw. Lieferanten
- operative Zielvereinbarungen und Einsatz eines effektiven Controllings
- weiteren Ausbau des Qualitätsmanagementsystems
- eine entsprechende Strukturqualität durch bauliche Investitionen

Maßstab:

- Anzahl begründeter MDK-Rückfragen (interner Verlauf)
- Fallzahlen
- Qualifikationsschlüssel Mitarbeiter
- Qualitätsstand bzgl. DRG-Vorgaben für Intensiv-Stationen, intermediäre Beatmungsstationen
- Rendite
- Umsatz, Gewinn
- Kosten
- Angebotsauswertungen sowie Ergebnisse systematischer Bewertung von Lieferanten
- Benchmarking
- Investitionsquote

Ziel

Wirtschaftlichkeit für den Kosten- und Leistungsträger, d. h. ein qualitativ hochwertiges Leistungsangebot zu konkurrenzfähigen Preisen

Erreichen wir durch:

- optimale Kostenstruktur
- elektronischer Übertrag aller notwendigen Daten

Maßstab:

- Belegungsquote
- Verweildauer
- Begründete Reklamationen (verweigte Kostenübernahme) durch MDK in Prozent
- Zuweiserquote

Ziel

engagierte und motivierte Mitarbeiter, d. h. sichere und qualifizierte Arbeitsplätze und ein hohes Maß an Eigenverantwortung sowie Qualifizierungsmöglichkeiten

Erreichen wir durch:

- klare Hierarchien und klare Kompetenzen
- direkte, offene Kommunikation
- persönliche Mitwirkungsbereitschaft
- am Unternehmenserfolg orientierte Vergütungsanteile
- Vorschlags- und Verbesserungswesen inkl. Prämienregelungen
- Beschwerdemanagement für Mitarbeiter, auch anonymisiert
- eine systematische Ermittlung der Mitarbeiterzufriedenheit, insbesondere Unzufriedenheit bei Problemen
- ein durchgängiger Internet-Zugang sowie eine durchgängige Internet-Nutzung durch alle Mitarbeiter

Maßstab:

- Krankheitsrate
- Fluktuationsrate
- eingegangene und umgesetzte Verbesserungsvorschläge
- Qualifikationsprofil und Qualifikationsstand der Mitarbeiter
- Betriebszugehörigkeit
- Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung [Bewertungsindex]
- Anzahl/Umfang der Mitarbeiterbeschwerden pro Jahr
- Weiterbildungsbudget inkl. Fachliteratur
- Engagement/ Teilnahme an betrieblichen Veranstaltungen

Ziel

Menschlichkeit und Ethik, d. h. Erfüllung des gesellschaftlichen Auftrags

Erreichen wir durch:

- Erfassung und Auswertung der Rückmeldungen aus dem gesellschaftlichen Umfeld
- fortlaufende Bewusstseinsbildung
- Integration Behinderter, z. B. durch einen barrierefreien Zugang zu allen Klinikbereichen

Maßstab:

- Rückmeldungen aus der Region

Ziel

Soziale Verantwortung durch Kompetenz, d. h. eine umweltorientierte Tätigkeit der Klinik; Berücksichtigung bzw. Weiterentwicklung hinsichtlich Umwelt- und Arbeitsschutz

Erreichen wir durch:

- Erfassung und Auswertung von Haftpflichtfällen
- Ausschluss nicht hinreichend qualifizierter Lieferanten (Sicherstellung der Umwelt- und Sicherheitsanforderungen)

Maßstab:

- Ergebnisse der externen und internen Betriebsbegehungen [Anzahl und Art der Mängel]
- Unfall-Statistiken

Ziel

Sicherung und Weiterentwicklung des regionalen Profils/ der strategischen Ausrichtung, d. h. Integration in der Region und Versorgungskette

Erreichen wir durch:

- Mitgestaltung der Versorgungslandschaft in der Region unserer Klinik
- Einbindung von Selbsthilfegruppen
- vorbereitende Ausbildung in den Gesundheits- und Pflegeberufen
- Kooperation hinsichtlich neuer Versorgungsstrukturen

Maßstab:

- Ausbildungsstatistiken
- gemeinsame Veranstaltungen mit Selbsthilfegruppen/ Rückmeldungen von Selbsthilfegruppen
- Anzahl und Entwicklungsstand neuer Projekte

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagementsystem des Fachkrankenhauses für neurologische Frührehabilitation orientiert sich an den Vorgaben der DIN ISO. Zur Sicherstellung der Umsetzung der Qualitätspolitik und Erreichung der gesetzten Qualitätsziele sind die im Folgenden beschriebenen Strukturen implementiert.

Die Geschäftsführung

Die Gesamtverantwortung für das Qualitätsmanagement liegt bei der Geschäftsführung.

Aufgaben:

- Sicherstellung der Umsetzung der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele
- Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen

Die Klinikleitung

Die Klinikleitung, bestehend aus Geschäftsführung, dem Chefarzt der Neurologie, dem Verwaltungsleiter, der Pflegedirektorin, der Therapieleitung sowie der Assistentin der Klinikleitung, übernimmt die Verantwortung für Definition und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Aufgaben:

- Initiierung, Koordinierung und Überwachung aller qualitätsbezogenen Aktivitäten innerhalb der Klinik
- Vorschläge und Vorbereitung von Entscheidungen für die Geschäftsführung
- Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen

Prozessverantwortliche

Unterstützung erhält die Klinikleitung durch den hausinternen QMK und Prozessverantwortliche in sämtlichen Funktionsbereichen der Klinik. Diese tragen Gestaltungsverantwortung der jeweiligen Festlegung.

Aufgaben:

- Ansprechpartner bei internen und externen Audit
- maßnahmenverantwortlich bei daraus resultierenden Korrekturen
- Verantwortung für die Schulung
- Aufrechterhaltung von jeweiligen Festlegungen im Tagesgeschäft
- Ansprechpartner bei Bearbeitungsproblemen und Änderungen innerhalb der jeweiligen Aufgaben stehen sie jedem Kollegen zur Verfügung
- In Absprache mit der Klinikleitung wirken sie aktiv an der Weiterentwicklung der Verfahren mit

Qualitätsmanagementverantwortliche

Von der Geschäftsführung ist eine Qualitätsmanagementverantwortliche benannt. Sie ist für die Initiierung, Begleitung und Koordinierung der Maßnahmen des Qualitätsmanagements in Absprache mit der Geschäftsführung verantwortlich.

Aufgaben:

- Initiierung, Koordinierung und Begleitung von qualitätsverbessernden Maßnahmen
- Beratung der Geschäftsführung in Belangen des Qualitätsmanagements
- Regelmäßige Berichterstattung an die Geschäftsführung zu aktuellem Stand, Ergebnissen und zu Entwicklungsmöglichkeiten des Qualitätsmanagements
- Koordinierung und Überwachung der Aktivitäten von Qualitätszirkeln und Projektgruppen
- Leitung/ Moderation von Qualitätszirkeln/ Arbeitsgruppen
- Information und Schulung der Klinikmitarbeiter zum Qualitätsmanagement
- Organisation und Ansprechpartner im Rahmen des Beschwerdemanagements
- Durchführung von Maßnahmen der internen Qualitätssicherung, z.B. interne Audits, Messungen
- Erstellung des jährlichen Qualitätsmanagement-Zielplans
- Aufbau und Betrieb des Dokumentenmanagements
- Erstellung und Entwicklung von Vorlagen und Formularen für das Qualitätsmanagement
- Projekte und konzeptionelle Aufgaben im Auftrag der Geschäftsführung
- Konzeption, Implementierung und Evaluierung klinischer Behandlungspfade
- Unterstützung bei Zertifizierung/ Rezertifizierung einzelner Bereiche
- Erhebung und Auswertung von Daten des Qualitätskennzahlensystems

Qualitätszirkel und Projektgruppen

In Qualitätszirkeln und Projektgruppen arbeiten Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen und Hierarchieebenen zusammen. Vorrangige Aufgabe ist die Erarbeitung von Lösungsvorschlägen mit dem Ziel bereichsübergreifende Verbesserungspotenziale zu erkennen und umzusetzen.

Kommissionen und Gremien

Im Fachkrankenhaus für neurologische Frührehabilitation arbeiten folgende Kommissionen und Gremien an der Sicherstellung einer kontinuierlichen Einhaltung und Verbesserung der Qualität:

- Hygienekommission
- Beschwerdekommision
- Arzneimittelkommission
- Arbeitssicherheitsausschuss

Konzernbereich Qualität- und Risikomanagement

Externe Unterstützung im Qualitätsmanagement erfährt das Fachkrankenhaus durch den Zentralen Bereich Qualitätsmanagement der RECURA GmbH.

Aufgaben:

- Beratung der Kliniken in Belangen des Qualitätsmanagements
- Unterstützung der Qualitätsmanagementbeauftragten bei der Ausübung ihrer Tätigkeiten im Qualitätsmanagement
- Durchführung von Schulungen und Fortbildungen im Qualitätsmanagement
- Überprüfung der Umsetzung von Qualitätsmanagement-Maßnahmen in den Kliniken, z. B. Durchführung von Audits und Fremdbewertungen
- Unterstützung bei der Einführung eines Risikomanagements

Davon unbesehen ist Qualitätsmanagement natürlich Aufgabe aller Mitarbeiter des Fachkrankenhauses für neurologische Frührehabilitation. Die Ziele unseres Qualitätsmanagements werden aktiv von jedem Mitarbeiter getragen.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Zur Überprüfung der Umsetzung der Qualitätspolitik und Qualitätsziele und der kontinuierlichen Verbesserung der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Qualität werden im Fachkrankenhaus für neurologische Frührehabilitation folgende Instrumente angewandt:

1. Patienten- und Mitarbeiterbefragungen
2. Beschwerdemanagement
3. Hygienemanagement
4. Pflegestandards
5. Therapiestandards
6. Patientenaufklärung und Angehörigen-Information
7. Fort- und Weiterbildungsplanung
8. Erhebung und Auswertung von Qualitäts-Kennzahlen
9. Fehler und Risikomanagement
10. Lieferantenbewertung

Einen wesentlichen Anhaltspunkt für die Initiierung von qualitätsverbessernden Maßnahmen stellt die Rückmeldung unserer Kunden zu deren Zufriedenheit mit den Leistungen unserer Klinik dar. Zu diesem Zweck werden einheitliche Befragungen von Patienten und Mitarbeitern in regelmäßigem Abstand durchgeführt.

1.1. Patientenbefragung

Über einen Fragebogen ermitteln wir die Zufriedenheit unserer Patienten. Die Ermittlung, Analyse und Verbesserung erfolgt bezüglich empfundener Freundlichkeit, Qualifikation, Aufmerksamkeit und Organisation sowie sonstiger nicht-medizinischer Versorgung.

1.2. Mitarbeiterbefragung

Bereits mit der Definition als eines unserer Qualitätsziele machen wir deutlich: wir möchten zufriedene Mitarbeiter. Sie tragen unbestritten zum Erfolg unserer Klinik bei. Ihre Motivation, ihre Qualifikation und ihr Engagement gewährleisten die reibungslose bzw. die reibungsreduzierte, die erfolgreiche und qualitativ hochwertige Versorgung unserer Patienten. Zur Ermittlung der Mitarbeiterzufriedenheit nutzen wir unter anderem die aller zwei Jahre durchzuführende Mitarbeiterbefragung. Mit der Ermittlung, Analyse und Unterbreitung von Verbesserungsvorschlägen wurde der Betriebsrat beauftragt. Auch unserer Mitarbeiter können jederzeit Verbesserungsvorschläge einreichen.

2. Beschwerdemanagement

Im Rahmen der Verbesserung der Zufriedenheit von Patienten, von Mitarbeitern sowie von Kosten- und Leistungsträgern haben wir ein internes und externes Beschwerdemanagement eingerichtet.

Wir messen allen geäußerten internen oder externen, anonymen oder persönlich vorgetragenen Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten, Angehörigen oder Leistungsträgern die gleiche Bedeutung zu, verpflichten uns zur schnellstmöglichen Beantwortung und -bei berechtigter Kritik - natürlich zur Behebung. Die Klinikleitung wird über jede Beschwerde und das Bearbeitungsergebnis informiert bzw. bei bereichsübergreifender Fragestellung in die Problemlösung eingebunden. Als ein weiteres Ergebnis des Beschwerdemanagements erwarten wir uns Hinweise für die Optimierung von insbesondere organisatorischen Abläufen.

3. Hygienemanagement

Die inhaltlichen Anforderungen an die Krankenhaushygiene und Arbeitssicherheit werden jedem Mitarbeiter durch ein krankenhausespezifisches Hygienehandbuch kommuniziert. Für die Durchsetzung und Einhaltung der Hygieneordnung ist der Chefarzt verantwortlich. Er fungiert in unserer Klinik gleichzeitig als Hygienebeauftragter Arzt, zudem ist ihm die Hygienefachschwester unterstellt. Der Hygienebeauftragte Arzt hat eine Hygienekommission zu bilden, die sich aus Mitarbeitern der medizinischen, diagnostischen und

technischen Bereiche zusammensetzt. Die Hygienekommission tagt regelmäßig und bei Bedarf. Sie erfährt Unterstützung durch externe Begehungen (z. B. durch das Gesundheitsamt). Eventuell daraus abzuleitende Maßnahmen werden unverzüglich durch die Hygienefachkraft, die Bereichsleiter oder bei bereichsübergreifenden Fragestellungen - durch die Klinikleitung abgeleitet und zur Umsetzung veranlasst.

4. Pflegestandards

Um eine optimale Qualität der Krankenpflege garantieren zu können, werden im Fachkrankenhaus für neurologische Frührehabilitation Pflegestandards definiert und weiterentwickelt. Eine Kommission - bestehend aus Mitarbeitern des Pflegedienstes - erarbeitet und aktualisiert diese klinikweit gültigen Standards. Diese Mitarbeiter nehmen regelmäßig an qualifizierenden und weiterbildenden Veranstaltungen teil, um eine den aktuellen Normen entsprechende Krankenpflege in die Pflegestandards und somit in die täglichen Arbeitsabläufe integrieren zu können. Eine Kontrolle der Berücksichtigung unserer intern festgelegten Pflegemaßnahmen erfolgt im Rahmen von Begehungen der Pflegedirektorin sowie dem jährlich stattfindenden Audit.

5. Therapiestandards

Alle therapeutischen Bereiche haben Qualitätsstandards zur Diagnostik und Therapie entwickelt und evaluieren diese regelmäßig in einzelnen Fachgruppen. Neue Kenntnisse aus Weiterbildungen und Fachwissenschaften fließen in die Aktualisierungen ein. Die Therapeutischen Standards bilden die inhaltliche Grundlage für die qualitative Durchführung der Therapieeinheiten und das Erreichen optimaler Therapieergebnisse. Die Therapeutischen Standards gelten klinikübergreifend. Die Überprüfung ihrer Berücksichtigung wird durch die Therapeutische Leitung sowie jährlich stattfindenden Audits in den Bereichen vorgenommen.

6. Patientenaufklärung und Angehörigen Information

Die Patientenaufklärung im Rahmen der Behandlung erfolgt selbstverständlich im erforderlichen Rahmen. Sie ist Bestandteil unseres zwingend verpflichtenden Dokumentensystems und der schriftlich fixierten Prozessabläufe. Daneben fühlen wir uns jedoch auch der weiterführenden Patienteninformation und -betreuung verpflichtet.

7. Fort- und Weiterbildungsplanung

Die Gewährleistung einer optimalen medizinischen Versorgung ist das wichtigste Qualitätsziel unserer Einrichtung. Um diesem Maßstab gerecht zu werden, wurde eine Systematik für Fort- und Weiterbildungen erarbeitet und umgesetzt, damit eine kontinuierliche Weiterbildung aller Mitarbeiter realisiert werden kann.

8. Erhebung und Auswertung von Qualitätskennzahlen

In unsere Klinik sind Erhebungsmethoden für die interne Qualitätssicherung eingeführt. Die Erhebung und Auswertung von Kennzahlen bietet die Möglichkeit, die vielfältigen Prozesse der Klinik zu überwachen und zu steuern und damit eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten sicherzustellen sowie eine hohe Qualität in Aufbau- und Ablauforganisation zu gewährleisten.

Beispiele für erhobene Kennzahlen

Auswertung Sturzrate

Auswertung Dekubitusrate

9. Fehler und Risikomanagement

Die Behandlung unserer Patienten erfolgt über komplexe Strukturen, in denen viele Menschen an der Behandlung unserer Patienten mitwirken. Für eine gute Behandlungsqualität müssen die Arbeitsabläufe unserer Mitarbeiter wirkungsvoll organisiert und koordiniert sein. Dazu gehört, mögliche Schwachstellen im System frühzeitig zu entdecken. Kennt man die Risiken, die Fehler auslösen, lassen sich Fehler vermeiden oder zumindest verringern.

10. Lieferantenbewertung

Wir bemühen uns um eine hohe Qualität unserer Zulieferer. Aus diesem Grund führen wir kontinuierliche Lieferantenbewertungen durch.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

In unserem Haus wurde in 2013 ein Projektmanagement implementiert. Es erfolgt eine strukturierte Planung, Durchführung und Evaluation von Projekten zur Qualitätsverbesserung in unserer Klinik.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Wir gehen bei der Bewertung des Qualitätsmanagements weit über die gesetzlichen Anforderungen hinaus und lassen unser Qualitätsmanagement-System zusätzlich von externen unabhängigen Auditoren überprüfen. Ziel der Erst-Zertifizierung des Krankenhauses nach DIN EN ISO ist Ende 2020/ Anfang 2021. Im Moment arbeitet die Klinik an den Vorbereitungen für die Zertifizierung.

Unsere Rehabilitationseinrichtung ist bereits jetzt nach DIN EN ISO 9001:2015 sowie nach DEGEMED 6.0 zertifiziert.