Strukturierter Qualitätsbericht
gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
für das Berichtsjahr 2006

Moritz-Klinik GmbH und Co KG Bad Klosterlausnitz

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ
auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 31.10.2007 um 13:52 Uhr erstellt.

DKTIG: http://www.dktig.de
ProMaTo: http://www.netfutura.de

Inhaltsverzeichnis

	Einleitung
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses
A-3	Standort(nummer)
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses
B-[1]	Neurologie Phase B
B-[1].1	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[1].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[1].3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[1].4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[1].5	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung
B-[1].6	Hauptdiagnosen nach ICD
B-[1].7	Prozeduren nach OPS
B-[1].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-[1].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-[1].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-[1].11	Apparative Ausstattung
B-[1].12	Personelle Ausstattung
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V
C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)
D-1 Qualitätspolitik
D-2 Qualitätsziele
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Einleitung

Abbildung: Ein Blick aus dem Kurpark auf die Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz

Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz

Neurologische und orthopädisch-traumatologische Fachklinik für Rehabilitation

Hermann-Sachse-Straße 46

07639 Bad Klosterlausnitz

Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz

Die Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz ist Teil der Unternehmensgruppe Graf von Oeynhausen-Sierstorpff.
Die Unternehmensgruppe Graf von Oeynhausen-Sierstorpff hat eine Entwicklung durchlaufen, die vor etwas mehr als 200 Jahren begonnen hat. In diesem Prozess gibt es Konstanten, die sich seit den Anfängen nicht verändert haben, und dynamische Entwicklungen, mit denen sich die Gruppe erfolgreich in ihrem jeweiligen Marktumfeld profiliert. Die wichtigste Konstante ist das Qualitätsbewusstsein, mit dem alle Dienstleistungen ständig kritisch überprüft werden. Dieses Prinzip formulierte als erster Caspar Heinrich von Sierstorpff (1750-1842), der Gründer des Bad Driburger Heilbades:

„Es ist erstaunlich, wie nah man an die höchste Qualität kommt, wenn man bereit ist, jeden Tag daran zu arbeiten."

Nähre Informationen zur Unternehmensgruppe Graf von Oeynhausen-Sierstorpff unter www.ugos.de .

Seit 1993 wird in der Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz die Tradition der Unternehmensgruppe erfolgreich fortgesetzt. In Bad Klosterlausnitz, einem traditionsreichen Kur- und Erholungsort im Thüringer Holzland, wurde von der Unternehmensgruppe Graf von Oeynhausen-Sierstorpff die Moritz-Klinik nach modernsten medizinischen und rehabilitationswissenschaftlichen Gesichtspunkten geplant und neu errichtet. In das Konzept flossen 20 Jahre Erfahrungen auf dem Gebiet der medizinischen Rehabilitation ein. Unter den Aspekten Tradition und Innovation wurden medizinischen Weiterentwicklungen stets Rechnung getragen. Mit dem „Menschen" im Mittelpunkt wollen wir mit unseren qualifizierten und engagierten Mitarbeitern den ganzheitlichen Ansatz, der die Grundlage unserer Arbeit ist, nicht aus den Augen verlieren. Denn dass Therapiekonzept, wie es in der Klinik erfolgreich praktiziert wird, erschöpft sich nicht in der „Reparatur eines Defektes". Nur zusammen mit dem Patienten und nur unter Einbeziehung seiner persönlichen Umstände, Fähigkeiten und Neigungen lassen sich nachhaltig positive Reha-Ergebnisse erzielen.

Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Ralf Winkhaus	Verwaltungsleitung	036601 49-441	036601 49-449	zentrale@moritz-klinik.de

Ansprechpartner:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Ralf Winkhaus	Verwaltungsleitung	036601 49-441	036601 49-449	zentrale@moritz-klinik.de

Links:

www.moritz-klinik.de

Sonstiges:

Struktur der Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz

Die Kliniken der Unternehmensgruppe Graf von Oeynhausen-Sierstorpff bieten nicht nur medizinische Betreuung und Medizintechnik nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft, sondern auch Kriterien, nach denen unser Anspruch auf Qualität im Gesundheitswesen überprüfbar wird. In dieses Qualitätsmanagement sind alle am Klinikbetrieb beteiligten Gruppen und Fachabteilungen integriert.
So gewährleisten z.B. transparente Hierarchieebenen einen intensiven Austausch zwischen Chefärzten, Fachärzten, der Fachpflege und den Therapeuten und fördern die Kooperation zwischen den Abteilungen. Für Patienten und Kostenträger bedeutet dies die Gewissheit, ein Optimum an therapeutischer Betreuung zu bekommen. Dieser Aspekt gewinnt angesichts einer anhaltenden Diskussion über die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit unseres Gesundheitssystems zunehmend an Bedeutung.
In der Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz werden Patienten neurologisch und orthopädisch-traumatologisch rehabilitiert. Eine weitere Spezialisierung ist die Rehabilitation von Patienten mit Brandverletzungen.

Mit den folgen Aufteilungen möchten wir eine kleine Übersicht über das Behandlungsspektrum der Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz geben:

Neurologische Phase B (stationäre Frührehabilitation – Krankenhaus)
Eine Behandlung in einer Einrichtung der Phase B ist notwendig für bewusstlose oder schwer bewusstseinsgetrübte Patienten. Dieser Zustand kann bestehen nach großen Hirnblutungen mit Einbruch des Hirnkammersystems, nach ausgedehnten Hirnstammschädigungen, nach Mittelhirneinklemmungen oder nach Subarachnoidalblutung höheren Schweregrades oder nach anderen komplizierten Verläufen. Aufgrund der Bewusstseinsstörung oder schwerer organischer „Wesens- oder Persönlichkeitsstörung“ ist die Kooperationsfähigkeit des Patienten stark eingeschränkt. Hauptziel dieser Behandlungsphase ist, den Patienten „ins bewusste Leben zurückzuholen“ und somit die Grundlage für eine kooperative Mitarbeit am weiteren Rehabilitationsprozess zu schaffen. Weitere Ziele sind die Besserung des Bewußtseinszustandes, die Herstellung der Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit, die Mobilisierung, die Minderung des Ausmaßes von Schädigungen des ZNS, die Vermeidung sekundärer Komplikationen sowie die Klärung des Rehabilitationspotentials.

Neurologische Phase C (stationäre Rehabilitation)
In der Phase C ist der Patient überwiegend bewusstseinsklar und kann somit aufgrund seines psychophysischen Zustandes kooperativ täglich an mehreren Therapiemaßnahmen teilnehmen. Er ist aber in der Regel bei vielen „Aktivitäten des täglichen Lebens“ noch auf pflegerische Hilfe angewiesen. Hauptziel in dieser Phase ist es, die Selbständigkeit im Alltag zu erreichen. Grundlegende motorische und neuropsychologische Funktionen sollen wieder hergestellt werden, der Patient soll für „seine Rehabilitation“ motiviert werden.

Neurologische Phase D (stationäre/teilstationäre Rehabilitation)
Die Phase D beginnt mit der abgeschlossenen Frühmobilisierung des Patienten. Dieser ist bei den „Aktivitäten des täglichen Lebens“ weitgehend selbständig, wenn auch evtl. unter Benutzung entsprechender Hilfsmittel. Er ist kooperationsfähig und bereit, an „seiner Rehabilitation“ aktiv mitzuarbeiten. Um diesen Zustand zu erreichen, ist für viele Betroffenen eine vorangehende Rehabilitation in den Phase B und/oder C notwendig.

Orthopädie (stationäre/teilstationäre Rehabilitation)

In der orthopädischen Abteilung erfolgt die Rehabilitation aller gängigen orthopädisch-traumatologischen Krankheitsbilder. Die Klinik führt vordergründig die Rehabilitation nach akutmedizinischer Intervention (Operation oder konservative Behandlung im Akutkrankenhaus) als Anschlussheilbehandlung (AHB) oder berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung (BGSW) durch. Hauptsächliche Diagnosen sind Zustände nach Hüft-, Knie- und Wirbelsäulenoperationen. Im Rahmen allgemeiner Rehabilitation werden auch alle gängigen Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane behandelt. Eine ausgewiesene Spezialisierung besteht auf dem Gebiet der Rehabilitation Amputierter, einschließlich Prothesenversorgung und der Rehabilitation Schwerstbrandverletzter.

Bei der Einteilung der neurologischen Rehabilitation wurden zur besseren Übersicht die Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) zur Hilfe gezogen. Nähere Informationen unter www.bar-frankfurt.de.

In den Bereich der Krankenhausbehandlung nach § 108 Zif. 3 SGB V i.V.m. § 109 SGB V fallen in der Moritz-Klinik die Betten der neurologischen Phase B.
Die Neurologie der Phasen C und D sowie die Orthopädie werden im Rahmen der Rehabilitation nach § 111 SGB V behandelt.

Von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherungen ist die Klinik in allen Phasen und Bereichen zur Durchführung der berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung (BGSW) anerkannt.

Im Rahmen des internen Qualitätsmanagement kann die Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz auf ein erfolgreiches Jahr 2006 zurückblicken. Erfolgreich wurde die externe Zertifizierung durch die LGA-InterCert nach folgenden Systemen durchgeführt:

DIN – ISO 9001:2000,
IQMP-Reha,
KTQ-Reha
Degemed

Besonders stolz sind wir in der Moritz-Klinik auf die hoch qualifizierten und engagierten Therapeuten, die sich mit großem Verständnis und Einfühlungsvermögen jedem einzelnen Patienten zuwenden. Uns ist bewusst, dass der hohe Wissensstand unserer Therapeuten für eine qualitativ hochwertige Rehabilitation unersetzlich ist. Deshalb investieren wir kontinuierlich in deren Weiterbildung. Auf diese Weise verbinden sich Erfahrung und neue wissenschaftliche Erkenntnisse, so dass besonders unsere Patienten davon profitieren.
Basis unseres Theapiekonzeptes ist die individuelle Abstimmung der Therapien auf jeden einzelnen Patienten und die gemeinsame Vereinbarung von Therapiezielen. Dabei ist ein konstruktives und vertrauensvolles Zusammenspiel zwischen Therapeut und Patient wichtig.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Ralf Winkhaus , ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hausanschrift:

Moritz-Klinik GmbH und Co KG Bad Klosterlausnitz

Hermann-Sachse Straße 46

07639 Bad Klosterlausnitz

Telefon:

036601 / 49 - 0

Fax:

036601 / 49 - 100

E-Mail:

zentrale@moritz-klinik.de

Internet:

www.moritz-klinik.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

261601009

Weitere Institutionskennzeichen

Institutionskennzeichen:
511602011

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name:

Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz Gmbh & Co KG

Art:

privat

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Organigramm: Intensivpflege in der neurologischen Frührehabilitation Phase B mit Monitoring - aktivierende Bewegung zur Lagerung nach dem Bobath-Konzept.

Die Struktur der neurologischen Abteilung folgt dem sogenannten „Phasen-Modell“ der behinderungs- und zustandsangepassten Rehabilitation der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation. (BAR)

1993 wurden bei Eröffnung der Klinik 48 neurologische Phase C-Betten für pflegeabhängige Patienten mit umfassendem Rehabilitationsbedarf und einer Belastbarkeit für etwa 4 x 30 Minuten Therapie täglich (damals noch unter dem in der Marcus-Klinik Bad Driburg entwickelten Konzept der „postprimären Rehabilitation“) in Betrieb genommen sowie 134 Phase D-Betten für die Anschlussrehabilitation bzw. Anschlussheilbehandlung und stationäre Heilverfahren von „frühmobilisierten“ Patienten, die auf Stationsebene selbständig mobil und in Nahrungsaufnahme und Körperpflege weitgehend selbständig sind.

Um die immer deutlicher werdenden Versorgungslücken in Thüringen zu schließen, beteiligte sich die Moritz-Klinik an der Konzeption einer flächendeckenden Versorgung mit „Phase B“- Betten zur Frührehabilitation schwer- und schwersthirngeschädigter Patienten. 1999 wurde zunächst ein Stationsteil mit 8 Betten umstrukturiert, später dem Versorgungskonzept für Thüringen folgend in mehreren Stufen auf 32 Phase B-Betten erweitert.

Aktuell verfügt die neurologische Abteilung über 32 Behandlungsplätze in Phase B (davon 8 Einzelzimmer), 46 Behandlungsplätze in Phase C (davon 22 Einzelzimmer), 104 Behandlungsplätze in Phase D (davon nur 4 Doppelzimmer) und je nach Bedarf bis zu 10 teilstationäre Behandlungsplätze. Die Abteilungen sind räumlich getrennt, aber benachbart.

Die Therapieabteilungen der Phase D befinden sich im zentralen Therapiebereich im Parterre und Souterrain der Klinik. Die Stationen in Phase C und B verfügen über eigene Therapieräume für Physiotherapie/Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie und Psychologie.

Alle Zimmer sind mit Balkon und Nasszelle mit Dusche ausgestattet sowie auf Wunsch TV und Telefon. Alle Patientenzimmer und alle Räume für Diagnostik und Therapie sind barrierefrei für rollstuhlabhängige Patienten zugänglich und eingerichtet. Alle Patientenzimmer in Phase B und C und der Großteil in Phase D verfügen darüber hinaus über spezielle Ausstattung der Nasszellen mit Haltegriffen etc. für schwere motorische Einschränkungen.

In der neurologischen Abteilung sind über 100 Pflegekräfte tätig und 18 Ärztinnen und Ärzte auf 16,5 Vollzeitstellen, davon 4 Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, 2 Fachärzte für Neurologie, 1 Fachärztin für Innere Medizin, 1 Fachärztin für Anästhesiologie, 1 Fachärztin für physikalische Therapie und Rehabilitationsmedizin und 1 Fachärztin für Allgemeinmedizin.

Nach einer vollständigen allgemeinmedizinischen, neurologischen und psychosozialen Anamneseerhebung, einer gründlichen körperlichen Untersuchung mit neurologischem, neuropsychologischem und psychopathologischem Befund kann sich die Notwendigkeit ergeben, die Diagnosen und Funktionseinschränkungen durch technisch- diagnostische Verfahren abzusichern oder zu quantifizieren. Dafür stehen in der Moritz-Klinik zur Verfügung:

- Röntgenanlage,
- Sonographie,
- 12-Kanal-EKG mit Liegeergometrie,
- Langzeit-EKG, Spirometrie,
- 24-Stunden-Blutdruck-Messung,
- Schlafpolygraphie-Screening,
- transnasale Endoskopie zur Beurteilung des Schluckakts,
- Bronchoskopie,
- 16-Kanal-EEG, EMG, ENG, VEP, AEP, SEP,

- periphere, extra- und transkranielle Doppler- und Duplexsonographie,
- klinisch-chemisches Labor.

Bewegungsanalyse
- isokinetische Diagnostik,
- EMG-Mapping,
- EMG-Polygraphie
- videogestützte Ganganalyse

Die Abteilung Psychologie führt eingehende neuropsychologische Diagnostik bis hin zur Fahreignungsdiagnostik mit Fahrprobe durch. MRT, CT und Szintigraphie stehen in benachbarten Instituten zur Verfügung, CT notfalls binnen 20 Minuten. Notfall-Diagnostiken sind in den Rettungsstellen der Kliniken der Maximalversorgung und Nothilfezentren in Jena und Gera (jeweils ca. 20 km entfernt) rund um die Uhr zugänglich.

Alle medizinischen Fachdisziplinen sind für konsiliarische Diagnostik und Therapie in der Nähe erreichbar (max. 20 km). Feste Kooperations-Beziehungen bestehen zu Fachärzten für Neurochirurgie, HNO-Heilkunde, Augenheilkunde, Urologie, Dermatologie und Chirurgie. Die internistische Diagnostik und Therapie liegt in der Hand einer im Hause tätigen erfahrenen Fachärztin für Innere Medizin.

Therapie / Pflege

Krankengymnastik:
Bobath-Konzept, PNF-Konzept, Funktionelle Bewegungslehre, Vojta / E-Technik/Hanke-Konzept, Bewegungstherapie nach McMillan / Halliwick, Maitland, Kaltenborn-Evjenth, Cyriax, Gangschule, Therapien im Einzelbewegungsbad

Sporttherapie:
Ergometertraining, Aquajogging, Nordic Walking, therapeutisches Rückenschwimmen, Isokinetik, Medizinische Trainingstherapie, Rückenschule, indikationsspezifische Gruppenangebote in der Halle und im Bewegungsbad

Physikalische Therapie:
Medizinische Bäder, CO2-Bäder, Hydrotherapie nach Kneipp, Wärme- und Kältebehandlung, Elektrodiagnostik und -therapie, Stanger- und Vierzellenbäder, Medizinische Massagen, manuelle Lymphdrainage, Inhalationen

Ergotherapie:

Motorisch-funktionelle Therapie mit Alltagsorientierung, Training von Alltagsleistungen (ADL), Hirnleistungstraining, Prothesentraining, Sschwindeltraining, Feldenkrais-Übungen, Hilfsmittelberatung/-erprobung, Hilfsmittel-Ambulanz, Arbeitsplatzberatung, Berufliche Belastungserprobung

Psychologie:

Neuropsychologische Diagnostik, neuro-psychologisches Funktionstraining, Übungen zur Verbesserung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistungen (auch computergestützt), Beratung und Gesundheitstraining zu Schmerzen, Raucherentwöhnung, Essverhalten, Stressbewältigung, Unterstützung der Krankheitsverarbeitung

Logopädie:

Einzel- und Gruppentherapie bei: Sprachstörungen (Aphasien), Sprechstörungen (Dysarthrien, Sprechapraxien),Schluckstörungen (Dysphagien), Nervenlähmungen (Fazialisparesen), Stimmstörungen (Dysphonien), Trachealkanülenmanagement, Oraler Kostaufbau mit „Schluckkoststufen“, Mitarbeit in der "Arbeitsgemeinschaft - Dysphagie Ostthüringen".

Musiktherapie:

Nonverbale Wahrnehmungsförderung und Kontaktanbahnung in der Frührehabilitation, aktive und rezeptive Musiktherapie im Dienst von Affekt-Wahrnehmung, -Differenzierung und -Regulation, Aktivierung von Kommunikation und Gesang. (Singen in der Gruppe)

Ernährungsberatung:

Einzel- und Gruppenberatung (nach den Richtlinien der DGE), Vorträge, Lehrküche mit praktischen Tipps, Einführung und Schulung in diätetischen Kostformen, interdisziplinäre Motivationsgruppe für gesundes Ernährungs- und Bewegungsverhalten

Sozialdienst:

Erarbeiten der aktuellen Konfliktsituation und Vermittlung von Lösungsmöglichkeiten, Beratung in sozialen und sozialrechtlichen Fragen, Vorbereitung der Entlassung, Hilfe zur Sicherung der Nachsorge und beruflichen Rehabilitation, Hilfe bei der Durchsetzung finanzieller Ansprüche, Angehörigenberatung und –schulung.

Pflege:

Grundlage der Pflegephilosophie der neurologischen Abteilung ist eine aktivierend–rehabilitative Krankenpflege in allen

Phasen der Rehabilitation, die sowohl speziellen Bedürfnissen der Patienten, als auch dem Pflegeleitbild der gesamten Klinik gerecht wird.

Durch das neurologische Phasenmodell müssen sich die Konzepte der Pflege nach den Pflegeproblemen und Ressourcen der Patienten richten und unterscheiden sich daher in zwei verschiedene Pflegekonzepte: Das Pflegekonzept der Phase B (Frührehabilitation) basiert auf dem „Modell des Lebens“ nach Nancy Roper. Dieses Konzept basiert auf 5 wesentlichen Säulen:

1. Aktivitäten des Lebens erhalten:

Sichere Umgebung bewahren, kommunizieren, atmen, essen und trinken, ausscheiden, den eigenen Körper pflegen und kleiden, die Körpertemperatur regulieren, bewegen, arbeiten und spielen, schlafen.

2. Die Lebensspanne:

Diese Aktivitäten unterliegen im Leben des Menschen verschiedenen Einflüssen, die körperliche, geistige und soziale Entwicklungen zur Folge haben. Der Klinikaufenthalt stellt einen besonderen Abschnitt innerhalb dieser Lebensspanne dar. Das Ziel der Pflege ist es, trotz Erkrankung diese Lebensaktivitäten zu erhalten und in Folge maximale Unabhängigkeit wieder zu erreichen. Die Formielierung von Pflege- und Rehazielen sind in für uns eine Selbstverständlichkeit.

3. Abhängigkeits- Unabhängigkeits- Kontinuum:

Es entstehen Abschnitte des Lebens, in denen bestimmte Aktivitäten des Lebens nur noch teilweise oder völlig abhängig von Hilfe gegeben sind. Die Interventionen der Pflegekonzepte müssen so konzipiert sein, dass die Phasen der Abhängigkeit durch pflegetherapeutische Leistungen in zunehmende Unabhängigkeit therapiert werden à Bobathkonzept, basale Stimulation, Bewegungskonzept der Kinästhetik, Facio- orale- Trainingstherapie (FOTT)

4. Faktoren, die die Lebensqualität beeinflussen:

Diese Faktoren werden ermittelt, in dem die Pflegekräfte Pflegeanamnese- und -diagnosen ermitteln und durch die Pflegeplanung Interventionen festlegen. Pflegeziele werden formuliert, um verbesserte Lebensqualität wieder herzustellen.

5. Individualität im Leben:

Die Individualität der Lebensaktivitäten jedes einzelnen Patienten wird in der Pflegeplanung berücksichtigt und bedürfnisorientiert umgesetzt. Dabei fließen physische, psychische, soziale sowie familiäre Faktoren in die Pflegeplanung ein.

Dieses Konzept kombiniert Intensivpflege mit therapeutischer Komponente, um Lebensqualitäten wieder anzubahnen und in geringem, aber zunehmenden Umfang wieder zu erlangen. Nach der Erlangung einer gewissen Stabilität der Vitalfunktionen wie Atmung, Kreislauf, Nahrungsaufnahme sowie der Kommunikation, ist es nun möglich, durch fortführende therapeutisch-

pflegerische Konzepte die Selbständigkeit und damit die Lebensqualität der Patienten zu verbessern.

Die nächste Phase der Rehabilitation, Phase C und fortführend Phase D, hat das Ziel, den Patienten zur Selbstständigkeit zu führen. Dieses Pflegekonzept basiert auf dem Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe“ nach den Vorgaben der Pflegewissenschaftlerin Dorothea Orem. Im Mittelpunkt steht die Erfassung des Selbsthilfedefizits des Patienten und dessen Behandlung bis zur Erreichung der Selbstständigkeit mit oder ohne Hilfsmittel.

Die Vorgehensweise der Pflegekräfte der neurologischen Abteilung in allen Phasen erfolgt in folgenden pflegerischen Prozessabläufen:

1. Erstellung der Pflegeanamnese, um Informationen zu sammeln und Pflegeprobleme und Ressourcen zu erkennen.
2. Erstellung der Pflegeplanung, um die Pflegeprobleme zu diagnostizieren und zu therapieren.

Durch gezieltes Aktivieren, aber auch helfend mit entsprechenden Pflegeinterventionen einzugreifen, ohne dem Patienten seine verbliebene Selbständigkeit zu nehmen, erreichen die Pflegekräfte die Verbesserung des Zustands des Patienten. So werden gleichzeitig die Ressourcen ermittelt, gefestigt und weiter gefördert. Defizite und Handicaps der Patienten werden mit ihnen gemeinsam gezielt behandelt durch Pflegetherapien:

- Training der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL-Training): u. a. Anzieh- und Waschtraining, Orientierungstraining, Rollstuhltraining (ansatzweise auch in Phase B)
- Durchführung der Lagerung durch Pflegekräfte oder Anleitung der Patienten in speziellen Lagerungstechniken. Training individueller Transfertechniken,
- Behandlung der Harn- und Stuhlinkontinenz durch Kontinenztraining (Toilettentraining, Miktionstraining)
- psychische Betreuung durch die Pflegekräfte in dieser Krankheitssituation,
- Planung und Durchführung individueller prophylaktischer Maßnahmen je nach Krankheitsbild (Thrombose-, Dekubitus-Pneumonieprophylaxe),
- Einstufung des Dekubitusrisikos nach „Braden“ am Anreisetag
- Besondere Aufmerksamkeit wird auf die Sturzprävention gelegt- Ermittlung des Sturzrisikos am Anreisetag.
- Durchführungen klassischer krankenpflegerischer Interventionen, wie Ausführen von Wundverbänden, Ermitteln von Vitalparametern sowie Verabreichung von Injektionen und oralen Medikamenten,
- Trachealkanülen-Management, PEG-Pflege, mikrobiologisches Monitoring besonders in Phase B
- Risikomanagement - besonderes Augenmerk wird ebenfalls auf die Medikamentensicherheit gelegt.

Im Pflegebericht werden die Auswirkungen der pflegerisch-therapeutischen Maßnahmen dokumentiert. Er dient gleichzeitig

zur Evaluation der Pflegeprozesse. Darauf aufbauend wird die Pflegeplanung auf die neue Situation angepasst.

Im gesamten Pflegeprozess spielen die Konzepte, die Aktivitäten fördern, eine große Rolle. So wird zur Bewegungsförderung und Schmerzlinderung Kinästhetik angewandt. Der Patient lernt wieder Bewegungen sicherer, ökonomisch und damit auch schmerzfreier auszuführen. Der Patient wird dadurch selbstständiger. Um Körperempfindung und Körperwahrnehmung wieder zu erlernen, wendet die Pflege das Konzept der Basalen Stimulation an. Die Anwendung der ASE (Atemstimulierenden Einreibung) wird zur Schmerzlinderung oder auch zur Entspannung angewendet.

Der gesamte Pflegeprozess spiegelt sich in der Pflegedokumentation wieder. Alle Pflegeleistungen werden auf einem Übersichtsbogen mit Handzeichen der ausführenden Pflegekraft registriert. In der Phase B werden pflegetherapeutische Leistungen (mindestens 300 Minuten pro Tag pro Patient) geleistet und elektronisch dokumentiert.

Bei Entlassungen wird ein Pflegeentlassungsbericht und bei Bedarf ein Pflegeüberleitungsbericht erstellt.
Grundlagen des Handelns der Pflege sind Pflegestandards, Hygienestandards, Arbeitsanweisungen für Pflegeinterventionen und Richtlinien.

Die Pflege der neurologischen Abteilung ist gleichberechtigtes Mitglied des therapeutischen Teams. Das Pflegeteam betrachtet sich als Bindeglied zwischen Arzt – Therapeuten und Patienten. Sie betreuen die Patienten im 24- Stunden Management, kennen die Probleme ihrer Patienten umfassend und sind daher in der Lage, wichtige Erkenntnisse und Beobachtungen an das Team weiterzuleiten. Das führt zu einer umfassenden Betrachtungsweise des Rehabilitationsprozesses und somit zum gemeinsamen Erfolg der Rehabilitation der Patienten. Die Pflegekräfte der neurologischen Abteilung sind sich bewusst, dass professionelle Pflege ein wichtiger Mosaikstein für das Gelingen der Rehabilitation der Patienten darstellt. Daher handeln sie im gesamten neurologischen Phasenmodell nach pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen, basierend auf modernsten Pflegemodellen.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA04	Fernsehraum	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	alle mit Rollstuhl zugänglich, nicht alle mit Kippspiegel und Umsetzhilfen
SA09	Unterbringung Begleitperson	nicht in allen Zimmern möglich
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	2 Waschbecken
SA12	Balkon/ Terrasse	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	im EZ gegen Gebühr
SA18	Telefon	
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	Separater Tresor mit Schließfächern steht ohne Gebühr an der Rezeption zur Verfügung
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	Menü-Wahl auch bei Diäten und Sonderkostformen
SA22	Bibliothek	Kleine Hauseigene Bibliothek, 1x je Woche Büchertisch der Ortsbibliothek
SA23	Cafeteria	
SA24	Faxempfang für Patienten	über die Rezeption möglich
SA25	Fitnessraum	
SA26	Friseursalon	
SA27	Internetzugang	
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	Begrenzte Anzahl im Klinikgelände, weitere kostenfreie Parkflächen stehen in der näheren Umgebung zur Verfügung
SA31	Kulturelle Angebote	durch die Klinik und die Kurverwaltung Bad Klosterlausnitz, teilweise in den benachbarten Einrichtungen
SA32	Maniküre/ Pediküre	Auf Anmeldung im in der Klinik vorhandenem Frisör-Salon
SA33	Parkanlage	
SA36	Schwimmbad	
SA42	Seelsorge	durch die evangelische und katholische Kirchengemeinden des Ortes

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

32 Betten

A-13 Fallzahlen des Krankenhaus:

Vollstationäre Fallzahl:

293

Teilstationäre Fallzahl:

0

Ambulante Fallzahlen

Quartalszählweise:

0

Patientenzählweise:

0

Sonstige Zählweise:

0 **(**Es werden ausschließlich Patienten der neurologischen Frührehabilitation der Phase B im Rahmen des § 108 i.V.m. 109 SGB V stationär behandelt. Weitere Betten stehen im Rahmen der Rehabilitation nach § 111 SGB V in den Fachbereichen Neurologie, Orthopädie sowie der Rehabilitation von Schwerbrandverletzten zur Verfügung. **)**

Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-[1] Fachabteilung Neurologie Phase B

B-[1].1 Name der Organisationseinheit / Fachabteilung

Neurologie Phase B

Art der Abteilung:

bettenführende Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

2800

Hausanschrift:

Hermann-Sachse-Straße 46

07639 Bad Klosterlausnitz

Telefon:

036601 / 49 - 0

Fax:

036601 / 49 - 100

E-Mail:

zentrale@moritz-klinik.de

Internet:

www.moritz-klinik.de

B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie Phase B :	Kommentar / Erläuterung:
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie sonstiger neurovaskulärer Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie entzündlicher ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie neuroimmunologischer Erkrankungen	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie Phase B :	Kommentar / Erläuterung:
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN06	Diagnostik und Therapie maligner Erkrankungen des Gehirns	
VN07	Diagnostik und Therapie gutartiger Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN09	Betreuung von Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und 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	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VN00	Überwachungspflichtige neuroloische Patienten	
VN00	Frührehabilitation der Phase B	bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems

B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP04	Atemgymnastik	
MP06	Basale Stimulation	
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	auch in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern (DRV-Bund und Berufsgenossenschaften)
MP09	Besondere Formen/ Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP10	Bewegungsbad/ Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	
MP12	Bobath-Therapie	durch Therapeuten und Pflegekräfte
MP13	Diabetiker-Schulung	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement	
MP16	Ergotherapie	
MP17	Fallmanagement/ Case Management/ Primary Nursing/ Bezugspflege	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/ Inkontinenzberatung	
MP23	Kunsttherapie	Im Rahmen der Ergotherapie und Freizeitgestaltung
MP24	Lymphdrainage	manuell
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	Terminvereinbarungen über den Pflegedienst sind möglich
MP27	Musiktherapie	
MP31	Physikalische Therapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik	
MP33	Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse	
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung	
MP37	Schmerztherapie/ -management	

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/ Logopädie	
MP45	Stomatherapie und -beratung	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/ Orthopädietechnik	Empfehlung durch die Klinik - Versorgung durch entsprechende Reha-Häuser der Region
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP51	Wundmanagement	
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP00	Bemerkung:	Alle med.-/therapeutischen Leistungsangebote gelten für die gesamte Klinik

B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:

293

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Top 30 Diagnosen

Rang	ICD-10 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	I63	107	Schlaganfall durch Gefäßverschluss - Hirninfarkt
2	I61	35	Schlaganfall durch Blutung innerhalb des Gehirns
3	S06	34	Verletzung des Schädelinneren
4	I60	20	Schlaganfall durch Blutung in die Gehirn- und Nervenwasserräume
5	G62	13	Sonstige Funktionsstörung mehrerer Nerven
6	G93	9	Sonstige Krankheit des Gehirns
7	C71	6	Gehirnkrebs
8	D32	<= 5	Gutartiger Tumor der Hirnhäute bzw. der Rückenmarkshäute
8	G82	<= 5	Vollständige bzw. unvollständige Lähmung der Beine oder Arme
8	I62	<= 5	Sonstige Blutung innerhalb des Gehirns, nicht durch eine Verletzung bedingt

B-[1].7 Prozeduren nach OPS

Top 30 Operationen

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	8-552	248	Frühzeitige Nachbehandlung und Wiedereingliederung (Frührehabilitation) von am Nervensystem erkrankten oder operierten Patienten
2	1-207	82	Messung der Gehirnströme - EEG
3	3-200	43	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
4	8-133	11	Wechsel bzw. Entfernung eines Harnblasenschlauchs (Katheter) über die Bauchdecke
5	5-431	7	Operatives Anlegen einer Magensonde durch die Bauchwand zur künstlichen Ernährung
6	1-610	<= 5	Untersuchung des Kehlkopfs durch eine Spiegelung

Weitere Kompetenz-Prozeduren

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:

Rang	OPS-301 Ziffer:	Absolute Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	8-552.9	52	*Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 56 Behandlungstage
2	8-552.8	44	*Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 42 bis höchstens 55 Behandlungstage
3	8-552.7	41	*Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 28 bis höchstens 41 Behandlungstage
4	8-552.6	36	*Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 21 bis höchstens 27 Behandlungstage
5	8-552.0	32	*Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
5	8-552.5	32	*Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Kommentar / Erläuterung:
AA03	Belastungs-EKG/ Ergometrie	Liegeergometrie sowie Langzeit EKG
AA04	Bewegungsanalysesystem	unter Federführung der Orthopädischen Abteilung der Klinik
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	
AA11	Elektromyographie (EMG)/ Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit	ENG
AA12	Endoskop	zur Dysphagie-Diagnostik
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)	[24h verfügbar]

Nr.	Vorhandene Geräte:	Kommentar / Erläuterung:
AA28	Schlaflabor	Schlafpolygraphie-Screening
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät	periphere, extra- und transkranielle Dopplersonographie
AA31	Spirometrie/ Lungenfunktionsprüfung	
AA33	Uroflow/ Blasendruckmessung	
AA00	Langzeit Blutdruckmessung	
AA00	Bemerkung:	In Kooperation mit Praxen bzw. Akutkrankenhäusern kann im Umkreis von 20-30 km auf CT / MRT / Dialyse / Szintigraphie ect. zurückgegriffen werden.
AA00	Farbcodierte Duplexsonographie	
AA00	Evozierte Potentiale	VEP / SEP / AEHP
AA00	Vegetative Funktionsdiagnostik	

B-[1].12 Personelle Ausstattung

B-12.1 Ärzte:

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte):

6

Kommentar / Ergänzung:

Chefarzt, Oberarzt sowie 4 Stationsärzte

Davon Fachärzte:

3

Kommentar / Ergänzung:

2 Facharzt für Neurologie und Psychiatrie

1 Fachärztin für Anästesie

unterstützend tätig sind die im Hause beschäftigte Internistin sowie die im Hause arbeitenden Fachärzte für Orthopädie und Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin, besonders bei Polytrauma-Patienten

Belegärzte (nach § 121 SGB V):

0

Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Bezeichnung:	Kommentar / Erläuterungen:
AQ01	Anästhesiologie	

Nr.	Bezeichnung:	Kommentar / Erläuterungen:
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	2. Fachabteilung der Klinik (Rehabilitation)
AQ23	Innere Medizin und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	
AQ42	Neurologie	
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF40	Sozialmedizin	

B-12.2 Pflegepersonal:

Pflegekräfte insgesamt:

47

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung):

35

Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung):

4

B-12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP01	Altenpfleger	
SP02	Arzthelfer	
SP04	Diätassistenten	
SP05	Ergotherapeuten	
SP11	Kinästhetikbeauftragte	
SP12	Kinästhetikmentoren	
SP14	Logopäden	
SP15	Masseure/ Medizinische Bademeister	
SP16	Musiktherapeuten	bei Bedarf

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar:
SP21	Physiotherapeuten	
SP22	Podologen	bei Bedarf
SP23	Psychologen	
SP25	Sozialarbeiter	
SP27	Stomatherapeuten	
SP28	Wundmanager	
SP00	Paar-Familien-und Lebensberaterin	Diplm DAJEB
SP00	Kontinenzberaterin	
SP00	Basale Stimmulation	

Teil C - Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

Das Krankenhaus erbringt keine Leistungen, die eine Teilnahme an den Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung (BQS-Verfahren) ermöglichen.

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 / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)

trifft nicht zu / entfällt

Teil D - Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Leitbild der Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz

"Rehakompetenz mit Tradition - Die gräflichen Kliniken"

Basierend auf einer über 225-jährigen Tradition im Gesundheitswesen ist die Klinikgruppe Graf von Oeynhausen-Sierstoprff in der Spitzengruppe der Rehabilitationsklinken etabliert.
Sie ist innovativ, hoch fachkompetent und ambitioniert mit hohem Qualitätsbewusstsein und Ressourcenorientierung zukunftsweisend zum Wohle ihrer Patienten* und Partner tätig.
Die Mitarbeiter* der Klinikgruppe handeln mit Einfühlungsvermögen und pflegen einen aufrichtigen, verantwortungs- und respektvollen Umgang sowohl mit Patienten als auch untereinander.

Die über 225-jährige Tradition unseres Familienunternehmens im Dienst heilungssuchender Menschen steht für Erfahrung, Vertrauenswürdigkeit und Zuverlässigkeit.

Darauf basierend übernehmen unsere Kliniken Verantwortung für einen umfassenden und nachhaltigen Rehabilitationsprozess und stellen rehabilitative Zentren von Netzwerken im Gesundheitswesen dar.

Zentrales Ziel unserer Arbeit ist die höchstmögliche Lebensqualität der uns anvertrauten Menschen. Das bedeutet kreativen und engagierten Einsatz für größtmögliche Teilhabe und Integration. Wir arbeiten dabei grundsätzlich ziel- und bedarfsorientiert, individuell und nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Besonderes Augenmerk legen wir zudem auf eine angenehme Atmosphäre und stilvolle Gestaltung in unseren Kliniken.

Wir berücksichtigen gesellschaftliche Entwicklungen, greifen Wünsche und Anforderungen unserer Partner auf und setzen sie in konkrete Maßnahmen und Projekte um.

Unsere Mitarbeiter verfügen über ein hohes Maß an fachlicher und sozialer Kompetenz. Die Klinikgruppe verpflichtet sich, durch individuelle Fort- und Witerbildung ihrer Mitarbeiter die Bedürfnisse und Anforderungen der Patienten und Partner optimal zu erfüllen.

Die Klinikgruppe nimmt an internen und externen Maßnahmen auf der Basis anerkannter Qualitätsmanagementsysteme zur

Dokumentation und Sicherung der Qualität teil. Unser hohes Leistungsniveau spiegelt sich in regelmäßigen Auswertungen- auch im Vergleich mit anderen Kliniken- wider. Wissenschaftlich gestützt werden wir die Ergebnisse unserer Arbeit aus, um Erfolge nachweisen und Qualität dauerhaft steigern zu können.

Die Klinikgruppe stellt die für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlichen Ressourcen bereit. Der verantwortungsvolle Umgang mit den vorhandenen Mitteln erfolgt nach wirtschaftlichen Prinzipien. Das sichert die Zukunft des Unternehmens und die Arbeitsplätze der Mitarbeiter.

Gerade in einem Familienunternehmen wird der fürsorgliche und respektvolle Umgang mit Patienten und Mitarbeitern auf der Basis gegenseitigen Vertrauens auch in Zukunft einen hohen Stellenwert behalten.

* *Wir erachten Frauen und Männer grundsätzliche als gleich wertvoll, auch wenn wir straffend nur von Patienten und Mitabeitern sprechen.*

D-2 Qualitätsziele

Die Klinik legt durch die Einführung des Qualitätsmanagement-Systems nach DIN EN ISO 9001 ihre Fähigkeit zur ständigen Bereitstellung einer Dienstleistung im Gesundheitswesen dar, welche in den Forderungen der Patienten und den zutreffenden behördlichen Forderungen entspricht.

Durch die wirksame Anwendung des Systems einschließlich der Prozesse zur ständigen Verbesserung und zur Verhinderung von Fehlern wird die Zufreindenheit der Patienten und anderer Partner erreicht.

Es werden alle Forderungen der DIN EN ISO 9001 angewendet. die erbrachten Dienstleistungen in der Klinik sowie Patienten- und Behördenforderungen begründen keinerlei Ausschlüsse, so dass die Konformität zur DIN EN ISO 9001 gegeben ist.

Die Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz unterliegt seit Öffnung im Sommer 1993 dem sogenannten "5-Punkte-Programm" der Deutschen Rentenversicherung und hat sich außerdem 1997 und 2000 nach dem unternehmenseigenem EFQM-basierten Qualitätsmanagement-Ststem "QUAMOS" einem Self-Assessment unterzogen. Konkret versucht sie, den im Leitbild verankerten Auftrag zur ständigen Sicherung und Weiterentwiclung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf folgenden Achsen umzusetzen:

- Beobachtung der regionalen Versorgungssituation und Entwicklung geeigneter Projekte zur Verbesserung,
- Umsetzung aller Vorgaben der Auftraggeber (Rentenversicherungen/Krankenkassen/Berufsgenossenschaften ...) zu personeller und räumlicher Struktur,
- systematische Anweisung und Dokumentation der wesentlichen Arbeitsprozesse,
- Zugänglichkeit aller erforderlichen Information, unterstützt durch ein stufenweise eingeführtes elektronisches Klinik-Informations-System (KIS) mit einem elektronischen "Ärztehandbuch",
- positive Dokumentation aller erbrachten therapeutischen Leistungen nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen durch elektronische Erfassung,
- Evaluation und Dokumentation des Behandlungsergebnisses durch vergleichende Abschlussuntersuchung jeder therapeutischen Berufsgruppe,
- Überwachung der Ergebnisqualität durch regelmäßige Auswertungen
- regelmäßige Auswertung der Ergebnisse des Peer-Review-Verfahrens der Deutschen Rentenversicherung der Orthopädie sowie der neurologischen Phase D
- regelmäßige Auswertung der Patientenbefragungen und Auswertungen des Erwerbsverlaufs nach Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung der Orthopädie sowie der neurologischen Phase D
- regelmäßige Auswertung aller anderen Rückmeldungen der Auftraggeber (wie Visitationen und Kontaktgesprächen)
- regelmäßige Auswertung der Ergebnisse der hausinternen Patientenbefragung, auch im Vergleich mit einer überregionalen Gruppe von Kliniken,
- regelmäßiger Austausch in einem überregionalen Benchmarking-Arbeitskreis
- regelmäßiger Abgleich der Arbeitsprozesse mit relevanten Leitlinien der Auftraggeber und der Fachgesellschaften,
- regelmäßige Bearbeitung aller qualitäts- und sicherheitsrelevanten Fragen in geeigneten Gremien, Arbeitsgruppen oder "Qualitäts-Zirkeln",
- regelmäßige Dokumentation und Auswertung sicherheitsrelevanter Ereignisse wie Stürze und Infektionen,
- strukturiertes Projekt zur Erfassung und Verbesserung der Patientensicherheit
- CIRS

Die Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz hat im Juni 2006 die erstmalige Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001, Degemed, IQMP- und KTQ-Reha erfolgreich durchgeführt. Die Zertifizierung erfolgte extern durch die LGA - InterCert.

Die Zielorientierung ist einer der zentralen Grundsätze der Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz. Jede stationäre Rehabilitationsmaßnahme braucht konkrete Ziele, die vom Betroffenen und von der Moritz-Klinik vereinbart und dokumentiert werden.

Die Formulierung der Rehabilitationsziele orientiert sich grundsätzlich an der ICF und enthält mindestens ein klar benanntes Ziel auf Teilhabe-Ebene, z.B. Rückkehr in die häusliche Umgebung bis hin zur Rückkehr an den Arbeitsplatz. Zukünftig wird

das "Modell-Blatt" der ICF zum Einsatz kommen.

Die vereinbarten Rehabilitationsziele sollten immer alltagsrelevant, unmissverständlich, messbar und errechbar sein ("Rumba-Regel").

Die ressourcen- und zielorientierte Grundhaltung unseres Hauses integriert das "Salutognese-Konzept" von A. Antonovsky und die aktuelle Resilienzforschung, die von einem defizit- und krankheitsorientierten Therapiemodell wegführt und den Blick auf die positiven Lebensziele eines Menschen lenkt.

Von besonderer Bedeutung ist bei Patienten mit einschneidenden Diagnosen die Erarbeitung des gegenwärtigen Stands der "Krankheitsbewältigung", der verfügbaren "Coping"-Mechanismen und der ggf. resultierenden Wahrnehmungsverzerrungen. Das erlaubt dem Team, durch viele kleine, scheinbar alltägliche Interventionen, die "Krankheitsverarbeitung" wirksam zu unterstützen. Besonders aufwändig ist dies, wenn neuropsychologische Störungen die Wahrnehmung verändern, z.B. bei Neglekt-Syndrom oder Anosognosie.

Das Teamkonzept ist "transdisziplinär". Das bedeutet, dass zunächst die Ziele vereinbart werden und erst in einem zweiten Schritt geklärt wird, welche Berufsgruppen die für das Ziel nötigen Arbeiten übernehmen. So kann durchaus die Logopädie die wesentlichen psychotherapeutischen Interventionen tragen oder der Neuropsychologe die Kommunikationsanbahnung. Ziel ist, die Struktur des Hauses und die Aufgabendefinition der Berufsgruppen an den Bedarf der Patienten anzupassen und nicht umgekehrt.

Die mindestens wächentlich stattfindenden Teamkonferenzen gehören zu den wichtigsten Organen der Moritz-Klinik. In der Teamkonferenz werden fürjeden Patienten die Anpassung der Rehabilitationsziele an die mittlerweile erreichten Fortschritte sowie Hindernisse und Komplikationen besprochen. Für die Priorität, die Planung und Durchführung der Teamkonferenzen hat die Moritz-Klinik konkret Richtlinien. Zwischen den Teamkonferenzen sehen sich alle Teammitglieder in der Verantwortung, wesentliche Veränderungen und neue Informationen zur Behandlung eines Patienten unverzüglich an das ganze Team zu melden, in der Regel über den ärztlichen und den Pflegedienst der Station.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Qualitätsmanagement-Ansatz der Moritz-Klinik Bad Klosterlausntiz

Während und nach der Einführung des QM-Systems wurden Qualitätsverantwortliche, -beauftragte und -moderatoren aus

allen Abteilungen der Klinik zusammengeführt. Während der Einführung wurde das QM-System durch einen externen Moderator in monatlichen Abständen begleitet.

Die QM-Moderatoren vermitteln in ihren Teams die Inhalte der Schulungen, so dass auf Dauer jeder Mitarbeiter über das Qualiätssystem informiert ist und hiernach handeln kann. Neben diesen Schulungen treffen sich QM-Beauftragte und -Moderatoren in regelmäßigen Abständen um Maßnahmen und Verbesserungsvorschläge zu besprechen und deren Umsetzung vorzubereiten. Diese sind unabhängig von im Hause bestehenden Qualitäszirkeln, die sich mit Leitlinien, CIRS und dergleichen beschäftigen.

Der Aufbau des QM-Systems nach DIN EN ISO 9001 : 2000

1. Anwendungsbereich
2. Normative Verweisungen
3. Begriffe
4. Qualitätsmanagement
   - 4.1 Allgemeine Anforderungen
   - 4.2 Dokumentationsanforderungen
5. Verantwortung der Leitung
   - 5.1 Verpflichtung der Leitung
   - 5.2 Kundenorientierung
   - 5.3 Qualitätspolitik
   - 5.4 Planung
   - 5.5 Verantwortung, Befugnisse, Kommunikation
   - 5.6 Managementbewertung
6. Management der Ressourcen
   - 6.1 Bereitstellung der Ressourcen
   - 6.2 Personelle Ressourcen
   - 6.3 Infrastruktur
   - 6.4 Arbeitsumgebung
7. Leistungsrealisierung
   - 7.1 Planung der Leistungsrealisierung
   - 7.2 Kundenbezogene Prozesse
   - 7.3 Entwicklung
   - 7.4 Beschaffung
   - 7.5 Leistungserbringung
   - 7.6 Lenkung der Überwachungs- und Messmittel

8. Messung, Analyse und Verbesserung
   8.1 Allgemeines
   8.2 Überwachung und Messung
   8.3 Lenkung fehlerhafter Leistungen
   8.4 Datenanalyse
   8.5 Verbesserungen

Extern vegleichende Qualitätssicherung im QM-Managementkonzept

Die Moritz-Klinik nimmt an verschiedenen Maßnahmen von Kostenträgern zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements teil.

QM-Programm der Rentenversicherungen (5-Punkt-Programm)

1. Erfassung von Struktur- und Konzeptmerkmalen
2. Dokumentation von Therapieplänen
3. Qualitätsscreenings der Prozessdokumentation (Peer Review)
4. Befragung der Patienten
5. Qualitätszirkel

Dieses Programm kommt im Rahmen der Rehabilitation der Orthopädie sowie der neurologischen Phase D zum tragen.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Interne Auditinstrumente zur Überprüfung der Umsetzungsqualität nationaler Expertenstandards (z. B. Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz):

Im Rahmen des QM-Systems wurden Arbeitsanweisungen, Richlinien und Standarts entwickelt die den Mitarbeitern der Klinik als Arbeitsgrundlage dienen. Beispielhaft führen wir nachfolgend einige dieser auf:

1. Dekubitusprophylaxe

- Vermeidung von Dekubitus bei Patienten aller Phasen
- Richtige Anwendung des Standards 10.1 „Dekubitusprophylaxe"

Durchführung

- Jeder Patient der in die Klinik aufgenommen wird, erhält eine Hautinspektion und Einstufung nach Braden.
- Nach der Einstufung ist der Dekubitusstandard maßgebend
- Bradenpunkte und Interventionen sind in der Pflegeplanung zu dokumentieren
- Kontrolle der Bradenpunkte erfolgt einmal pro Woche
- Wenn ein hohes Risiko ermittelt wurde, ist die PDL für weitere pflegerische Interventionen hinzuzuziehen
- Die Umsetzung des Dekubitusstandards wird in der Pflegevisite kontrolliert
- Sollte wieder erwartend ein Dekubitus in der Moritz-Klinik entstehen ist das Dekubitusereignisprotokoll auszufüllen - das Original wird in der Patientenakte abgeheftet und die Kopie geht an die Pflegedienstleitung.

2. Entlassungsmanagement

- Sichere Überleitung des Patienten nach Hause oder in eine andere pflegerische Betreuung
- Komplette Weiterleitung von bisher erreichten Pflege- und Rehabilitationszielen an die nachfolgenden betreuenden Pflegekräften

Durchführung

- Vorbereitung einer Entlassung
- Durchführung der Entlassung am Entlassungstag
- Besonderheit bei Entlassung innerhalb der Moritz- Klinik

Beschwerdemanagement:

Auszug aus der Richtlinie "Korrekturmaßnahmen aus Beschwerden und Beanstandungen"

- Für die Bearbeitung von Patienten- und Kostenträgerreklamationen ist die Verwaltungsleitung zuständig. Sie sorgt in Zusammenarbeit mit den verschiedenen Abteilungen für eine Fehlerursachenanalyse und die Planung der erforderlichen Korrekturmaßnahmen.

- Die wesentlichen Kriterien im Umgan mit Beschwerden sind leichte Zugänglichkeit, Reaktionsschnelligkeit und eine angemessene, faire Bearbeitung.
  Jeder Mitarbeiter der eine Reklamation annimmt, muss damit umgehen können. Wege und Bearbeitung sind klar definiert und vergegeben, eine Beschwerde ist für jeden Mitarbeiter wichtig. Er ist verpflichtet, erste Schritte zur Lösung des Problems vorzunehmen. Geringfügige Beschwerden sollen möglichst sofort beseitigt werden. Der zuständige Abteilungsleiter ist über die Beschwerde zu informieren und ggf. um Unterstüzung zu bitten.
- Beschwerden von größerer Bedeutung sind der Verwaltungsleitung bekannt zu geben. Nach der Einholung der Stellungnahmen der betroffenen Bereiche werden Fehlerursachen, Korrekturmaßnahmen und die Erfolgskontrolle dokumentiert und dem Patienten bzw. Kostenträger durch die Verwaltungsleitung mitgeteilt.
- Der Bearbeitungszeitraum sollte möglichst kurz gehalten werden und sollte 14 Tage nicht überschreiten.
- Patientenbeschwerden sollten nach Möglichkeit noch während des Aufenthaltes geklärt und damit erledigt werden

Fehler- und Risikomanagement:

Auszug aus der Richtlinie "Patientensicherheit"

- Die Aufgabe eines klinikschen Fehler- und Risikomanagements (CIRS - Critical Incident Reporting System) zur Erhöhung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit soll die frühzeitige Vermeidung bzw. Minimierung von Risiken, Gefahren und schädigenden Ereignissen im Klinikalltag für Patienten und Mitarbeiter sicherstellen.
- Aus kritischen Zwischenfällen oder Schäden für Patienten und Mitarbeiter, die auf vermeidbare Abläufe und Entscheidungen zurückzuführen sind, können Ärzte, Pflegende, Therapeuten und andere Mitarbeiter lernen und Verbesserungsmaßnahmen ableiten. Wichtig ist in diesem Zusammenhang ein entsprechendes Meldesystem.
- Alle Mitarbeiter sind verpflichtet, Missgeschicke, Zwischenfälle und Fehlerquellen, die sie während ihrer täglichen Arbeit beobachten oder die ihnen selbst unterlaufen, zu identifizieren und zu nennen. (Anonym)

- Meldungen werden zentral erfasst und an die CIRS-Verantwortlichen (Qualitätszirkel) zur Bearbeitung weitergegeben. Lösungen zur Abstellung des "beinahe"-Fehlers werden erarbeitet und der Klinikleitung zur Umsetzung vorgeschlagen.

Patienten-Befragungen:

Auszug aus der Arbeitsanweisung zur Patientenbefragung:

Durchführung

- 4 x jährlich d.h. 1x im Quartal wird ein Termin Sonntag / Montag Zentral vorgegeben, an dem alle sich im Haus befindenden Patienten befragt werden.
- Die Stationsschwestern verteilen die Fragebögen auf die einzelnen Zimmer. Ein Aushang an der Patienteninfowand weist die Patienten auf die Befragung hin und bittet sie, den Fragebogen am Montag abzugeben. Bis zum folgenden Dienstag werden die Bögen im Sekretariat Verwaltung abgegeben.
- Nach Sichtung jedes einzelnen Bogens werden Bemerkungen von Patienten, egal ob positiv oder negativ, umgehend an die entsprechenden Ressortleiter weitergeleitet, um evtl. mit dem Patienten vor Abreise noch sprechen zu können.
- Ergebnisse werden der Geschäftsführung und der Klinikleitung zur Verfügung gestellt. Im Rahmen der Ressortleitersitzungen werden diese regelmäßig besprochen. Die Ressortleiter sind angehalten die Informationen an die Abteilungen weiter zu geben.
- Auswertungen werden im Klinikvergleich mit insgesamt rund 15 Kliniken (4 Klinikgruppen) aus ganz Deutschland durchgeführt

Mitarbeiter-Befragungen:

In Dienstleitungsunternehmen wie der Moritz-Klinik, ist die Qualifikation und die Motivation verbunden mit der Identifikation für das Unternehmen ein entschiedender Faktor für gute Ergebnisse.

Im Rahmen des eingeführten Qualitätsmanagement-Systems ist eine allgemeine Mitarbeiterbefragung für das Kalenderjahr 2007 bzw. Anfang 2008 in Vorbereitung.

Neben der Mitarbeiterbefragung werden Mitarbeiterentwicklungsgespräche nach Vorgaben geführt:

Bsp.: Mitarbeiterentwicklungsgespräch in der Pflege

- Analyse der eigenen Arbeit - Arbeitszufriedenheit
- Einschätzung der Teamarbeit und den eigenen Stand im Team
- Eigene bisherige berufliche Entwicklung einschätzen
- zukünftige Vorstellung der eigenen Entwicklung formulieren
- Dient als Grundlage für nächste Gespräche

Zuständigkeit:

- Stationsleitung: für die Mitarbeiter der Station und wenn vorhanden für Bereichsleiter
- Bereichsleiter: für die Mitarbeiter ihres Bereiches
- Pflegedienstleitung: für die Stationsleitungen und ausgewählte Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen

Hygienemanagement:

Auszug aus der Arbeitsanweisung

„Einhaltung der Hygiene"

- Einhaltung der Richtlinie „Einhaltung der Krankenhaushygiene"
- Vermeidung von nosokomialen Infektionen
- Reduzierung der vorhandenen Infektionen bei Aufnahme des Patienten
- Kenntnis aller Grundsätze der Krankenhaushygiene durch die Beschäftigten der Klinik

Durchführung

- Berufung einer Hygienekommission
- Einsatz von hygienebeauftragten examinierten Pflegekräften für Stationen und Therapiebereiche mit definiertem Verantwortungsbereich
- Erarbeitung und Einhaltung eines Hygieneplanes mit Desinfektions- und Hautschutzplänen
- In die Pflegestandards hygienische Maßnahmen integrieren
- Beratung der Hygienekommission durch eine externe Hygienefachkraft
- Mikrobiologische Überprüfungen von Flächen, Instrumentarium und medizinischen Geräten, Trink- und Badewasser
- Unterstützung bei den Überprüfung des Hygieneregimes der MOK durch das Gesundheitsamt Saale - Holzland - Kreis
- Erstellung von Statistiken nosokomialer Infektionen in der MOK - bei Bedarf Erstellung von Maßnahmeplänen

(separate Hygieneordner liegen Abteilungsspezifisch in Papierform sowie im Intranet vor)

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Eines der Projekte im Rahmen des QM-Systems möchten wir Ihnen hier kurz vorstellen

Kontinenzberatung / Kontienzförderung

Während der Rehahabilitation werden Pateinten nach neurologischen-, neurochirurgischen- und orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen mit Problemen bei Inkontinenz und angrenzenden Fragen beraten.

1. Harninkontinenz mit
   a. Belastungsinkontinenz (Stress)
   b. Dranginkontinenz (sesorische, motorische)
   c. Überlaufinkontinenz (Reflux, Rückstau)
   d. Reflexinkontinenz
2. Stuhlinkontinenz mit
   a. Kontinenzberatung (Stomaanlagen)
   b. Kontinenzberatung (Sexualität und Inkontinenz)

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Auszug aus dem LGA InterCert Auditbericht

Im Sommer 2006 wurden die Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz nach den Vorgaben folgender QM-System erfolgreich zertifiziert:

1. DIN EN ISO 9001 / 2000
2. IQMP - Reha
3. DEGEMED
4. KTQ - Reha

Das Zertifizierungsaudit bezog sich auf die Normen die die Audit-Checklisten der LGA InterCert.

Zertifiziert wurden zum damaligen Zeitpunkt die dem Unternehmen zugehörigen Kliniken mit den jeweiligen Fachabteilungen. (Marcus-Klinik und Caspar Heinrich Klinik - beide Bad Driburg / NRW)

In der Moritz-Klinik waren das die

Neurologie mit 182 Betten (104 Betten Phase D, 46 Betten Phase C und 32 Betten Phase B)
Orthopädie mit 120 Betten

Die 32 Betten der neurologischen Phase B verfügen über einen Versorgungsvertrag nach
§ 108 Absatz 3 i.V.m. § 109 SGB V

Die Betten der Rehabilitation im neurologischen Phase D (104 Betten) und C (46 Betten) Bereich sowie der Orthopädie (120 Betten) werden nach § 111 SGB V betrieben.

Die Klinik wurde nach den Elementen (siehe Punkt D-3 Aufbau des QM Systems nach DIN EN ISO 9001:2000) wie folgt durch die Auditoren der LGA-InterCert bewertet:

Es wurden die Elemente 4.1 - 8.5 der Norm auditiert, hierbei traten keine Abweichungen auf.