

QUALITÄTSBERICHT 2007 - 2008

**Reha-Zentrum Bad Dürkheim
Klinik Hüttenbühl**



**Deutsche
Rentenversicherung**

Bund

Vorwort

Transparenz und kontinuierliche Verbesserung bilden seit Jahren die Grundlage aller qualitätsorientierten Aktivitäten der Deutschen Rentenversicherung Bund. Als moderner, zukunftsorientierter Leistungsträger wollen wir insbesondere unseren Rehabilitanden und Versicherten die Qualität sichtbar machen. Das ist das Ziel der Qualitätsberichte der Reha-Zentren der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Messbare Qualität hat im Bereich der medizinischen Rehabilitation eine immer größere Bedeutung erlangt. Wir sind überzeugt, dass zukünftig nur die Leistungserbringer bestehen werden, die hochwertige Gesundheitsdienstleistungen mit wirtschaftlichen Notwendigkeiten zu verbinden wissen.

Die Deutsche Rentenversicherung Bund erbringt mit dem breiten Spektrum ihrer 22 Reha-Zentren einen signifikanten Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. In unseren Kliniken setzen wir umfangreiche Konzepte der medizinischen Rehabilitation in den unterschiedlichsten Indikationsbereichen rehabilitandenorientiert um, leisten Forschungsarbeit und realisieren einen interdisziplinären, ganzheitlichen Behandlungsansatz in der Gesundheitsversorgung.

Unser Leitbild beinhaltet die Qualitätsführerschaft mit dem Ziel einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen rehabilitativen Versorgung der Versicherten unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Im Mittelpunkt (ist und bleibt) dabei immer der Mensch mit seinen individuellen Problemen und Nöten, mit seinem spezifischen Arbeitsumfeld und seinen differentiellen gesundheitsbedingten Einschränkungen.

Mit der erfolgreichen Entwicklung und Einführung eines internen Qualitätsmanagementsystems haben wir neben dem bereits im Jahre 1994 initiierten Qualitätssicherungsprogramm der deutschen Rentenversicherung einen weiteren Qualitätsstandard definiert. Er erfordert eine kontinuierliche und konsequente Weiterentwicklung der Qualität.

Die Information und Darstellung unserer Leistungsfähigkeit sind hierbei ein grundlegendes Anliegen, um Transparenz und damit eine Basis für die Zusammenarbeit mit unseren Kunden und insbesondere mit unseren Rehabilitanden zu schaffen.

Der Qualitätsbericht gibt Ihnen umfassend Auskunft über Kennzahlen aus dem Qualitätssicherungsprogramm in Bezug auf die bestehende Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie über die Funktions- und Wirkungsweise des internen Qualitätsmanagements einschließlich der hier erzielten Ergebnisse der jeweiligen Rehabilitationseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Das hohe Qualitätsniveau der Reha-Zentren der Deutschen Rentenversicherung Bund ist nur durch den Einsatz aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vor Ort möglich. Nach dem Motto des internen Qualitätsmanagements „Kein Tag ohne Verbesserung“ stehen sie in ihrer täglichen Arbeit dafür ein, dass die medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung auch in Zukunft ein qualitativ hochwertiges Versorgungssegment im deutschen Gesundheitswesen sein wird.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Axel Reimann', followed by a long horizontal flourish.

Dr. Axel Reimann

Direktor der Deutschen Rentenversicherung Bund

Vorwort der Klinikleitung

Die psychosomatische Fachklinik Hüttenbühl der Deutschen Rentenversicherung Bund liegt auf der Baar, der Landschaft zwischen Schwarzwald und Schwäbischer Alb. Auf dieser Hochebene, 700 – 800 Meter über dem Meeresspiegel, ist die Luft klar und rein. Smog oder drückende Schwüle kommen praktisch nicht vor.

Die rehabilitative Versorgung unserer Rehabilitanden erfolgte mit dem bewährten Konzept der Psychosomatischen Fachklinik, welches auf einem integrativen, multimodalen Ansatz basiert. Ferner werden Leiden aus dem internistischen Fachgebiet behandelt – eine wichtige Kompetenz in der Rehabilitation mehrfach erkrankter Menschen. Neben dieser Multimorbidität ist unsere Klientel durch soziale Problemlagen gekennzeichnet, eine zunehmende Tendenz, die sich bereits in den letzten Jahren abgezeichnet hatte. Der Zuweisungsanteil nach § 51 SGB V nimmt zu, die desolante Arbeitsmarktsituation, insbesondere für ältere Arbeitnehmer, erschwert oft unsere Bemühungen um ein gutes Reha-Ergebnis, weil ein Rentenwunsch im Vordergrund steht. Hier stoßen unsere Bemühungen an die Grenzen der sozialen Realität.

Seit 2005 haben wir das Interne Qualitätsmanagement (IQM) in die Routine übernommen. Dies bedeutete, QM-Strukturen im Tagesbetrieb anzuwenden, zu prüfen, zu aktualisieren und ggf. weiter zu entwickeln. Externe und interne Audits, die Management-Bewertung, Verbesserungsprojekte und die Mitarbeiterbefragung waren wichtige Elemente der Routinisierung. Das QM-Handbuch der Klinik als Stützpfeiler und Orientierungspunkt wurde fertig gestellt. Es wird darauf ankommen, IQM nicht als abgeschlossenes Projekt zu betrachten, sondern als ständige Herausforderung kontinuierlicher Verbesserung. Die Zertifizierung nach QMS-Reha. ist in vollem Gange und wird bis Ende 2010 fertig gestellt sein.

Die Klinik hat im August 2008 eine neue ärztliche Leitung bekommen.

Die Daten des Qualitätsberichtes sind prinzipiell auf den Zeitraum 2007 und 2008 bezogen. Einige Daten spiegeln jedoch den derzeitigen Stand 2009 wieder, was in den entsprechenden Abbildungen jeweils gekennzeichnet ist.

Als übergeordnete Klinikziele gelten:

1. Erhaltung der hohen medizinischen Qualität, weitere Verbesserungen der therapeutischen Qualität durch fortlaufende intensive interne und externe Weiterbildungsmaßnahmen, fortlaufende Überarbeitung des Klinikkonzeptes und Verbesserung der Abläufe durch Prozessanalysen.
2. Ein weiteres Ziel ist die schrittweise Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, soweit darunter die Qualität und das therapeutische Konzept nicht leiden.

3. Höhere Mitarbeiterzufriedenheit durch:

- Verbesserung der Kommunikation innerhalb der Klinik auf allen Ebenen und zwischen den Bereichen
- Mitarbeiterschulung bezüglich Führungsfähigkeiten
- Höhere Identifizierung mit der Tätigkeit

4. Weiterhin Verbesserung der öffentlichen Wahrnehmung in der Region (Zertifizierung nach QMS-Reha®), Tag der offenen Tür, Nichtraucherzertifikat, Ärztefortbildungen)

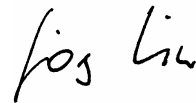
Die Zusammenarbeit zwischen Ärztlicher Leitung, Verwaltungsleitung, Personalrat und den Mitarbeitern kann als sehr gut bezeichnet werden und verspricht eine konstruktive Zusammenarbeit in der Weiterentwicklung der Klinik.

Gedankt sei allen, die mit großem Einsatz und Zuverlässigkeit an der Erstellung des Berichtes mitgearbeitet haben, vor allem Fr. Sabine Wiedemann und Hr. Dr. Rolf Kramer.



Dr. med. H.-J. Leyhausen

Leitender Arzt



Jörg Wittmann

Verwaltungsleiter

Einleitung und Leseanleitung zum Qualitätsbericht

Sehr geehrte Leserinnen, sehr geehrte Leser,

mit dem Ihnen vorliegenden Qualitätsbericht geben wir Ihnen einen Einblick in das Leistungsspektrum unseres Reha-Zentrums.

Aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung des § 137 SGB V müssen alle Krankenhäuser seit dem Berichtsjahr 2004 einen Qualitätsbericht erstellen, der durch eine einheitliche Struktur gekennzeichnet ist. Für uns, als Leistungserbringer im Bereich der medizinischen Rehabilitation, besteht diese gesetzliche Verpflichtung nicht. Jedoch haben wir in gleicher Weise den Anspruch, die Qualität unserer Leistungen transparent darzustellen und haben die Entwicklung zum Anlass genommen, unser qualitätsbezogenes Berichtswesen an die Struktur der Akutversorgung anzugleichen.

Der vorliegende Bericht gibt Ihnen einen umfassenden Einblick in unsere Leistungsfähigkeit, die Art und Anzahl der Behandlungsmöglichkeiten und therapeutischen Konzepte sowie die Qualifikation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Wir zeigen unsere ausgeprägte Qualitätsorientierung auf und stellen Ihnen Projekte und zukünftige Vorhaben vor.

Nachfolgend geben wir Ihnen einen Überblick, welche Schwerpunkte im Qualitätsbericht behandelt werden.

Datenquelle ist immer das Reha-Zentrum Bad Dürkheim, Ausnahmen sind gesondert gekennzeichnet. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im gesamten Text auf die weibliche Ausdrucksform verzichtet, soll aber generell mitgedacht werden.

A **Struktur- und Leistungsdaten des Reha-Zentrums**

Hier stellen wir Ihnen allgemeine Informationen zu unserem Reha-Zentrum zur Verfügung, geben Ihnen einen Überblick über unsere Fachabteilungen, Behandlungsmöglichkeiten, die apparative Ausstattung sowie therapeutische und funktionsdiagnostische Möglichkeiten. Darüber hinaus erhalten Sie einen Einblick über unsere Personalstruktur sowie vorhandene Qualifikationen.

B **Struktur und Leistungsdaten der Fachabteilungen**

B-1 Fachabteilungsbezogene Angaben zur Struktur- und Prozessqualität

Wir geben Ihnen einen umfassenden Einblick in die Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote unserer Fachabteilungen.

C **Qualitätssicherung**

In diesem Abschnitt dokumentieren wir die Teilnahme an den gesetzlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Außerdem wird beschrieben, welche Ergebnisse aufgrund der Teilnahme an gesetzlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen erzielt wurden sowie weiterer Qualitätsindikatoren, die sich noch in Entwicklung befinden.

D **Qualitätsmanagement**

Im letzten Abschnitt erfolgt die Beschreibung unseres Qualitätsmanagementsystems sowie der wichtigsten Instrumente zur Bewertung der Maßnahmen zur ständigen Qualitätsverbesserung.

Inhaltsverzeichnis

A	Struktur- und Leistungsdaten des Reha-Zentrums	9
A-1	Allgemeine Kontaktdaten	9
A-2	Institutionskennzeichen	9
A-3	Klinikleitung	9
A-4	Träger des Reha-Zentrums	10
A-5	Kooperationen mit akademischen Institutionen	10
A-6	Organisationsstruktur des Reha-Zentrums	10
A-7	Regionale Vernetzung	12
A-8	Fachabteilungsübergreifende, rehabilitandenorientierte Struktur- und Leistungsdaten	13
A-8.1	Konzeptionelle Grundlagen, internes Qualitätsmanagement, interne Kommunikation und Personalentwicklung	14
A-8.2	Apparative Ausstattung, funktionsdiagnostische Möglichkeiten	15
A-8.3	Therapeutische Möglichkeiten	15
A-8.4	Personalstruktur und Qualifikationen im Reha-Zentrum	20
A-8.4.1	Ärztlicher Dienst	20
A-8.4.1.1	Personalstruktur ärztlicher Dienst	20
A-8.4.1.2	Qualifikationen ärztlicher Dienst	21
A-8.4.2	Pflegedienst	21
A-8.4.2.1	Personalstruktur Pflegedienst	22
A-8.4.2.2	Qualifikationen Pflegedienst	22
A-8.4.3	Physiotherapie und Bewegungstherapie	22
A-8.4.3.1	Personalstruktur Physiotherapie / Bewegungstherapie	23
A-8.4.3.2	Qualifikationen Physiotherapie / Bewegungstherapie	24
A-8.4.4	Psychologie	24
A-8.4.5	Diätetik	25
A-8.4.6	Verwaltung	26
A-8.4.6.1	Personalstruktur Verwaltung	26
A-8.4.6.2	Qualifikation Verwaltung	26
A-9	Angaben zur Barrierefreiheit nach dem Behindertengleichstellungsgesetz	27
A-10	Möglichkeiten zu ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	28
A-11	Innovative Handlungsfelder im Reha-Zentrum	29
A-11.1	Aus-, Fort- und Weiterbildung	29
A-11.2	Öffentlichkeitsarbeit	30
A-11.3	Rehawissenschaftliche Forschung	30
A-11.4	Kooperation und Aktivitäten zur integrierten Versorgung	31
A-11.5	Maßnahmen zur Verzahnung von Leistungen zur Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben und am gesellschaftlichen Leben	31
A-11.6	Nachsorgestructurierung	31
A-11.6.1	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeinitiativen	32
A-11.6.2	IRENA	32
A-11.6.3	Internetgestützte Rehabilitandenschulung und Nachsorge	32
A-11.7	Weitergehende qualitätsrelevante Informationen	33
A-11.8	Verantwortliche für den Qualitätsbericht	33
A-11.9	Weitere Ansprechpartner	34
A-11.10	Links	35
A-12	Bettenkapazitäten lt. Versorgungsvertrag § 111 Abs. 3 SGB	35
A-13	Angaben zu den Rehabilitanden	36
A-13.1	Gesamtzahl der Rehabilitanden	36
A-13.2	Informationen zur Rehabilitandenstruktur	36
A-13.3	Rehabilitationsträger	37
A-13.4	Einzugsgebiete der Rehabilitanden im Antragsverfahren	37
A-13.5	Soziodemografische Merkmale	38
A-13.6	Belegung im Monatsverlauf	40
A-13.7	Entwicklung der AHB-Maßnahmen im Monatsverlauf	40

A-13.8	Entwicklung der AHB-Quote in den zurück liegenden 5 Jahren	40
A-13.9	Durchschnittliche Dauer der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	41
B	Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilung(en)	42
B-1	Fachabteilungsbezogene Angaben zur Struktur- und Prozessqualität	42
B-1.1	Fachabteilungen	42
B-1.2	Rehabilitative Kompetenzen und Leistungsangebote der Fachabteilung	42
B-1.3	Möglichkeiten zu ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Fachabteilung	42
B-1.4	Weitere Leistungsangebote in der Fachabteilung:	42
B-1.5	Häufigste Diagnosen der Fachabteilung 2007	43
C	Qualitätssicherung	43
C-1	Teilnahme an der externen und vergleichenden Qualitätssicherung gemäß § 20 SGB IX	43
C-1.1	Ergebnisse zur Strukturqualität	43
C-1.2	Ergebnisse zur Prozessqualität	44
C-1.2.1	Antrittslaufzeit	44
C-1.2.2	KTL-Dokumentation	45
C-1.2.3	Beschwerdemanagement	50
C-1.2.4	Laufzeiten der Entlassungsberichte	50
C-1.2.5	Peer-Review-Verfahren	51
C-1.2.6	Leitliniengerechte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	51
C-1.3	Ergebnisse zur Ergebnisqualität	52
C-1.3.1	Rehabilitandenbefragung der DRV-Bund	52
C-1.4	Sozialmedizinische Prognose	53
C-1.5	Zusammenfassende Beurteilung der Qualität der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufgrund einer Visitation	54
C-2	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease Management Programmen nach § 137f SGB V	54
C-3	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	55
C-3.1	Externe Qualitätssicherung gemäß §17 RöV	55
C-3.2	Externe Qualitätssicherung gemäß weiterer gesetzlicher Bestimmungen	55
C-4	Qualitätsindikatoren in Entwicklung	55
D	Qualitätsmanagement	56
D-1	Qualitätspolitik	56
D-2	Qualitätsziele	57
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	58
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	60
D-5	Qualitätsmanagementzirkel und -projekte	61
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	61
D-6.1	Audit-Ergebnisse	61
D-6.1.1	Ergebnisse der internen Audits	61
D-6.1.2	Ergebnisse der externen Audits	63
D-6.1.3	Ergebnisse der System Audits	63
D-6.2	Ergebnisse der Prozess-Bewertungsparameter als Qualitätsindikatoren	63
D-6.3	Ergebnisse der kontinuierlichen Befragung der Interessenpartner	65
D-6.3.1	Ergebnisse der internen Rehabilitandenbefragung	66
D-6.3.2	Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung	68
D-6.3.3	Ergebnisse der Befragung weiterer Interessenpartner	70

A Struktur- und Leistungsdaten des Reha-Zentrums

A-1 Allgemeine Kontaktdaten

Klinikanschrift:

Rehazentrum Bad Dürrhein

Klinik Hüttenbühl

Deutsche Rentenversicherung Bund

Wittmannstalstraße 5

78073 Bad Dürrhein

Tel. 07726/925-0 (Zentrale)

Fax: 07726/925-483 (Medizin)

07726/925-888 (Verwaltung)

Mail: reha-klinik.huettenbuehl@drv-bund.de

Internet: www.reha-klinik-huettenbuehl.de

A-2 Institutionskennzeichen

Das Institutionskennzeichen der Klinik lautet: IK: 269770169

A-3 Klinikleitung

Leitender Arzt:

Dr. med. Hans-Joachim-Leyhausen

Facharzt für Innere Medizin

Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

Sozialmedizin

Tel. 07726/925-160

Fax: 07726/925-483

Mail: dr.med.hans-joachim.leyhausen@drv-bund.de

Verwaltungsleiter:

Jörg Wittmann

Betriebswirt (VWA)

Tel. 07726/925-360

Fax: 07726/925-888

Mail: joerg.wittmann@drv-bund.de

A-4 Träger des Reha-Zentrums

Träger der Rehaklinik Hüttenbühl ist die Deutsche Rentenversicherung Bund



A-5 Kooperationen mit akademischen Institutionen

Kooperationsgespräche mit akademischen Lehrkrankenhäusern, universitären Einrichtungen und Weiterbildungsinstituten finden zurzeit statt mit dem Ziel, Kooperationsvereinbarungen abzuschließen.

A-6 Organisationsstruktur des Reha-Zentrums

Träger des Reha-Zentrums ist die Deutsche Rentenversicherung Bund. Innerhalb der Klinik ist die Organisation wie folgt strukturiert.

Das Organigramm stellt die Aufbauorganisation der Rehabilitationsklinik Hüttenbühl dar. Die Aufbaustruktur definiert einen medizinischen Bereich und einen Verwaltungsbereich. Beide sind in der Klinikleitung, bestehend aus dem Leitenden Arzt und dem Verwaltungsleiter, verantwortlich zusammengefasst. Um einen umfassenden Überblick über alle Bereiche der Klinik zu erhalten, ist die Struktur der Klinik in 2 Liniendiagrammen, getrennt für den medizinischen Bereich und den Verwaltungsbereich, dargestellt.

Abbildung A-6.1: Organigramm der Organisation des Reha-Zentrums Bad Dürrhein, Klinik Hüttenbühl / Bereich Medizin – Stand 2009

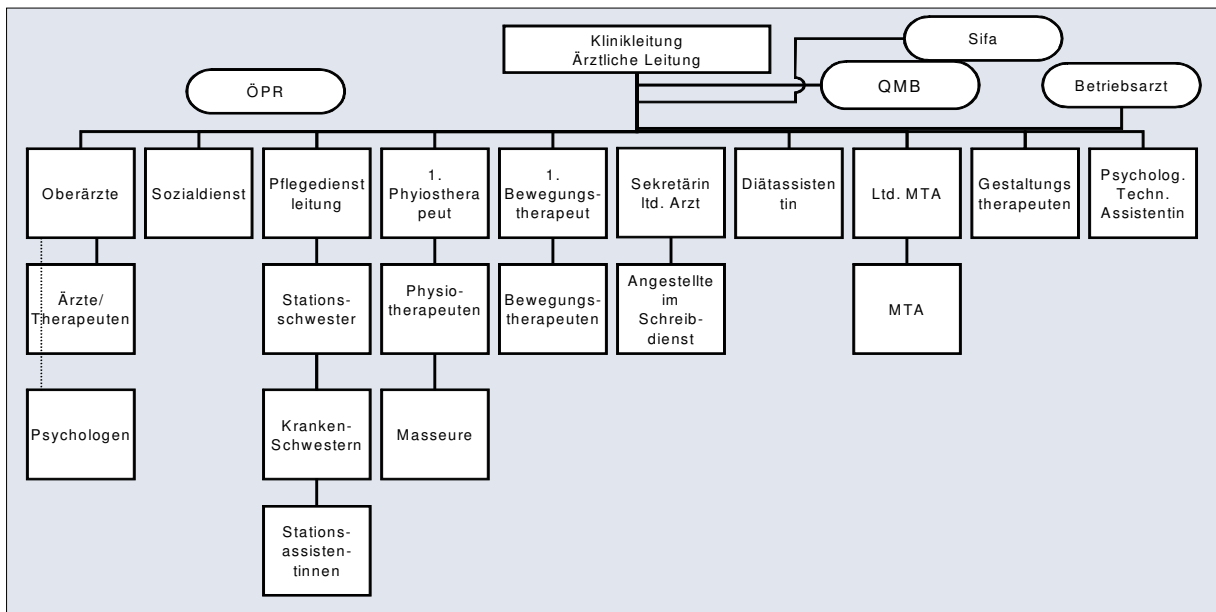
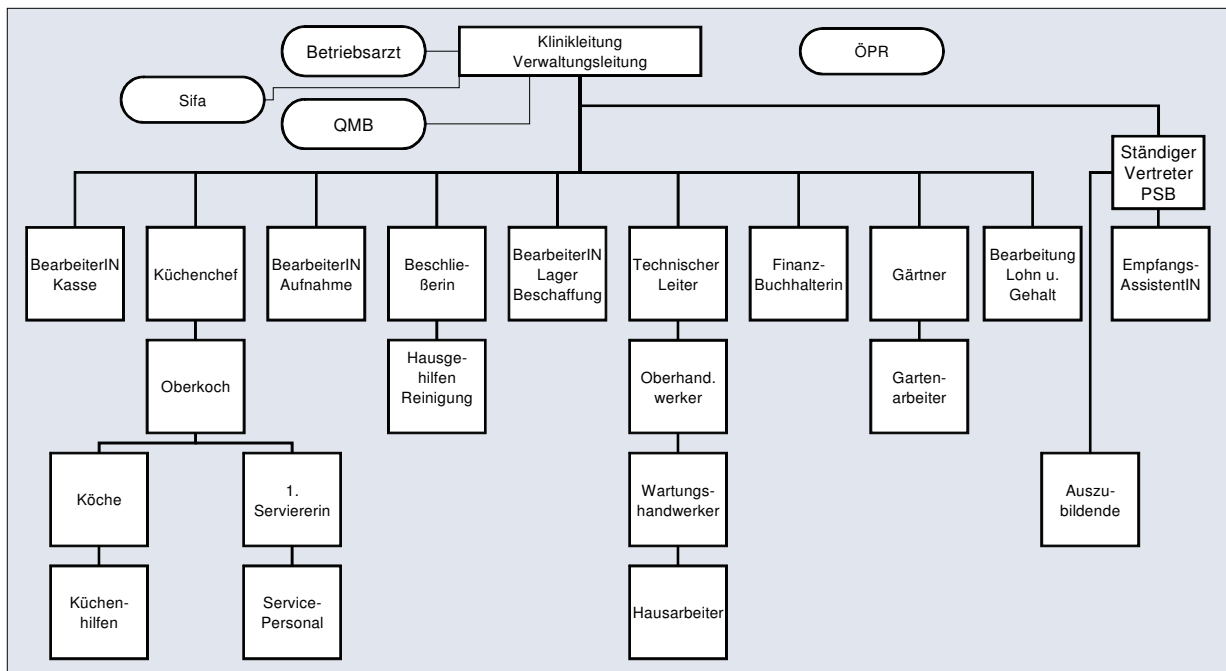


Abbildung A-6.2: Organigramm der Organisation des Reha-Zentrums Bad Dürrhein, Klinik Hüttenbühl / Bereich Verwaltung – Stand 2009



Regionale Vernetzung

Die Klinik nimmt ihre gesellschaftliche Rolle in der Region und am Standort Bad Dürkheim verantwortungsvoll wahr. Die Tatsache, dass die Klinik einer der größten Arbeitgeber im Ort ist, unterstreicht ihre arbeitsmarktpolitisch bedeutsame Stellung. Die Klinik engagiert sich überdies zunehmend als Ausbildungsbetrieb. Derzeit befinden sich 10 junge Menschen in der Klinik zur Ausbildung. Eine fachliche Kooperation mit der Klinik Waldeck in Bad Dürkheim existiert im Ausbildungsbereich der Küche. Des Weiteren werden ständig Plätze in verschiedenen Bereichen der Klinik für Praktika angeboten.

Durch Beteiligung an Öffentlichkeitsveranstaltungen, wie zum Beispiel Gesundheitstage, Klinikforen oder Informationsveranstaltungen wird die Klinik verstärkt in die Gesellschaft der Region eingebunden und deutlicher wahrgenommen.

Grossen Wert legt die Klinikleitung auf den Ausbau der Vernetzung mit den anderen ortsansässigen Kliniken. Im Rahmen des Bad Dürkheimer Klinikforums werden in einigen Bereichen gemeinsame Einkaufsverhandlungen geführt. Ständig werden weitere Kooperationsmöglichkeiten ausgelotet.

Darüber hinaus nimmt die Qualitätsmanagementbeauftragte an Seminaren der Initiative „Servicequalität Deutschland“ teil. Hier sind die unterschiedlichsten Betriebe aus dem Raum Bad Dürkheim vertreten, um die Servicequalität zu fördern und Synergieeffekte zu nutzen.

Bezüglich fachlicher Weiterbildungsorganisation besteht eine gute Kooperation mit der Luisenlinik Bad Dürkheim (Fachklinik für psychische Krankheiten).

Mit den benachbarten DRV-Bund eigenen Rehasentren Schömburg und Todtmoos werden intensive Kontakte im Hinblick auf sowohl wirtschaftliche (z.B. gemeinsame Ausschreibung von Dienstleistungen) als auch medizinische Fragestellungen gepflegt.

Fachabteilungsübergreifende, rehabilitandenorientierte Struktur- und Leistungsdaten

Die räumliche Ausstattung erfüllt hohe qualitative Anforderungen. Die 171 Patientenzimmer entsprechen als Einzelzimmer einem guten Standard, 4 Zimmer sind behindertengerecht ausgestattet. Zusätzlich wird ein Pflege- und Überwachungszimmer vorgehalten.

Auf jeder der 4 Stationen befindet sich ein Stationszentrum, welches tagsüber ständig besetzt ist. Für Rehabilitanden ist dies die primäre Anlaufstelle für Fragen und Anliegen, teilweise werden hier auch medizinische Daten zur Basisdokumentation erhoben oder kleinere Untersuchungen wie Blutzuckerbestimmungen durchgeführt.

Weitere medizinisch-technische Untersuchungen (siehe Abschnitt A-8.2) finden zentral in den Funktionsräumen der Klinischen Physiologie statt.

Unser Haus verfügt über mehrere Seminar- und Vortragsräume mit moderner audiovisueller Ausstattung. Darüber hinaus sind vielfältige Funktionsräume vorhanden, so eine überdurchschnittlich große, teilbare Sporthalle, eine Schwimmhalle mit 25 Meter-Bahn, eine große Physiotherapieabteilung, eine gut ausgestattete kreativtherapeutische Abteilung einschließlich Töpferei mit Brennofen und eine moderne Lehrküche. Ferner gibt es pro Station 2 Gruppenräume, die außerhalb der Therapiezeiten als Kommunikationsräume zur Freizeitgestaltung genutzt werden. Sie sind mit Teeküche und Kühlschrank ausgestattet. Desweiteren werden zahlreiche Spiele zur Verfügung gestellt.

Die gut ausgestattete Bibliothek mit medizinischer Fachliteratur für Patienten und auch Unterhaltungsliteratur sowie eine bewirtschaftete Cafeteria ergänzen das strukturelle Angebot.

Die Klinik Hüttenbühl ist zur Optimierung der arbeitsorganisatorischen Abläufe und der Therapiesteuerung komplett digital vernetzt. Alle Therapiepläne werden EDV unterstützt erstellt. Die Therapieplanung berücksichtigt die individuellen Verordnungen und die Behandlungsziele der Rehabilitanden. Es werden wöchentlich etwa 5000 Termine koordiniert. Jeder Rehabilitand erhält einen individuellen, überschneidungsfreien Therapieplan.

A-8.1

Konzeptionelle Grundlagen, internes Qualitätsmanagement, interne Kommunikation und Personalentwicklung

In unserem Reha-Zentrum sind folgende Gremien und Instrumente vorhanden:

Abbildung A-8.1. Konzeptionelle Grundlagen, Internes Qualitätsmanagement, Interne Kommunikation und Personalentwicklung

Art	Vorhanden
Konzeptionelle Grundlagen	
Verbindliches schriftlich ausgearbeitetes Klinikkonzept - regelmäßige Überarbeitung und Aktualisierung des Therapiekonzeptes	Ja
Internes Qualitätsmanagement	
Internes Qualitätsmanagementsystem - Interne Qualitätszirkel - Interner Fragebogen zur Rehabilitandenzufriedenheit - Systematisches Beschwerdemanagement - Regelungen zur Erörterung der Ergebnisse der externen Qualitätssicherung	Ja
Qualitätsmanagementbeauftragte	Ja
Hygienebeauftragte - Schriftlich fixierter Hygieneplan	Ja
Einsatz von Assessment - Instrumenten - bei Aufnahme - bei Entlassung	Ja
Interne Kommunikation und Personalentwicklung	
Regelmäßige Besprechungen - der Klinikleitung - der medizinischen Leitung (Oberärzte und Leitender Arzt) - der Klinikleitung mit Bereichsleitungen - der Bereichsleitungen mit Mitarbeitern - der Stationen - der multidisziplinären therapeutischen Teams	Ja
Regelmäßige Fachbesprechungen - Dienstbesprechungen der Ärzte und Therapeuten - Wöchentliche Fallvorstellungen - Interne Fallsupervision im therapeutischen Team - Externe Team-Supervision - Externe Gruppentherapiesupervision	Ja
Schulungs- und Fortbildungsplan	Ja
Regelmäßige Teamfortbildungen mit internen und externen Dozenten	Ja
Schriftlich ausgearbeitete Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter	Ja

A-8.2

Apparative Ausstattung, funktionsdiagnostische Möglichkeiten

Multimorbidität, Chronifizierung und die Schwerpunktbildung von somatoformen Störungen machen es auch in der Psychosomatik erforderlich, eine apparativ technische Diagnostik auf hohem Niveau vorzuhalten. Folgende Verfahren stehen zur Verfügung:

- PC gestützte Testdiagnostik (Psychometrie)
- Mehrkanal-EKG
- Ergometrie (jeweils in digitalisierter Technik)
- Event-Recorder für Herzrhythmusstörungen
- Langzeit-Blutdruckmessung (ABDM)
- Kleines Schlaflabor mit Schlafapnoescreening
- Schlafmedizinische Untersuchung mit Hypnogrammerstellung
- Präsenzlabor, auch für Notfälle (Blutzucker, Blutgerinnung, Trop-T-Test)
- In Kooperation: Laborsonderuntersuchungen, Röntgen, Bodyplethysmographie, Endoskopie, kardiologische Abteilung mit 24-Stunden-Interventionsbereitschaft in kurzer Entfernung.

A-8.3

Therapeutische Möglichkeiten

Das umfangreiche therapeutische Spektrum der Klinik Hüttenbühl im Überblick:

Abbildung A-8.3: Therapeutische Möglichkeiten (Auszug 1)
Stand 2009

Ärztliche und Psychotherapeutische Betreuung	Detailangaben/ Vorhanden
Medizinische Visite durch Oberarzt/Leitenden Arzt	2 x pro Aufenthalt
Therapeutische Visite mit Zielbesprechung unter Beteiligung von Oberarzt/Leitendem Arzt	2 x pro Aufenthalt
Tägliche Ansprechbarkeit der Ärzte und Therapeuten	Ja
Tag der ärztlichen Erstuntersuchung	Anreisetag oder Folgetag
Ärztliche/s Abschlussuntersuchung/-gespräch	1-3 Tage vor Entlassung
Psychotherapeutisches Abschlussgespräch	1-3 Tage vor Entlassung
Regelmäßige Patientenvorstellungen und Fallbesprechungen im Reha-Team	Ja
Gespräche mit Oberärzten	Nach Vereinbarung
Gespräche mit Angehörigen	Nach Vereinbarung
Information über / Vermittlung von Nachsorge	Ja

Abbildung A-8.3: Therapeutische Möglichkeiten (Auszug 2)
Stand 2009

Psychosomatik/Psychotherapie	Detailangaben/ Vorhanden
Tiefenpsychologisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie	3 mal pro Woche 1,5 Std.
Psychotherapeutische Einzelgespräche	Ja
Psychotherapeutische Einzelgespräche (verhaltenstherapeutisch)	Ja
Krisenintervention	Bei Bedarf
Supportive und Notfallpsychotherapie	Bei Bedarf
Paargespräche	Nach Vereinbarung
Familiengespräche	Nach Vereinbarung
Nonverbale Therapieverfahren: Gestaltungstherapie, Ausdruckstanz, Therapeutisches Tanzen	Regelmäßig
Psychosomatische Bewegungsgruppen	Regelmäßig
Entspannungsverfahren: Autogenes Training, Muskelrelaxation und Qigong	Regelmäßig
Körperzentrierte Therapieformen: Feldenkrais, Körperwahrnehmungsgruppe	Ja
Biofeedback-Therapie	Ja
Freies Gestalten	Freiwillig
Suizid-Prävention	Ja
Alkohol-Abstinenzvereinbarung und – überwachung	Ja
Verhaltenstherapeutisches Nichtrauchertraining	Ja

**Abbildung A-8.3: Therapeutische Möglichkeiten (Auszug 3)
Stand 2009**

Bewegungstherapie und Physiotherapie	Vorhanden
Ausdauertraining, Jogging, Walking, Ergometer- und Schwimmtraining	Ja
Gruppe Wirbelsäulengymnastik	Ja
Gruppe Atemgymnastik	Ja
Obstipationsgymnastik	Ja
Schwimmunterricht, Schwimmstilverbesserung	Ja
Terraintraining (Wandern, Rad fahren, Sportspiele)	Ja
Indikationsspezifische Krankengymnastik	Ja
Therapie nach DORN	Ja
Medizinische Trainingstherapie	Ja
EKG-überwachte Ergometertherapie	Ja
Thermo-/Hydro-/Balneotherapie	Ja
Elektrotherapie	Ja
Physikalische Anwendungen (z.B. Ultraschall)	Ja
Manuelle Therapie (z.B. Massagen)	Ja
Manuelle und instrumentelle Lymphdrainage	Ja

**Abbildung A-8.3: Therapeutische Möglichkeiten (Auszug 4)
Stand 2009**

Sozialarbeit und -beratung	Vorhanden
Beratung und Organisation stufenweiser Wiedereingliederung	Ja
Beratung und Antragstellung für Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Ja
Beratung und Antragstellung IRENA (intensivierte Rehabilitationsnachsorge – Curriculum Hannover)	Ja
Informationen zur beruflichen Wiedereingliederung	Ja
Rentenberatung	Ja
Beratung zur finanziellen, häuslichen, sozialen und gesundheitlichen Situation	Ja
Allgemeine Sozialberatung	Ja

Abbildung A-8.3: Therapeutische Möglichkeiten (Auszug 5)
Stand 2009

Rehabilitationspflege	Vorhanden
Durchführung von Stationsgruppen	Ja
Durchführung stützender Gespräche	Ja
Anleitungen zum Blutdruckmessen	Ja
Blutdruckkontrollen	Ja
Anleitungen zur Blutzuckerselbstkontrolle	Ja
Blutzuckerkontrollen	Ja
Blutabnahmen	Ja
Körpergewichtskontrollen	Ja
Temperaturkontrollen	Ja
Stufenbettlagerungen	Ja
Antithrombosemaßnahmen	Ja
Pflege bei Notfällen	Ja

Abbildung A-8.3: Therapeutische Möglichkeiten (Auszug 6)
Stand 2009

Ernährungsmedizin	Vorhanden
Leichte Vollkost	Ja
Vegetarische Kost	Ja
Beratung am Buffet	Ja
Energiedefinierte Diäten	Ja
Diabetesberatung und Diätberatung	Ja
Sonderdiäten bei Nahrungsmittelallergien	Ja
Sonderdiäten bei Nahrungsmittelintoleranzen	Ja
Training Lehrküche	Ja
Individuelle Ernährungsberatung	Ja
Ernährungsvorträge	Ja

**Abbildung A-8.3: Therapeutische Möglichkeiten (Auszug 7)
Stand 2009**

Gesundheitsinformationen, Motivation, Schulungen, Gesundheitstraining	Vorhanden
Seminar Chronische Schmerzen	Ja
Seminar Stressbewältigung	Ja
Seminar Arbeitsplatzproblematiken	Ja
Seminar Suchtgefahr	Ja
Seminar Raucherinformation	Ja
Seminare Schlafstörungen	Ja
Seminare Depression	Ja
Seminar Angststörung	Ja
Seminar gesunde Ernährung	Ja
Seminar sozialrechtliche Beratung	Ja
Blutdruckselbstmessung	Ja
Schulung Blutdruckeigenkontrolle	Ja
Rückenschule	Ja

A-8.4

Personalstruktur und Qualifikationen im Reha-Zentrum

A-8.4.1

Ärztlicher Dienst

Der **Leitende Arzt** trägt die Gesamtverantwortung für alle diagnostischen und therapeutischen Rehabilitationsprozesse sowie für den Rehabilitationsentlassbericht und alle sozialmedizinischen gutachterlichen Stellungnahmen. Er verantwortet und strukturiert die ordnungsgemäße Fort- und Weiterbildung des medizinischen und therapeutischen Personals sowie die Tätigkeiten der Beauftragten. Er vertritt das Haus nach außen in medizinischen Fragen und trägt zusammen mit dem Verwaltungsleiter die Gesamtverantwortung für Personalführung und Wirtschaftlichkeit. Die Leitung der Klinik Hüttenbühl ist zugleich auch Dienststellenleitung im Sinne des Bundespersonalvertretungsgesetzes.

Im Reha-Zentrum Bad Dür rheim waren im Berichtszeitraum 3 **Oberärzte** tätig. Ihnen obliegt in ihrem jeweiligen Verantwortlichkeitsbereich die Supervision über alle funktionsdiagnostischen und therapeutischen Prozesse, von der Befunderhebung bis zum Rehabilitationsentlassungsbericht. Sie leiten die Supervision der AssistenzärztInnen bei Visiten und diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen, Gespräche mit Rehabilitanden und Angehörigen sowie die Koordination mit vor- und nachbehandelnden Ärzten. Eine wichtige Aufgabe ist die Supervision der sozialmedizinischen Stellungnahmen und Gutachten sowie die Umsetzung des internen Qualitätsmanagementsystems und des Qualitätssicherungsprogramms der DRV Bund. Die Oberärzte unterstützen den Leitenden Arzt in seinen Führungsaufgaben und leiten in seiner Vertretung Besprechungen und Konferenzen des Rehabilitationsteams.

10 **Assistenzärzte** stellten in diesem Zeitraum (2007 – 2008) die medizinisch-somatische Versorgung sicher. Die meisten Ärzte sind gleichzeitig als Psychotherapeuten tätig. In der Mehrzahl haben die Assistenzärzte die psychosomatisch-psychotherapeutische Weiterbildung abgeschlossen bzw. stehen kurz vor dem Abschluss. Es liegen 3 Facharztanerkennungen vor.

Die medizinische Versorgung ist durch ärztlichen Bereitschaftsdienst und fachärztlichen Hintergrunddienst (Rufbereitschaft) rund um die Uhr gewährleistet.

A-8.4.1.1

Personalstruktur ärztlicher Dienst

Abbildung A-8.4.1: Personalstruktur ärztlicher Dienst – Stand 2009

Ärztlicher Dienst	Anzahl
Anzahl der Ärzte insgesamt	14
Anzahl der Ärzte in Weiterbildung	6
Anzahl der Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung	8
Anzahl der Teilzeitbeschäftigten	5

A-8.4.1.2

Qualifikationen ärztlicher Dienst

Über die Qualifikationen des ärztlichen Dienstes gibt die Abbildung A-8.4.1.2 einen Überblick.

Weiterbildungsermächtigungen liegen vor für:

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 3 Jahre

Psychiatrie 1 Jahr

Sozialmedizin 1 Jahr

Der Leitende Arzt ist zudem als ärztlicher Leiter eines psychotherapeutischen Weiterbildungsinstitutes zur dreijährigen Weiterbildung im Bereich Psychotherapie befugt.

Abbildung A-8.4.1.2: Qualifikationen ärztlicher Dienst – Stand 2009

Funktion	Gebietsbezeichnungen	Bereichsbezeichnungen	Sonstiges
Leitender Arzt	Innere Medizin, Psychotherapeutische Medizin	Psychotherapie, Sozialmedizin	Analytische Familientherapie
Oberärzte	Psychiatrie, Psychotherapie	Psychotherapie, Sozialmedizin	Fachkunde Suchttherapie
Assistenzärzte	Allgemeinmedizin, Psychotherapeutische Medizin	Psychotherapie, Umweltmedizin, Naturheilverfahren, Homöopathie	Praktischer Arzt, Akupunktur

A-8.4.2

Pflegedienst

Zu den Aufgaben des Pflegedienstes gehören neben der Organisation und der Dokumentation im Rahmen der Rehabilitandenbetreuung auch die Durchführung von ärztlichen Verordnungen, Blutabnahmen, Teststreifenuntersuchungen von Urin, Blutzuckermessungen, Blutgerinnungs-Bestimmung nach INR ("International Normalized Ratio"), subcutanen und intramuskulären Injektionen, Blutdruckmessungen, einschließlich Anleitung zur Selbstmessung. Die kontrollierte Verabreichung der fast ausnahmslos oralen Medikation ist in bestimmten Fällen durch Pflegepersonal erforderlich. Die individuelle Unterstützung des Rehabilitanden in Form von stützenden Gesprächen und Kriseninterventionen sowie Überwachung einer neu begonnen antidepressiven Medikation ist Teil der täglichen Arbeit. Pflegekräfte führen Gruppen zur Progressiven Muskelentspannung nach Jacobsen und Stationsgruppen eigenverantwortlich durch.

Die Teilnahme an Fallvorstellungen, Teamsitzungen sowie internen und externen Supervisionen rundet das Aufgabengebiet ab. Arzthelferinnen (Stationsassistentinnen) ergänzen auf jeder Station die Tätigkeit des Pflegepersonals. Die Stationsassistentinnen sind hauptsächlich für die Stationsorganisation und die Psychotherapeutische Basisdokumentation (PsyBado) verantwortlich.

Im Haus gibt es regelmäßige Fortbildungen für den Pflegedienst, wobei sowohl theoretische Kenntnisse einzelner Krankheitsbilder, als auch praxisbezogene Lösungen im Umgang mit konkreten Situationen im Stationsalltag erarbeitet werden.

A-8.4.2.1 Personalstruktur Pflegedienst

Abbildung A-8.4.2.1: Personalstruktur Pflegedienst – Stand 2009

Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Anteil examinierter Pflegekräfte	Anteil Arzthelferinnen
17	13	4

A-8.4.2.2 Qualifikationen Pflegedienst

Abbildung A-8.4.2.2: Qualifikationen Pflegedienst – Stand 2009

Funktionen	Qualifikationen	Anzahl
Leitende Krankenschwester	Abteilungsleitung Co-therapeutische Weiterbildung Qualitätsmanagement (SAMA)	
Examiniertes Pflegepersonal	Stationsleitungen , Qigong, Therapeutisches Tanzen, Schlaflabor, Progressive Relaxation	4 1 1 1 7
Arzthelferin	Schlaflabor	1

Eine staatliche examinierte Krankenschwester ist immer, auch im Nachtdienst in der Klinik anwesend.

A-8.4.3 Physiotherapie und Bewegungstherapie

Zu den Aufgaben des Physiotherapie-Teams gehört die Durchführung sämtlicher ärztlich verordneter physikalischer und krankengymnastischer Therapieformen einschließlich ihrer Dokumentation. Neben indikationsspezifischer Krankengymnastik und Anwendungen werden eine Reihe psychosomatisch orientierter Angebote vorgehalten, wie beispielsweise manuelle Therapie, Feldenkrais-Gruppen, Dorntherapie, Fußreflexzonenmassage u.a.

Aufgabe der Bewegungstherapie ist die Integration des bewegungstherapeutischen Angebots in die Psychosomatik. Hierzu zählen spezifische psychosomatische Bewegungsgruppen, die vornehmlich Körpererfahrung und Kommunikation zum Ziel haben. Daneben existiert ein breit angelegtes konventionelles bewegungstherapeutisches Angebot, welches auf die Förderung von Beweglichkeit und Ausdauer ausgerichtet ist. Einführung in verschiedene Formen des Ausdauertrainings und Überwachung der Durchführung ist ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit. Ferner nimmt die Funktionsgymnastik einen wichtigen Raum ein. Die Integration von Bewegungstherapeuten in die therapeutischen Teams ermöglicht direkte Kommunikation und Rückmeldung über Verhaltensbeobachtungen.

A-8.4.3.1

Personalstruktur Physiotherapie / Bewegungstherapie

Abbildung A-8.4.3.1: Personalstruktur Physiotherapie und Bewegungstherapie (Auszug1)

Abteilung Physiotherapie	Anzahl
Beschäftigte insgesamt	6
Physiotherapeuten	1
Masseur und med. Bademeister	3
Badehelferinnen	2

Abbildung A-8.4.3.1: Personalstruktur Physiotherapie und Bewegungstherapie (Auszug 2) Stand 2009

Abteilung Bewegungstherapie	Anzahl
Beschäftigte insgesamt	5
Diplomsportlehrer	1
Gymnastiklehrerinnen	3
Sonstige Mitarbeiter	1

A-8.4.3.2

Qualifikationen Physiotherapie / Bewegungstherapie

Abbildung A-8.4.3.2: Qualifikation Physiotherapie – Stand 2009
(Auszug1)

Funktionen	Qualifikationen
Leitender Physiotherapeut	Examen Physiotherapeut
Stellvertreter	Examen Masseur und med. Bademeister
Masseure	Examen Masseur und med. Bademeister
Badehelferinnen	Badehelferinnen

Abbildung A-8.4.3.2: Qualifikation Bewegungstherapie – Stand 2009
(Auszug 2)

Funktionen	Qualifikationen
Leitender Bewegungstherapeut	Diplomsportlehrer
Stellvertreter	Staatlich geprüfte Gymnastiklehrerin
Bewegungstherapeuten/-innen	Staatlich geprüfte Gymnastiklehrerin Med. Bademeister / Masseur

A-8.4.4

Psychologie

Die Mitarbeiter der psychologischen Abteilung sind für die psychotherapeutische Betreuung von Rehabilitanden zuständig. Sie führen Gruppentherapien, wie auch Einzeltherapien durch. Zusätzlich bieten sie spezifische Psychotherapieangebote vor allem in Gruppenform an: Entspannungstherapie, Körpertherapie oder Verhaltenstherapeutische Raucherentwöhnung. Weiterhin sind die Mitarbeiter der psychologischen Abteilung an der psychoedukativen Vortragsreihe der Klinik beteiligt wie auch am Qualitätsmanagement.

Ein approbierter Psychotherapeut mit langjähriger Berufserfahrung und wissenschaftlicher Qualifikation arbeitet stationsübergreifend in den Bereichen Supervision, Qualitätsmanagement, psychologische Diagnostik und Wissenschaft sowie Konzeptarbeit.

Über die Qualifikationen gibt Tabelle A-8.4.4 einen Überblick.

Abbildung A-8.4.4: Qualifikation Psychologie – Stand 2009

Psychologische Abteilung	Qualifikationen	Anzahl
Gesamtzahl Mitarbeiter	Dipl.-PsychologInnen	7
Approbierte Psychologische PsychotherapeutInnen	Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch-analytische Gruppentherapie, Psychodrama, Entspannungsverfahren, Gesprächspsychotherapie, Klinische Gestaltungstherapie, Qualitätsmanagement Systemische Familiensozialtherapie, Körpertherapie	5
In Ausbildung zur Approbation	Fortgeschrittene analytische und beginnende psychotherapeutische Ausbildung	2
Teilzeitkräfte		3

Die Psychologische Testdiagnostik umfasst eine große Anzahl verschiedener Testverfahren, die je nach Fragestellung zu den Themen Depression, Angst, Konzentrations- und Hirnleistungsfähigkeit sowie Persönlichkeitsdiagnostik für die einzelnen Rehabilitanden ausgewählt werden.

Als Standard werden einleitend das Freiburger Persönlichkeitsinventar in der revidierten Form (FPI-R) und die Symptomcheckliste nach Derogatis (SCL-90-R) durchgeführt.

Die Symptomcheckliste nach Derogatis (SCL-90-R) wird vor der Entlassung nochmals erhoben, um Veränderungen der Symptombelastung der Rehabilitanden zu messen.

A-8.4.5

Diätetik

Zu den Aufgaben der Diätassistentin gehören die Supervision der Speisenausgabe hinsichtlich diätetischer Richtlinien, die Einzel- und Gruppenberatung der Rehabilitanden in allen ernährungsmedizinischen Fragen sowie die Führung der Lehrküche für gesunde Ernährung. Ihr obliegt auch die stetige Aktualisierung der Seminarunterlagen und audiovisuellen edukativen Medien im Bereich Ernährungsberatung.

Im Reha-Zentrum Bad Dürkheim gibt es eine examinierte Diätassistentin mit langjähriger Berufserfahrung.

A-8.4.6

Verwaltung

A-8.4.6.1

Personalstruktur Verwaltung

Abbildung A-8.4.6.1: Personalstruktur Verwaltung – Stand 2009

Stellenbeschreibungen	Stellenplan
Verwaltung (weiblich / männlich 78% / 22%)	10,5
davon: Teilzeit: 46% Schwerbehindert: 15%	
Verwaltungsleitung	1
Personalsachbearbeiterin	1
Gehaltsbuchhalterin	0,5
Finanzbuchhalterin	1
Patientenverwaltung (BA Patient)	1
Einkäuferin (BA Lager)	1
Beschließerin	0,5
Sekretariat, Kasse (BA Verwaltung)	1
Empfangsassistenten	3,5

A-8.4.6.2

Qualifikation Verwaltung

Abbildung A-8.4.6.2: Qualifikationen Verwaltung – Stand 2009

Funktion	Qualifikationen	Anzahl
Verwaltungsleiter	Betriebswirt VWA	1
Personalsachbearbeiterin	Ausbildereignung	1
Finanzbuchhalterin	Betriebswirtin VWA	1
Finanzbuchhalterin	Bilanzbuchhalterin IHK	1

Angaben zur Barrierefreiheit nach dem Behindertengleichstellungsgesetz

Abbildung A-9: Angaben zur Barrierefreiheit nach dem Behindertengleichstellungsgesetz (Auszug 1)

Art	Detailangaben Vorhanden
Stufenloser Hauptzugang mit kraftbetätigter Eingangstür	Ja
Stufenloser Hauptzugang mit kraftbetätigter Eingangstür zum Therapie-Außengelände	Nein
Rotationstür mit Drehflügeltür	Entfällt
Alle Gebäudeebenen stufenlos erreichbar oder erreichbar über rollstuhlfahrgerechte Rampe oder Aufzug	Ja
Freier Zugang zu den Räumen	Ja
Freier Zugang zu Speisesälen mit Rollstuhlfahrerplätzen	Ja
Freier Zugang zu den Bedienungstresen	Ja
Freier Zugang zu den Bedienungselementen	Ja, bis auf Türsprechanlage Haupteingang
Notruf in allen rollstuhlfahrgerechten WCs	Ja
Rutschfester und rollstuhlfahrgerechter Bodenbelag	Sukzessiv bei Ersatz
Kontrastreiche Gestaltung für Treppen, Beleuchtung, Bedienungselemente, Hindernisse wie Glastüren	Teilweise
Sprechdurchsagen in Aufzügen, rückwärtige Spiegel, Klappsitz	Ja
Sprachausgabe und Sprachsteuerung von Automaten	Entfällt

Abbildung A- 9: Angaben zur Barrierefreiheit nach dem Behindertengleichstellungsgesetz (Auszug 2)

Art	Detailangaben Vorhanden
Patientenzimmer mit zusätzlicher Vorrichtung für Geh-, Hör-, Sehbehinderte und Blinde	Ja
Rollstuhlfahrgerechte Patientenzimmer	Ja
Rollstuhlgerechte Duschen/WC/Um-kleide beim Bewegungsbecken	Nein
Hebevorrichtung im Bewegungsbad	Nein
PKW Stellplätze für Rollstuhlfahrer nahe dem Eingangsbereich	Ja
Bewegungsflächen im Gebäude u. Außenbereich sowie Gehwege im Außenbereich	Ja
Vorkehrungen für Kleinwüchsige	Nicht geplant
Barrierefreiheit für geh-, hör-, sehbehinderte und blinde Menschen gemäß DIN 18024-2	Nein
Rollstuhlplätze in Eingangshalle und Vortragssälen	Ja
Beidseitige Handläufe in Treppenträumen, indikationsabhängig in Fluren	Teilweise

A-10

Möglichkeiten zu ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Klinik Hüttenbühl verfügt über Plätze zur ambulanten Rehabilitation. Aufgrund des ländlichen Einzugsbereiches einerseits und den Besonderheiten der psychosomatischen Rehabilitation andererseits wird von dieser Möglichkeit jedoch wenig Gebrauch gemacht. Für eine erfolgreiche psychosomatische Rehabilitation ist es häufig erforderlich, durch räumliche Distanz Abstand zu den am Wohnort belastenden Faktoren zu gewinnen. Durch diese Distanz werden Reflexionsprozesse und Veränderungsbereitschaft gefördert.

Durch **intensivierte Rehabilitationsnachsorge** (IRENA – in der Psychosomatik als „Curriculum Hannover“ bekannt -, siehe auch A-11.6.2) wird ein ambulantes Rehabilitationsangebot vermittelt, das sich an stationär erbrachte Leistungen anschließt. Dieses Angebot bietet die Möglichkeit, in der vorherigen stationären Rehabilitation begonnene Prozesse über einen Zeitraum von ca. 6 Monaten ambulant und heimatnah im Rahmen einer Gruppentherapie fortzuführen.

A-11

Innovative Handlungsfelder im Reha-Zentrum

Nach der Neubesetzung der ärztlichen Leitung ab August 2008 galt es zunächst, die bereits vorhandenen Handlungsfelder durchzuarbeiten und Weiterentwicklungen in die Wege zu leiten und zu initiieren.

Dazu gehörte zum Beispiel die Entwicklung und Implementierung einer kontinuierlichen Arbeitsgruppe, die sich frei von Zeitdruck mit Ideen zur Konzeptveränderung der Klinik („Think Tank“) beschäftigt.

Ein wichtiges klinisch-psychotherapeutisches Arbeitsfeld der Jahre 2007 und 2008 war die Implementierung verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie als zentraler zweiter Baustein der Psychotherapie, neben dem seit Jahren bestehenden Konzept der tiefenpsychologischen Gruppentherapie. Gleichzeitig wurden differenzielle Indikationskonzepte entwickelt.

Diese Entwicklung ist noch nicht beendet, wurde kritisch reflektiert und mündete in die Planung einer Abteilung mit geschlossenen Gruppentherapieangeboten (alle Rehabilitanden beginnen gleichzeitig und hören gleichzeitig auf).

Ein solches Konzept gehört im Bereich der stationären psychosomatischen Rehabilitation in Deutschland zu den schwierigen aber auch hochinnovativen Modellen.

Ein weiteres Resultat dieser konzeptionellen Überlegungen der letzten Jahre war die Entwicklung einer Vorbereitungsphase für Patienten in der ersten Woche des Klinikaufenthaltes. Hier werden die Pat. an die Psychotherapie, speziell die Gruppentherapie herangeführt. Die Vorbereitungsphase dient auch der Entwicklung von individuellen Therapiefoci und Therapiezielen.

Es bestehen erste Pläne, auf dem Gebiet der Prävention neue praktische Handlungsfelder zu entwickeln.

A-11.1

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Weiterbildungsermächtigungen seitens der Ärztekammer Südbaden wurden bereits oben (Abschnitt A-8.4.1) dargestellt. Sie beziehen sich auf den Leitenden Arzt und die Oberärzte.

Mit jeder Mitarbeiterin und jedem Mitarbeiter werden Wünsche und Ziele der Fort- und Weiterbildung besprochen und der Gesamtbedarf in einer jährlichen Abfrage festgestellt. Danach erfolgt eine Gesamtplanung für die Klinik. Im ärztlichen Bereich werden die Weiterbildungsziele erfasst und in einem Curriculum umgesetzt.

Es findet sowohl eine regelmäßige interne Fort- und Weiterbildung pro Woche statt, als auch Fortbildungstage in Workshop- oder Seminarform, teilweise mit eingeladenen DozentInnen. Diese Veranstaltungen wurden bisher ausnahmslos von der Landesärztekammer und der Landespsychotherapeutenkammer als akkreditierte Veranstaltungen mit je 2 (wöchentliche Fortbildung) oder 10 Punkten (Workshop oder Seminar) zertifiziert.

Fortbildungsveranstaltungen für andere Bereiche des Hauses werden durch eigene Dozenten oder durch externe Referenten bestritten.

Supervision – als integraler Bestandteil psychosomatisch-psychotherapeutischer Arbeit mit Weiterbildungscharakter, wird regelmäßig als **interne** Fallsupervision wöchentlich durchgeführt.

Darüber hinaus gibt es eine **externe** Supervision der therapeutischen Teams (Teamsupervision) und eine 3-wöchentliche externe Supervision von Gruppenpsychotherapie auf jeder der Stationen. Ferner wird quartalsweise eine externe Supervision im Bereich Kreativtherapie (Gestaltungstherapie) angeboten.

A-11.2

Öffentlichkeitsarbeit

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik Hüttenbühl beteiligen sich schon seit Jahren mit einer eigenen Präsentation an der Veranstaltung „Reha und mehr“ (früher: Fitness- und Gesundheitstag) der Stadt Bad Dürkheim. In den Räumlichkeiten der Klinik finden jährlich mehrere öffentlichwirksame Veranstaltungen (z.B. Künstlervernissagen, Konzerte) statt.

Auch Ausbildungsinitiativen und die Zusammenarbeit mit Ausbildungseinrichtungen, wie der Dualen Hochschule Baden-Württemberg in Villingen-Schwenningen, werden durch entsprechende Pressearbeit der Öffentlichkeit vermittelt.

Der Leitende Arzt beteiligt sich mit Vorträgen an Ärztefortbildungen für niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte. Der Verwaltungsleiter nimmt darüberhinaus seit 2007 die Sprecherfunktion des Bad Dürkheimer Klinikforums, der Interessenvertretung aller neun am Ort vertretenen Kliniken, wahr.

A-11.3

Rehawissenschaftliche Forschung

Im Gespräch ist ein Forschungsvorhaben in Zusammenarbeit mit der Universität Köln bezogen auf Gruppentherapiekonzepte in der psychosomatischen Rehabilitation.

Für 2011 ist eine Forschungszusammenarbeit mit der Universität Freiburg in die Wege geleitet. Themenschwerpunkt wird die „Entwicklung und Evaluation eines Konzepts zur patientenorientierten Teamentwicklung in Rehabilitationskliniken“ sein.

Weiterhin wird unter wissenschaftlichen Betreuung erforscht, wie die Klinik in der Region bekannter werden kann und gegebenenfalls weitere Therapie- oder Präventionsangebote in Zusammenarbeit unter anderem mit der Industrie vor Ort entstehen können.

A-11.4

Kooperation und Aktivitäten zur integrierten Versorgung

Integrierte Versorgung ist im Bereich der Nachsorge in folgender Form:

- IRENA-Verfahren
- Vermittlung ambulanter Psychotherapie
- Vermittlung Tageskliniken, Akutkrankenhäuser

Eine Teilnahme an Modellen der integrierten Versorgung, wie sie der Gesetzgeber bis jetzt vorsieht, erfolgt bisher nicht.

A-11.5

Maßnahmen zur Verzahnung von Leistungen zur Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben und am gesellschaftlichen Leben

Die Klinik Hüttenbühl bietet durch den Sozialdienst eine laufende Beratung über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an. Entsprechend der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung durch die Ärzte, in Zusammenarbeit mit den Therapeuten der Klinik werden Anträge konkret gestellt, um eine zeitnahe Entscheidung des Leistungsträgers zu gewährleisten.

Ferner erfolgt eine allgemeine Sozialberatung, auch in Angelegenheiten einer Schwerbehinderung, über Möglichkeiten der Teilhabe am allgemeinen gesellschaftlichen Leben.

A-11.6

Nachsorgestructurierung

Nachsorgeplanung und –strukturierung wird durch folgende Maßnahmen erreicht:

- Sozialrechtliche Beratung, Organisation der Nachsorge und der beruflichen Integration sowie aller Maßnahmen zur Teilhabe.
- Berücksichtigung der Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung. Im Jahr 2007 wurde bei 9,3 % aller Rehabilitanden (im Jahr 2008 bei 10,3 %) eine solche eingeleitet.
- Einleitung einer intensivierten Reha-Nachsorge (IRENA, siehe A 11.6.2), wenn indiziert.
- Strukturierter, nahtloser Informationsfluss für nachbetreuende Einrichtungen (Hausärzte, Angehörige, Tageskliniken, Sozialdienste, Betriebsärzte, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, arbeitsamtsärztlicher Dienst, Selbsthilfegruppen u.a.) durch zeitnahe Zuleitung des Entlassberichts soweit vom Patienten gewünscht und erlaubt.
- Dezierte Behandlungsempfehlungen für die weiterbehandelnden Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten.
- Initiierung ambulanter Psychotherapie mit Vereinbarung eines Ersttermins.

A-11.6.1 Zusammenarbeit mit Selbsthilfeinitiativen

Eine solche Zusammenarbeit findet zum jetzigen Zeitpunkt nicht systematisch statt.

A-11.6.2 IRENA

Die Klinik Hüttenbühl fördert aktiv die intensivierete Rehabilitationsnachsorge über das sogenannte IRENA-Programm der DRV Bund. Dies hat zum Ziel, die erreichten Ergebnisse der stationären Rehabilitation durch intensivierete nachstationäre ambulante Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu verstetigen bzw. den Alltagstransfer der Reha-Ergebnisse zu fördern. Ziel ist auch, Transfer-Hemmnisse zu erkennen und zu bearbeiten.

Da Rehazentrum Bad Dürkheim führt seit einigen Jahren regelmäßig IRENA-Nachsorgegruppen durch, die an Abendterminen als geschlossene Gruppen stattfinden. Teilnehmer sind Rehabilitanden aus der näheren Umgebung.

Im Jahr 2007 wurde bei 14,9 %, im Jahr 2008 bei 22,5 % aller Rehabilitanden eine solche Maßnahme in die Wege geleitet.

In der Psychosomatischen Rehabilitation existiert dieses inzwischen in seiner Wirksamkeit gut dokumentierte Programm, welches als „Curriculum Hannover“ bekannt ist, seit vielen Jahren. Es besteht im Wesentlichen aus einer strukturierten Gruppenbehandlung, die in meist geschlossenen Gruppenformat systematisch die oben genannten Ziele über einen Zeitraum von einem halben Jahr bearbeitet und fördert. Leider existieren die IRENA-Gruppen nicht flächendeckend, so dass eine generelle Verfügbarkeit dieses Angebots nicht besteht. Dennoch stellt das Programm eine wichtige Ergänzung der stationären Leistungen dar und kann als Modell einer integrierten Versorgung betrachtet werden.

A-11.6.3 Internetgestützte Rehabilitandenschulung und Nachsorge

Über die Homepage der Deutschen Rentenversicherung-Bund kann eine Website der Klinik erreicht werden.

Die gerade erstellte klinikeigene Website des Reha-Zentrums wird kontinuierlich weiterentwickelt, so dass im Jahr 2010 alle Fassungen der Rehabilitandenschulungsvorträge und eine ausführliche Konzeptdarstellung der Klinik einsehbar und z.T. auch zum Herunterladen geeignet sein werden.

Eine Internet gestützte Nachsorge im engeren Sinne wird in unserem Haus nicht durchgeführt.

A-11.7

Weitergehende qualitätsrelevante Informationen

Verschiedene Beauftragte, Kontaktpersonen und Verantwortliche unterstützen die Klinikleitung in ihren fachlich-administrativen, organisatorischen und gesetzlichen Aufgaben:

- Beauftragte in Fällen von Mobbing, Diskriminierung und sexueller Belästigung
- Betriebsarzt
- Brandschutzbeauftragter
- Datenschutzbeauftragter
- Fachkraft für Arbeitssicherheit
- Gleichstellungsbeauftragter
- Hygienebeauftragte
- IT-Beauftragter
- Qualitätsmanagementbeauftragte
- Schwerbehindertenbeauftragte
- Sicherheitsbeauftragte
- Verantwortlicher für Medizinproduktgesetz

A-11.8

Verantwortliche für den Qualitätsbericht

Die Klinikleitung:

Leitender Arzt:

Dr. med. Hans-Joachim-Leyhausen

Facharzt für Innere Medizin

Facharzt für Psychotherapeutische Medizin

Sozialmedizin

Tel.: 07726/925-160

Fax: 07726/925-483

Mail: dr.med.hans-joachim.leyhausen@drv-bund.de

Verwaltungsleiter:

Jörg Wittmann

Betriebswirt (VWA)

Tel.: 07726/925-360

Fax: 07726/925-888

Mail: joerg.wittmann@drv-bund.de

A-11.9

Weitere Ansprechpartner

Qualitätsmanagementbeauftragte:

Kerstin Weller-Mehlfeld

DGQ-Qualitätsmanager, EOQ Quality Systems Manager

Tel.: 07726/925-686

Fax: 07726/925-483

Mail: kerstin.weller-mehlfeld@drv-bund.de

Stellvertretender Qualitätsmanagementbeauftragter

Michael Fruh

Technischer Leiter

Qualitätsmanagement (SAMA)

Tel.: 07726/925-734

Fax: 07726/925-888

Mail: michael.fruh@drv-bund.de

Dokumentationsassistentin:

Fr. Anke Scherter-Grudno

MTL / Psychologisch Technische Assistentin

Tel.: 07726/925-262

Fax: 07726/925-483

Mail: anke.scherter-grudno@drv-bund.de

Berichtausarbeitung:

Dr. phil. Rolf Kramer

Psychologischer Psychotherapeut

Qualitätsmanagement (SAMA)

Tel.: 07726/925-478

Fax: 07726/925-483

Mail: dr.rolf.kramer@drv-bund.de

Sabine Wiedemann

cand. Sozialwirtin (Duale Hochschule)

Tel.: 07726/925-610

Fax: 07726/925-483

Mail: sabine.wiedemann@drv-bund.de

A-11.10

Links

www.drv-bund.de

www.reha-klinik-huettenbuehl.de

www.huettenbuehl.de

A-12

Bettenkapazitäten lt. Versorgungsvertrag § 111 Abs. 3 SGB

171 Betten insgesamt, davon

- 168 Einzelzimmer
- 3 Doppelzimmer
- 1 Intensivüberwachungsbett
- 7 Zimmer für Rollstuhlfahrer
- 8 allergenarme Zimmer
- 4 Betten für übergroße Rehabilitanden

A-13

Angaben zu den Rehabilitanden

Im Jahr 2007 wurden in der Klinik Hüttenbühl 1.398 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt. Insgesamt wurden 62.518 Pflēgetage erbracht.

Im Jahr 2008 wurden in der Klinik Hüttenbühl 1.393 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt. Insgesamt wurden 62.497 Pflēgetage erbracht.

A-13.1

Gesamtzahl der Rehabilitanden

Abbildung A-13.1: Gesamtzahl der Rehabilitanden im Berichtszeitraum

Anzahl der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (abgeschlossene Maßnahmen)	2007	2008
Allgemeines medizinisches Antragsverfahren (MAV)	1.398	1.393

A-13.2

Informationen zur Rehabilitandenstruktur

Die gesamtgesellschaftlichen Veränderungen zogen auch Änderungen in der Rehabilitandenstruktur nach sich.

18,8 % der Pat. sind von externen Stellen zu Rehabilitation angeregt worden. Es kamen 11,5 % der Rehabilitanden über den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MdK), 5,7 % über die DRV und 1,6 % als Verlegungen.

Auf der anderen Seite geben etwa 60 % der Rehabilitanden an, eigen motiviert gekommen zu sein.

Von den angereisten Rehabilitanden waren knapp 80% in den letzten 12 Monaten vor Antritt der Rehabilitation arbeitsunfähig, davon knapp die Hälfte über 3 Monate, was Hinweise auf den Schweregrad der Erkrankungen und deren sozialmedizinische Bedeutung gibt. Im Vergleichszeitraum des letzten Qualitätsreportes waren etwa 70% im gleichen Zeitraum arbeitsunfähig.

Arbeitsplatzkonflikte wurden von 65,7 % angegeben, davon empfanden etwa 80 % eine Überforderung des Arbeitsanfalles oder -stils, 46,5 % eine qualitative Überforderung am Arbeitsplatz, 27 % eine Bedrohung des Arbeitsplatzes und 61 % Mobbing am Arbeitsplatz. Alle diese Zahlen liegen deutlich über den Zahlen der Vergleichskliniken der DRV-Bund.

A-13.3**Rehabilitationsträger****Abbildung A-13.3: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aller Rehabilitationsträger**

Rehabilitationsträger	n = 1.398	n = 1.393
	Prozentualer Anteil 2007	Prozentualer Anteil 2008
Deutsche Rentenversicherung Bund	98,6	95,1
Andere Rentenversicherungsträger	0,6	4,2
Selbstzahler	0,2	0,2
Rentenversicherungsfremde Rehabilitationsträger	0,6	0,5

A-13.4**Einzugsgebiete der Rehabilitanden im Antragsverfahren****Abbildung A-13.4: Einzugsgebiete von Rehabilitanden**

Postleitzahl	Prozentualer Anteil 2007	Prozentualer Anteil 2008
0 bis 09	2,4	1,6
10 bis 19	3,6	2,1
20 bis 29	3,8	2,2
30 bis 39	7,9	7,7
40 bis 49	7,2	5,8
50 bis 59	9,5	11,4
60 bis 69	14,9	17,9
70 bis 79	28,5	26,2
80 bis 89	14,7	16,8
90 bis 99	7,2	8,3
Ausland	0,3	0,1

Deutlich wird der starke regionale Bezug der Zuweisungen im Antragsverfahren. Fast zwei Drittel aller Rehabilitanden kommen aus Südwestdeutschland.

Soziodemografische Merkmale

Abbildung A-13.5: Soziodemographische Merkmale – Jahr 2008
(Auszug 1)

Merkmale	Häufigkeit
Alter	Mittelwert 49,3 Jahre Standardabweichung 8 Jahre
Durchschnittliche Behandlungsdauer	45,02 Tage
	Prozentualer Anteil
Frauen	71,7
Männer	28,3
Familienstand	
Ledig	17,9
Verheiratet	58,4
Geschieden	19,2
Frühere Behandlungen	
Nervenarzt	47,8
Ambulante Psychotherapie allgemein	39,6
Stationäre psychotherapeutische Behandlung	9,8
Erwerbsstatus vor der Antragstellung	
Vollzeit	52,8
Teilzeit	25
Arbeitslos	14,1
Hausfrau/-mann	1,4
EU-Rente auf Zeit	1,1
EU-Rente auf Dauer	0,2

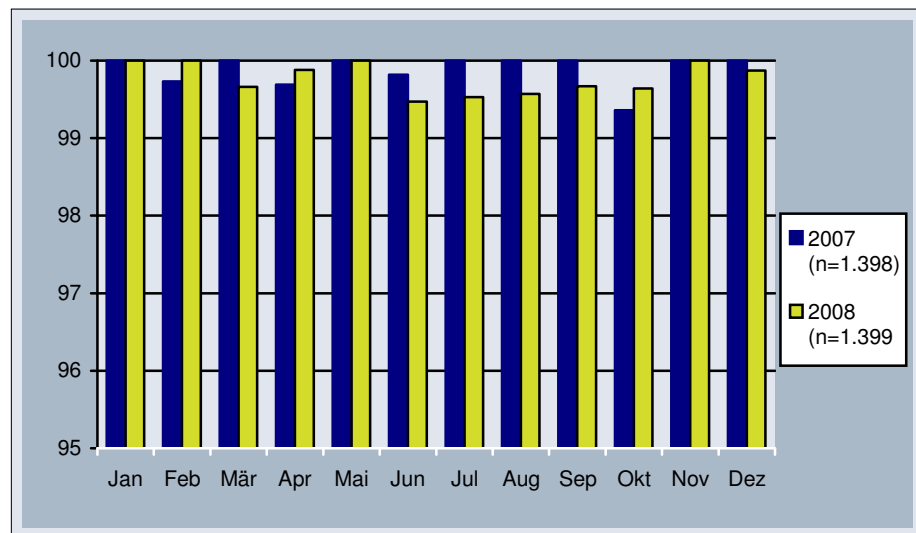
**Abbildung A-13.5: Soziodemographische Merkmale – Jahr 2008
(Auszug 2)**

Arbeitsunfähigkeit (AU) innerhalb der letzten 12 Monate	Prozentualer Anteil
Keine	20,8
unter 3 Monate	41,5
3 bis unter 6 Monate	13,3
6 und mehr Monate	23
Nicht erwerbstätig	1,5
Stellung im Beruf	
Angestellter (überwiegend einfacher bis mittlerer Angestellter)	83,5
Selbstständige/r	3,3
Facharbeiter	4,1
Un- bzw. angelernte Arbeiter	4,9
Nie erwerbstätig	0,2
Arbeitsunfähigkeit bei Entlassung	
Arbeitsfähig	62
Arbeitsunfähig	37,9
Beurteilung nicht erforderlich	0,1
Stufenweise Wiedereingliederung	10,9
Leistungsfähigkeit bei Entlassung	
6 Std. und mehr	90,6
3 bis 6 Std.	2,9
unter 3 Std.	6,3
auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt:	
6 Std. und mehr	93,9
3 bis 6 Std.	2,6
unter 3 Std.	3,1

A-13.6

Belegung im Monatsverlauf

Abbildung A-13.6: Belegung im Monatsverlauf (in Prozent)



Die durchschnittliche Belegung im Berichtsjahr 2007 liegt bei 99,88%, im Berichtsjahr 2008 bei 99,77%. Die erreichten Quoten können als optimal bezeichnet werden.

A-13.7

Entwicklung der AHB-Maßnahmen im Monatsverlauf

In der Rehaklinik Hüttenbühl werden keine Anschlussheilbehandlungen durchgeführt.

A-13.8

Entwicklung der AHB-Quote in den zurück liegenden 5 Jahren

Siehe A-13.7

A-13.9

Durchschnittliche Dauer der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

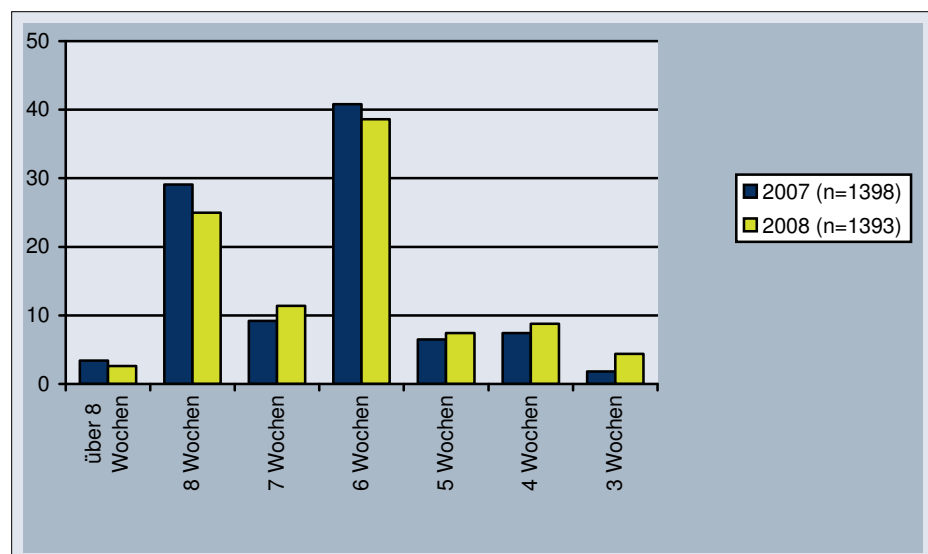
Die mittlere Aufenthaltsdauer der Rehabilitanden betrug im Jahr 2007 42,8 Tage, die mittlere Bewilligungsdauer 36,7 Tage. Die DRV-Bund erstellt Bewilligungen von 4 oder 6 Wochen RehaMaßnahmen. Bei einer ursprünglichen Bewilligungsdauer von 4 Wochen (28 Tagen) war die Verweildauer im Mittel 37,0 Tage, bei 6-wöchiger Bewilligung (42 Tagen) 45,9 Tage.

Die mittlere Aufenthaltsdauer betrug im Jahr 2008 44,9 Tage, die mittlere Bewilligungsdauer 36,2 Tage. Bei einer ursprünglichen Bewilligungsdauer von 4 Wochen war die Verweildauer im Mittel 35,7 Tage, bei 6-wöchiger Bewilligung 47,6 Tage.

Über Verlängerungen und Verkürzungen wird etwa in der Mitte des Heilverfahrens nach einer Therapiezielbesprechung unter Beteiligung der Oberärzte oder des Leitenden Arztes entschieden.

Die folgende Abbildung gibt Aufschluss über die prozentuale Häufigkeit von RehaMaßnahmen bezogen auf die Aufenthaltswochen.

Abbildung A-13.9: Prozentuale Häufigkeit der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation



B Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilung(en)

B-1 Fachabteilungsbezogene Angaben zur Struktur- und Prozessqualität

Im Schwerpunkt **Psychosomatik und Psychotherapie** verfügt das Rehabilitationsteam über langjährige Erfahrungen bei allen Störungsbildern des Gebiets. Insbesondere bei somatoformen Störungen wie auch bei Störungsbildern mit Überschneidungen zur Inneren Medizin bestehen weitreichende Erfahrungen.

B-1.1 Fachabteilungen

Die gesamte Klinik behandelt Rehabilitanden auf dem Gebiet der Psychosomatischen Medizin.

B-1.2 Rehabilitative Kompetenzen und Leistungsangebote der Fachabteilung

siehe A-8.3.

B-1.3 Möglichkeiten zu ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Fachabteilung

Es besteht die Möglichkeit zur teilstationären Behandlung für Rehabilitanden aus der Region.

B-1.4 Weitere Leistungsangebote in der Fachabteilung:

Die *kreativtherapeutischen Angebote* werden durch vielfältige Möglichkeiten zum Training kommunikativer Aktivitäten wie Gesprächs- und Spielrunden, Dia- und Filmvorführungen, Basteln, Malen, Töpfern, geführte Wanderungen und Tanzabende ergänzt. Unter Anleitung durch unsere Kreativtherapeuten lernen die Rehabilitanden, mit verschiedenen Techniken und Materialien eigene Interessen und Fähigkeiten neu zu entdecken. Die Erfahrung, etwas selbst gestaltet zu haben, vermittelt Lebensfreude, steigert das Selbstwertgefühl und lässt von den Alltagssorgen Abstand gewinnen. Durch Qigong-Übungen – langsame fließende Bewegungen – kann sich wieder Gelassenheit und Wohlbefinden einstellen. Der Alltag lässt sich so wieder leichter leben.

Zur *sozialmedizinischen und sozialrechtlichen Beratung* gehören, neben der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung, individuelle Berufsberatung, Beratung zu Fragen ebenso wie eine spezielle Beratung zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit.

Eine Vermittlung in *Selbsthilfegruppen* und die Beratung für Hilfen im sozialen System (Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Unterstützung durch das Integrationsamt, Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung) wird angeboten und ggf. konkret in die Wege geleitet.

B-1.5

Häufigste Diagnosen der Fachabteilung 2007

	Anzahl
F 32 Depressive Episode	430
F 33 Rezidivierende depressive Störung	424
F 43 Anpassungsstörungen und posttraumatische Störungen	301
F 45 Somatoforme Störungen	301
F 34 Anhaltende affektive Störung	241
F 41 Andere Angststörungen	151
F 17 Tabakabhängigkeit	119
F 68 Persönlichkeitsstörungen	68
F 40 Spezifische Phobien	48
F 10 Alkoholmissbrauch	44

C

Qualitätssicherung

C-1

Teilnahme an der externen und vergleichenden Qualitätssicherung gemäß § 20 SGB IX

Rehabilitationskliniken sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 20 SGB IX bzw. § 137 SGB V verpflichtet. Das Reha-Zentrum Bad Dürkheim hat sich an den Maßnahmen der externen Qualitätssicherung nach § 20 SGB IX beteiligt. Die Dokumentationsrate je Leistungsbereich im Berichtsjahr beträgt für alle sogenannte KTL-Leistungen 100 % (zu den KTL-Leistungen siehe auch Kapitel 1.2.2).

C-1.1

Ergebnisse zur Strukturqualität

Das Reha-Zentrum Bad Dürkheim erfüllt alle seitens der Deutschen Rentenversicherung Bund geforderten Basiskriterien für die Indikation „Psychische und Psychosomatische Störungen“ bzw. „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“.

Nähere Einzelheiten zur Strukturqualität, insbesondere zur räumlichen und apparativen-technischen Ausstattung, Funktionsdiagnostik, Personalstruktur und Qualifikation sowie zur Rehabilitanden orientierten Strukturqualität und zur Barrierefreiheit nach dem Behindertengleichstellungsgesetz sind in den Abschnitten A-6, A-8, A-9 ausführlich dargestellt.

C-1.2

Ergebnisse zur Prozessqualität

C-1.2.1

Antrittslaufzeit

Eine angemessene kurze Zeit vom Bewilligungszeitpunkt bis zum Antritt des Heilverfahrens gilt insbesondere in Eilfällen als Qualitätskriterium. Die Laufzeit setzt sich aus einem Anteil der Hauptverwaltung der DRV Bund und einem Klinikanteil zusammen. In den Jahren 2007 und 2008 wurde eine klinikinterne differenzierte Erhebung der Antrittslaufzeiten vorgenommen.

Die Antrittslaufzeiten für Eilfälle und bei längerer Arbeitsunfähigkeit (§51 SGB V) sind erfreulich kurz: 3 Wochen ab Eingang der Unterlagen, 2 Wochen ab Terminvergabe. Im allgemeinen Antragsverfahren sind die längeren Laufzeiten durch „Bevorratung“ des Kostenträgers und durch häufige Terminverlegungswünsche entstanden. Inzwischen sind diese Laufzeiten deutlich kürzer.

Abbildung C-1.2.1: Antrittslaufzeiten (Auszug 1)

Aspekte der Antrittslaufzeiten	2007		2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Übersandte Bewilligungsbescheide				
Allgemeines Antragsverfahren	1.489	83,3	1.521	76,8
Eilfälle	158	8,9	207	10,4
Fälle nach § 51 SGB V	140	7,8	253	12,8
Summe	1.707	100	1.901	100
Laufzeit bis Eingang Bewilligungsbescheid				
Bewilligung Hauptverwaltung bis Eingang Klinik (Tage)	8,0		8,0	
Anzahl der erneut vorgelegten Bescheide	56	3,1	67	3,4
Antrittslaufzeit nach 1. Terminvergabe (Tage)				
Allgemeines Heilverfahren	80,6		81,0	
Eilfälle	20,4		20,1	
Fälle nach § 51 SGB V	20,0		19,9	

Abbildung C-1.2.1: Antrittslaufzeiten (Auszug 2)

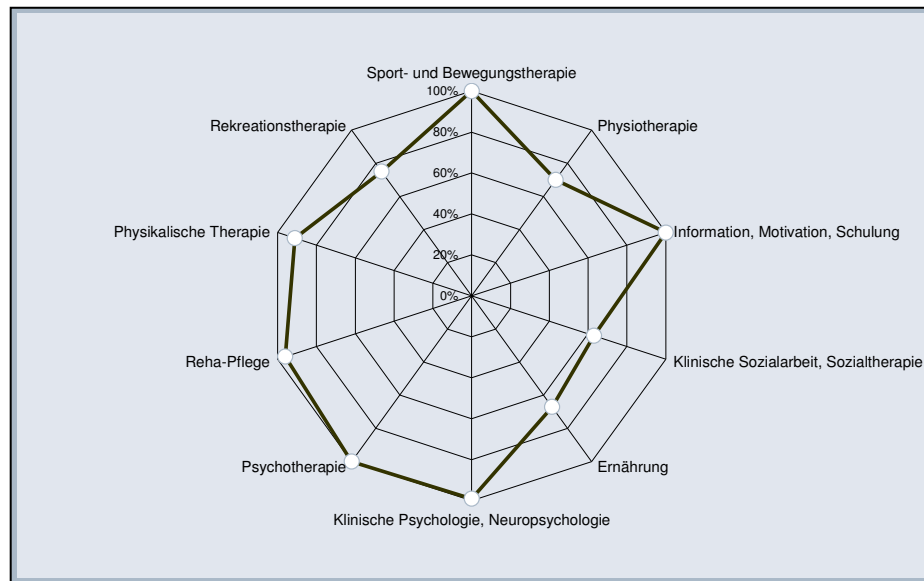
Aspekte der Antrittslaufzeiten	2007		2008	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Terminverschiebungswünsche				
Allgemeines Heilverfahren	120	6,7	115	5,8
Eilfälle	2	0,1	4	0,2
Fälle nach § 51 SGB V	3	0,2	3	0,2
Summe	125	7,0	122	6,2
Tatsächliche Antrittslaufzeiten (Tage von Einladung bis Antritt)				
Allgemeines Heilverfahren	28,4		28,6	
Eilfälle	15,2		14,9	
Fälle nach § 51 SGB V	15,0		14,5	
Kurzfristige Absagen				
innerhalb 1 Woche vor vereinbarter Anreise	22	1,2	18	0,9
Nichtanreisen				
Nichtantritt oder Absage am Tag der	10	0,6	9	0,5
Rückgabe von Unterlagen	44	2,5	51	2,6

C-1.2.2

KTL-Dokumentation

Seit Mai 1997 ist für alle Rentenversicherungsträger die Einführung der systematischen Dokumentation therapeutischer Leistungen nach der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“ (KTL) als verbindlich empfohlen worden. Klinikbezogene Auswertungen der in den Entlassungsberichten aller Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung dokumentierten KTL-Leistungen werden einmal jährlich zurückgemeldet. In den Tabellen sind neben der Gesamtzahl der erbrachten Leistungen nach KTL-Kapiteln und ausgewählten Leistungsgruppen auch die im Jahr 2007 pro Rehabilitand und Woche und auch pro Rehabilitation durchgeführten Therapiemaßnahmen (bezogen auf die Rehabilitanden, die diese Leistungen erhielten) dargestellt.

Abbildung C-1.2.2: Therapeutische Versorgung der Rehabilitanden mit ausgewählten Leistungen nach KTL- Kapiteln



Indikationsspezifisch werden alle Rehabilitanden mit entsprechenden Leistungen versorgt. Der hohe Anteil bewegungstherapeutischer Leistungen entspricht dem Konzept der Klinik, Bewegungstherapie im Sinne von körperlicher Konditionierung und Körperwahrnehmung in die Psychosomatik zu integrieren.

Zusammenfassung:

Die durchschnittl. Leistungsmenge beträgt pro Woche 30,9 Leistungen

Die durchschnittl. Leistungsdauer beträgt pro Woche 21 Stunden

Leistungsverteilung: Ein Rehabilitand erhält durchschnittlich Leistungen aus 8,9 verschiedenen KTL-Kapiteln, als Hinweis auf die Breite der therapeutischen Angebote.

Dazu siehe auch die Abbildung C-1.2.2.

Der ebenfalls hohe Anteil krankengymnastischer und balneo-physikalischer Leistungen ist einerseits durch die hohe Comorbidität mit Rückenschmerzen zu erklären, andererseits haben wir durch den hohen Anteil an somatoformen Störungen bzw. somatoformer Beteiligung anderer Störungen wie Depressionen auch einen hohen Bedarf an somatischer Mitbehandlung und hiermit eine Ressource, die sich besonders bei diesen Störungen sehr positiv auf das subjektive und objektive Leistungsvermögen auswirkt.

Jeder Rehabilitand erhielt über 200 Leistungen während des Heilverfahrens, dies sind pro Woche über 30 Leistungen. Dadurch wird eine sehr hohe Dichte therapeutischer Leistungen belegt.

Durch die Umstellung des KTL Codierungssystems werden in den folgenden Abbildungen die Daten des Zeitraumes Juni-Dezember 2007 dargestellt.

Abbildung C-1.2.2:Therapeutische Versorgung der Rehabilitanden mit therapeutisch ausgewählten Leistungen nach KTLKapiteln (Auszug 1)

Ausgewählte Leistungsgruppen	Rehabilitanden mit mindestens einer Leistung		pro Rehabilitand			
	Anzahl	Anteil	Leistungen		Dauer	
			pro Woche	pro Reha	pro Woche	pro Reha
A - Sport- und Bewegungstherapie						
Sport- und Bewegungstherapie Gruppe	861	100%	11,9	76,4	6,4	40,8
B - Physiotherapie						
Physiotherapeutische Einzelbehandlung	348	40%	0,9	5,6	0,4	2,8
Physiotherapiebehandlung in der Gruppe	427	49%	0,6	4,1	0,3	2,1
C - Information, Motivation, Schulung						
Ärztliche Beratung	803	93%	0,8	4,6	0,2	1,2
Motivationsförderung, Gespräch, Vortrag, Seminar	862	100%	1,3	7,9	0,7	3,9
Ernährungsberatung und praktische Übung	805	93%	0,3	2,1	0,4	2,5
Schulung	855	99 %	0,7	4,3	0,4	2,6
nicht standardisierte Schulung	855	99 %	0,7	4,3	0,4	2,6

Abbildung C-1.2.2:Therapeutische Versorgung der Rehabilitanden mit ausgewählten Leistungen nach KTL-Kapiteln (Auszug-2)

Ausgewählte Leistungsgruppen	Rehabilitanden mit mindestens einer Leistung		pro Rehabilitand			
	Anzahl	Anteil	Leistungen		Dauer	
			pro Woche	pro Reha	pro Woche	pro Reha
Klin. Sozialarbeit, Sozialtherapie						
Sozialberatung einzeln	495	57 %	0,6	3,6	0,2	1,4
Persönliche Hilfe zu weitergehenden Maßnahmen	174	20 %	0,2	1,0	0,0	0,3
Ergotherapie, Arbeitstherapie unter anderem funktionelle Therapie			keine			
Klinische Psychologie, Neuropsychologie						
Klinische Psychologie, einzeln	22	3%	1,0	7	0,7	5,1
Klinische Psychologie, Gruppenarbeit	787	91%	0,7	4	0,5	3,0
Entspannungsverfahren	841	97%	1,8	11	1,4	9,0
Künstlerische Therapie	594	69%	1,0	6	1,4	9,6
Psychotherapie						
Einzelspsychotherapie, Krisenintervention	861	100%	1,4	9	0,6	3,8
Gruppenpsychotherapie	859	100%	3,2	20	4,5	28,8

Abbildung C-1.2.2: Therapeutische Versorgung der Rehabilitanden mit ausgewählten Leistungen nach KTL-Kapiteln (Auszug 3)

Ausgewählte Leistungsgruppen	Rehabilitanden mit mindestens einer Leistung		pro Rehabilitand			
	Anzahl	Anteil	Leistungen		Dauer	
			pro Woche	pro Reha	pro Woche	pro Reha
Reha-Pflege						
Pflegerische Leistung bei psychischen Störungen	79	9%	0,3	2	0,2	1,1
Stationsablauf und Alltatraktur	828	96%	0,9	6	0,7	4,4
Individuelle pflegerische Anleitung	791	92%	0,7	4	0,1	0,4
Physikalische Therapie						
Thermo-, Hydro-, Balneotherapie	643	75%	1,5	9	0,7	4,4
Elektrotherapie	173	20%	1,2	8	0,3	2,0
Inhalation	105	12%	1,9	12	0,5	2,9
Massagen	604	70%	1,0	6	0,5	3,1
Rekreatio- ntherapie						
Sport	511	59%	0,8	5	0,8	5,2
Strukturierte soziale Kommunikation und Interaktion	467	54%	0,2	1	0,2	1,1
Ernährung						
Energiebilanzierte beziehungsweise energiedefinierte Kost	49	6%	5,5	34	0,5	2,9
Nährstoffbilanz beziehungsweise nährstoffdefinierte Kost	529	61%	5,5	34	0,5	2,8

C-1.2.3

Beschwerdemanagement

Beschwerden von Seiten unserer Rehabilitanden nehmen wir sehr ernst als Anregung für Verbesserungsmöglichkeiten und um Mängel zu beheben. In Kliniken mit psychosomatischer Indikation ist die Beschwerderate in der Regel höher als in somatischen Kliniken. Unsere Klinik liegt im Vergleich mit den anderen psychosomatischen Kliniken mit 1 % Beschwerdeanteil sehr gut.

Diese positive Entwicklung ist auf folgende Aktivitäten zurückzuführen:

- Wöchentliche Rehabilitandensprechstunde des Verwaltungsleiters
- Permanente Erreichbarkeit des Leitenden Arztes
- Wöchentliche Besprechung von Angelegenheiten unserer Rehabilitanden in der erweiterten Klinikleitung
- Zeitnahes Reagieren auf Anliegen der Rehabilitanden und sofortige persönliche Information der Betroffenen.

C-1.2.4

Laufzeiten der Entlassungsberichte

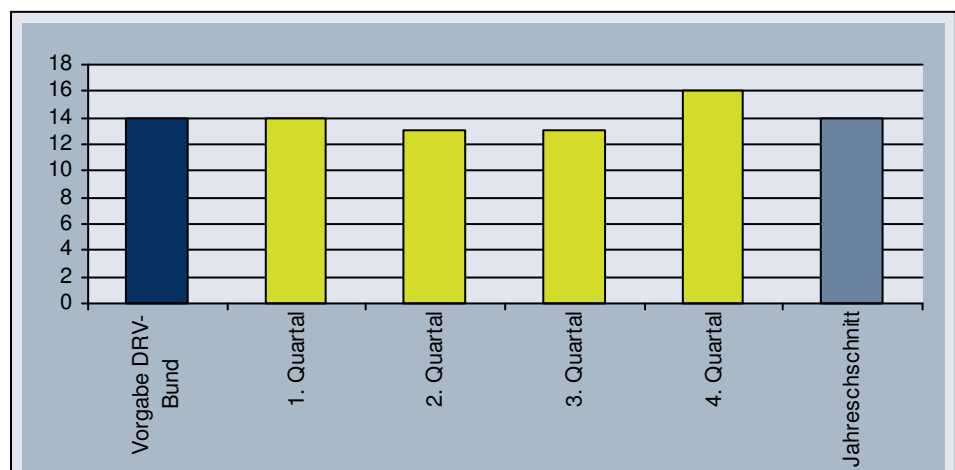
Für die Laufzeit der Entlassungsberichte macht die Deutsche Rentenversicherung Bund eine Vorgabe von 14 Tagen.

Die Gesamtlaufzeit der E-Berichte betrug im Jahr 2008 in unserer Klinik 14 Tage, womit die Vorgabe der Hauptverwaltung erreicht werden konnte.

Durch Optimierung bei der Erstellung des E-Berichtes im Rahmen des internen Qualitätsmanagements ist eine weitere Verkürzung der Laufzeiten zu erwarten.

Die Laufzeit konnte in den letzten Jahren bereits kontinuierlich sukzessive verbessert werden: so betrug sie 2004 noch 22 Tage, 2005 18 Tage, 2006 16 Tage und 2007 15 Tage.

**Abbildung-C-1.2.4: Laufzeiten der Rehabilitationsentlassungsberichte/
Vorgabe der DRV Bund 2008 (in Tagen)**



C-1.2.5

Peer-Review-Verfahren

Das Peer-Review-Verfahren ist eines der Qualitätssicherungsinstrumente. Es dient der Beurteilung des Rehabilitationsverlaufes und des Behandlungserfolges und wurde als ein Verfahren zur Einzelfallbegutachtung durch erfahrene Fachkollegen (Peer-Review-Verfahren) entwickelt. Dazu werden regelmäßig Zufallsstichproben aus abgeschlossenen Rehabilitationsverfahren gezogen. Die Bewertung der Rehabilitationsleistungen erfolgt anhand von Entlassungsberichten und Patiententherapieplänen mittels einer Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale.

Als eine von 361 Reha-Einrichtungen wurde die Klinik Hüttenbühl anhand von 18 Entlassungsberichten durch 18 Gutachter bewertet. Die Klinik Hüttenbühl erzielte in der zusammenfassenden Bewertung des gesamten Rehabilitationsprozesses im Peer-Review-Verfahren 2007/2008 ein gutes Ergebnis.

In wenigen bewerteten Bereichen, so bezüglich „Therapieziele und Therapie“, „Sozialmedizinische Epikrise“ und „Weiterführende Maßnahmen“ wurden signifikant unterdurchschnittliche Bewertungen im Vergleich zur Gesamtgruppe und zur Vorerhebung deutlich.

Als Grund hierfür kann eine personelle Unterbesetzung des Sozialdienstes im Bewertungszeitraum benannt werden, dem durch eine Erhöhung der Stellenanteile um 50% begegnet wurde. Er betrifft maßgeblich die Bereiche „Sozialmedizinische Epikrise“ und „Weiterführende Maßnahmen“.

Die unterdurchschnittliche Bewertung im Bereich „Therapieziele und Therapie“ ist erklärbar durch eine umfangreiche Konzeptänderung im Bewertungszeitraum (Aufteilung der Patienten in verhaltenstherapeutisch orientierte und tiefenpsychologisch orientierte Gruppenkonzepte).

Bereits vor der Auswertung im aktuellen Peer-Review-Verfahren wurden auch hier von der Klinik Hüttenbühl wirksame Gegenmaßnahmen eingeleitet (Rückkehr zum rein tiefenpsychologischen Grundkonzept der Behandlung und eine höhere Stellenbesetzung im Sozialdienst), so dass mit einer deutlichen Verbesserung in den beschriebenen Bereichen im nächsten Peer-Review-Verfahren in Richtung auf die früheren Werte zu rechnen ist.

C-1.2.6

Leitliniengerechte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Im Indikationsbereich Psychische und Psychosomatische Störungen liegen noch keine Leitlinien zur medizinischen Rehabilitation vor. Wir orientieren uns am aktuellen wissenschaftlichen Standard der Therapie der einzelnen Erkrankungen und kommunizieren diese durch eine hochfrequente interne und intensive externe Fortbildungskultur.

C-1.3 Ergebnisse zur Ergebnisqualität

C-1.3.1 Rehabilitandenbefragung der DRV-Bund

Sowohl mittels einer internen Rehabilitandenbefragung (Psychosomatische Basisdokumentation), als auch einer externen Befragung durch die DRV-Bund werden seit 1999 Daten zur Einschätzung des Erfolgs und des Therapieverlaufs erhoben.

Die Durchführung der Psychosomatische Basisdokumentation, abgekürzt PsyBado ist für alle DRV-Kliniken mit psychosomatischen Fachabteilungen einheitlich. Die PsyBado umfasst vier Fragebogenteile:

- Patientenabschlussfragebogen
- Therapeutenabschlussfragebogen
- Sozialbogen
- Vor-und Nachbehandlung

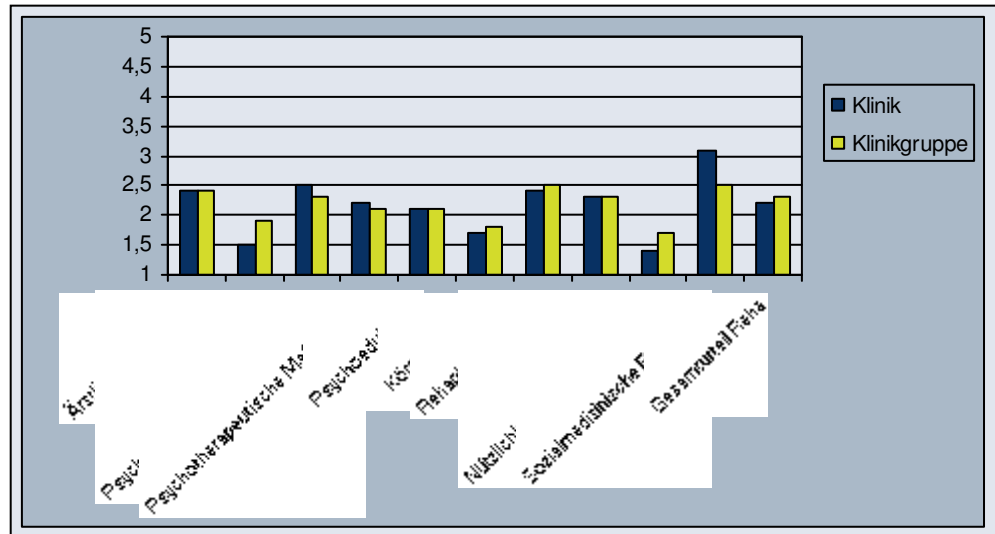
Die Befragung gibt detaillierten Aufschluss über alle wesentlichen Struktur- und Behandlungsparameter.

Alle beteiligten Reha Zentren erhalten regelmäßig Zusammenfassungen der Rehabilitandenbefragungen, zum einen mit den Ergebnissen der eigenen Klinik, zum anderen mit den Ergebnissen der eigenen Klinik im Vergleich mit anderen indikationsgleichen Reha Zentren der DRV-Bund. Das Reha Zentrum Bad Dürkheim wird im Indikationsbereich Psychosomatik/Abhängigkeitserkrankungen geführt und somit verglichen mit Kliniken, die ebenfalls diesem Indikationsbereich zugeordnet werden. Dies sind insgesamt 63 Einrichtungen.

Der Vergleich soll die Möglichkeit eröffnen, eigene Stärken und Schwächen zu identifizieren. Befragt wurde eine Zufallsstichprobe von DRV-Rehabilitanden mit Entlassdatum Oktober 2007 bis März 2008 etwa 8 bis 12 Wochen nach Abschluss der Rehabilitationsbehandlung. Versendet wurden 20.124 Fragebögen an Rehabilitanden aus dem genannten Indikationsbereich. Nach einmaliger Erinnerung haben 7.442 Rehabilitanden geantwortet, was einer Rücklaufquote von 37% entspricht. Aus der Klinik Hüttenbühl waren dabei 59 Rehabilitanden beteiligt.

Die folgende Tabelle gibt die verschiedenen Urteile von Rehabilitanden zur Zufriedenheit während der Rehabilitation wieder, sowohl die Ergebnisse aus der Klinik Hüttenbühl wie auch Vergleichswerte der indikationsähnlichen Kliniken.

Abbildung C-1.3.1: Rehabilitandenbefragung zur Zufriedenheit während der Rehabilitation



Legende:

1= sehr gut/ 2= gut/ 3= befriedigend/ 4= ausreichend/ 5= ungenügend

Bei einer Notenskala von 1 bis 5 liegt der Wert 3 im Mittelpunkt. Bis auf die sozialmedizinische Beurteilung (zum Beispiel Arbeitsfähigkeit, Leistungseinschränkungen, Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben) sind alle subjektiven Bewertungen der Rehabilitanden über dem Durchschnitt. Auch ergeben sich, bis auf eine Ausnahme, keine Unterschiede zu den Vergleichskliniken. Die Betreuung durch die Pflegekräfte wurde in der Klinik Hüttenbühl (statistisch signifikant) im Mittel besser als in den Vergleichskliniken eingestuft.

C-1.4 Sozialmedizinische Prognose

Datengrundlage für die sogenannte verlaufsorientierte Auswertung ist die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), die von allen Rentenversicherungsträgern jährlich erstellt wird. Sie enthält neben den allgemeinen Daten des Versicherten auch personenbezogene Daten zur Rehabilitation (Anträge, Erledigungen, Daten aus dem Entlassungsbericht), zu Rentenereignissen und Beitragszeiten. In der sozialmedizinischen Prognose (SMP) wird für einen Zeitraum von 1 bis 5 Jahren nach Abschluss der Rehabilitation dargestellt, welcher Anteil der pflichtversicherten (bei Antragsstellung noch erwerbstätigen) Rehabilitanden im Erwerbsleben verbleibt, getrennt nach lückenlos und lückenhaft erwerbstätig, und welcher Anteil aus dem Erwerbsleben durch Frühberentung, Altersrente oder Tod ausscheidet.

Aktuelle Daten lagen bis zur Erstellung dieses Berichtes noch nicht vor.

Aus der psychosomatischen Rehabilitation ist jedoch als Gesamtergebnis bekannt, dass nach einem Jahr etwa die Hälfte der Versicherten in Vollzeit, ein weiteres Viertel in Teilzeit lückenlos erwerbstätig sind. Ein weiterer Anteil verbleibt mit Unterbrechungen im Erwerbsleben. Frühverrentungen infolge Erwerbsminderung umfassen nur einen sehr geringen Anteil der Rehabilitanden, obwohl ein entsprechender Rentenwunsch sehr häufig geäußert wird.

Die sozialmedizinische Beurteilung (Einschätzung der Leistungsfähigkeit) erfolgt am Ende der Rehabilitationsmaßnahme. Sie wird von uns stets mit den Rehabilitanden schon frühzeitig (meistens nach der Hälfte der Behandlungszeit) detailliert besprochen.

Die sozialmedizinische Ausgangslage stellt sich in den letzten Jahren zunehmend schwierig dar. Die Prognose hängt auch direkt mit der Dauer der vorangehenden AU-Zeit zusammen. Daraus leitet sich die bereits schon seit langem erhobene Forderung ab, arbeitsunfähige Versicherte schneller einer psychosomatischen Rehabilitationseinrichtung zuzuführen.

Die Klinik Hüttenbühl ist bemüht, die sozialmedizinische Prognose der Rehabilitanden durch intensive Betreuung und Beratung auch durch den Sozialdienst der Klinik zu verbessern.

C-1.5 Zusammenfassende Beurteilung der Qualität der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufgrund einer Visitation

Am 23.08.2007 fand eine Visitation durch die Dezernate 8022 (Herrn Greinke) und 8023 (Herrn Dr. Scheiders-Markworth) in unserer Klinik statt. Das Fazit lautete: Die Klinik ist für psychosomatische Rehabilitanden mit somatischer/internistischer Comorbidität zur Durchführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation sehr gut geeignet. Sie zeichnet sich durch gut ausgestattete und großzügige Therapiebereiche aus. Die Klinik vermittelt eine angenehme Atmosphäre. Die Prozesse weisen in wenigen Teilbereichen Optimierungspotentiale auf. Das Personal ist gut qualifiziert und vermittelt Engagement. Lediglich die Entlassberichtslaufzeiten sind zeitnah zu optimieren (Anmerkung: die Entlassungsberichtslaufzeit ist inzwischen unterhalb der Anforderung von 14 Tagen nach Abreise.)

Es wurden insgesamt sehr großzügige räumliche Ausstattungen vorgefunden. Die Implementierung des Qualitätsmanagements wurde in der Klinik schon vor Beginn der offiziellen Einführung begonnen.

C-2 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease Management Programmen nach § 137f SGB V

Im Berichtsjahr war die Klinik Hüttenbühl nicht in DMP-Programme eingebunden. Indikationsspezifisch existieren derartige Programme (noch) nicht.

C-3 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Das Präsenzlabor der Klinik Hüttenbühl wurde im Berichtsjahr externalisiert, so dass künftig die Laborringversuche entfallen. Bis dahin lagen sämtliche Ergebnisse im qualitativ optimalen Bereich.

C-3.1 Externe Qualitätssicherung gemäß §17 RöV

Entfällt, da keine hausinterne Röntgenanlage besteht.

C-3.2 Externe Qualitätssicherung gemäß weiterer gesetzlicher Bestimmungen

Bei folgenden externen Qualitätsprüfungen wurden die gesetzlichen Normen erfüllt:

- Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG),
- Betriebsarzt,
- Arbeitssicherheitsgesetz (AsiG),
- Arzneimittelgesetz(AMG),
- Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV),
- Betäubungsmittelgesetz(BtmG),
- Bildschirmarbeitsverordnung(BildscharbV),
- Brandschutzvorschriften,
- Bundesdatenschutzgesetz(BDSG),
- Gefahrstoffverordnung(GefStoffV),
- Gerätesicherheitsgesetz(GDG),
- HACCP-Kriterien,
- Infektionsschutzgesetz (IFSG),
- Katastrophenschutzvorschriften,
- Lebensmittelhygiene-Verordnung(LMHV),
- Medizinproduktegesetz (MPG),
- Medizinprodukte-Betreiberverordnung(MPGetreibV),
- Sozialgesetzbücher(SBG).

C-4 Qualitätsindikatoren in Entwicklung

Die Entwicklung der Qualitätsziele beruht auf der Beurteilung der aktuellen Ergebnisse des internen Qualitätsmanagements und den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung. Wichtiger Bestandteil sind hier die Prozesskennzahlen. Bei der Erhebung liegt ein besonderes Augenmerk darauf, ob die Daten der Zielerreichung der Klinik dienen, beeinflussbar sind und Erhebungsaufwand und -nutzen in einer adäquaten Relation stehen. Weitere Faktoren sind die Auswertung von Fehler-, Beschwerde- und Risikomanagement.

D

Qualitätsmanagement

D-1

Qualitätspolitik

Ziel unserer Qualitätspolitik ist die Umsetzung unseres Leitbildes unter Berücksichtigung menschlicher, gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Aspekte.

Leitbild des Reha zentrums Bad Dür rheim, Klinik Hüttenbühl

Unsere Patienten stehen im Mittelpunkt unserer Arbeit. Ihre Anliegen und ihr Vertrauen sind der Maßstab, an dem wir unsere Leistungen orientieren. Allen Patienten treten wir wohlwollend und offen gegenüber. Die Gleichbehandlung aller Anliegen und Patienten ist für uns selbstverständlich. Das Behandlungsangebot setzen wir schnell und konsequent um. Unterschiedliche Gesichtspunkte berücksichtigen wir in angemessener und respektvoller Form.

Unsere Klinik ist für Patienten und Mitarbeiter ein Ort sinnvollen Zusammenwirkens. Als Mitarbeiter verhalten wir uns im täglichen Miteinander beispielhaft und einwandfrei. Wir sehen unsere Arbeit als Herausforderung, der wir uns engagiert stellen und reagieren flexibel auf neue Anforderungen. Wir arbeiten auf höchstmöglichem Qualitätsstandard, fühlen uns dabei dem Arbeits- und Gesundheitsschutz verpflichtet. Eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit erstreben wir als wichtiges Ziel und sehen sie als Basis des produktiven Zusammenwirkens. Unsere gemeinsame Arbeit ist von gegenseitigem Vertrauen und Respekt geprägt. Jeder Einzelne steht für seine Leistung und eine optimale Kooperation mit seinen Kollegen. Wir vertreten die Klinik nach außen einheitlich und im besten Sinne.

Unsere Aufgabe sehen wir in der Verbesserung der Teilhabe am Erwerbsleben der Versicherten. Auf diese Weise tragen wir dazu bei, dass das System der sozialen Sicherung auf der Basis der Solidargemeinschaft, unter Anerkennung von Individualität und Wahrnehmung von Eigenverantwortung, auch in Zukunft erfolgreich ist.

Qualitätsziele

Wir wollen im Sinne der Rentenversicherung das höchstmögliche Maß an gesundheitlicher Wertschöpfung erzielen, um dem Versicherten möglichst lange die Teilhabe am Arbeitsleben und am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Hierbei spielen sowohl Erwerbsfähigkeit, wie auch Zufriedenheit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Sinne des SGB IX eine entscheidende Rolle. Dabei beachten wir die Aspekte eines effizienten Ressourceneinsatzes.

Diese Ziele konkretisieren wir in folgenden **Perspektiven**:

- **Rehabilitandenperspektive**
Wir wollen die nachhaltige Entwicklung unserer Rehabilitanden fördern, im Sinne einer verbesserten Befindlichkeit, verbesserter Konflikt- und Bewältigungsstrategien, Selbstmanagement, höherer psycho-sozialer Kompetenz und damit verbesserter Teilhabe am Erwerbsleben und am gesellschaftlichen Leben.
- **Mitarbeiterperspektive**
Wir wollen den Mitarbeitern einen Arbeitsplatz bieten, an dem Zufriedenheit, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Sinngebung sowie eine sichere existenzielle Basis gewährleistet sind.
- **Kundenperspektive**
Wir wollen für die verschiedenen Kunden höchstmögliche Zufriedenheit mit Strukturprozessen und Ergebnissen erreichen.
- **Finanzperspektive**
Wir wollen unter Marktberücksichtigung bei guter Qualität wirtschaftlich handeln.
- **Innovations- und Wissensperspektive**
Wir wollen durch Wissensmanagement und -transfer unsere Mitarbeiter in den Stand versetzen, fachlich und sozial kompetent auf Kundenanforderungen zu reagieren. Die Weiterentwicklung innovativer Reha-Konzepte auf wissenschaftlicher Basis ist deshalb eines unserer Ziele.
- **Gesellschaftliche Perspektive**
Wir wollen einen bestmöglichen Umsetzungsgrad gesellschaftlicher Anforderungen (ökonomisch, sozial und ökologisch) erreichen.
- **Strukturperspektive**
Wir wollen Elemente der Strukturqualität (konzeptionell, personell, apparativ und baulich) ausgewogen weiterentwickeln.

Qualitätsziele bilden die Grundlage zielgerichteten Handelns aller Beteiligten. Die Umsetzung wird durch eine strukturierte Kommunikationskultur innerhalb der Klinik gewährleistet. Hierbei kommt es darauf an, Mitarbeiter nicht als Untergebene, sondern als entscheidende Partner für das Gelingen zu begreifen.

Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Struktur des QM-Systems und die Gliederung ihrer einzelnen Elemente sind für alle Rehabilitationskliniken einheitlich und verbindlich vorgegeben. Die Darstellung folgt den klinikspezifischen Gegebenheiten.

Zentrales Element des IQMS ist das Qualitätsmanagementhandbuch (QMH). Es gliedert sich in die Teile A – D. Der einleitende Teil A enthält wesentliche Informationen über den Träger und die Klinik (Ziele, Leistungsumfang, Dienstleistungsumfang, Struktur) sowie die Beschreibung des Qualitätsmanagements.

In Teil B sind die verschiedenen Qualitätselemente beschrieben, welche langfristig gültige Vorgaben bilden (Politik und Strategie, Patienten- und Kundenorientierung, Verantwortung der Leitung, Mitarbeiter, Infrastruktur, Prozess- und Ergebnisqualität, Kontinuierliche Verbesserung).

Die Prozessbeschreibungen sind in Teil C enthalten. Sie sind Grundlage für das arbeitstägliche Handeln und geben Aufschluss über Verantwortungen und Kompetenzen.

Die internen Dokumente (Formulare, Arbeitsanweisungen) finden sich in Teil D.

Für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung eines gelebten QM-Systems ist es unerlässlich, alle Mitarbeiter der verschiedenen Handlungsebenen einzubeziehen und die Verantwortlichkeiten und Kompetenzen der Beteiligten festzulegen.

Beteiligt sind folgende Personen(-gruppen):

- die MitarbeiterInnen
- die ProzessinhaberInnen
- die Kennzahlenverantwortlichen
- die ProjektleiterInnen oder Moderatoren der Qualitätszirkel
- der/die Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB)
- die Klinikleitung
- der Lenkungskreis

Die MitarbeiterInnen tragen die Verantwortung für die Qualität ihrer jeweiligen Aufgabe.

Dazu gehört die zuverlässige Einhaltung der beschriebenen Verfahrens -und Arbeitsanweisungen, die Verwendung der vorgegebenen Dokumente sowie die Einhaltung der jeweiligen fachlichen Standards.

Die Prozessverantwortlichen tragen die Verantwortung für die Pflege und Weiterentwicklung der ihnen zugeordneten Prozesse. Sie sind kompetente Ansprechpartner für Fragen und Probleme bei der Organisation der Arbeitsabläufe. Sie erarbeiten gemeinsam mit den Mitarbeitern die Neugestaltung des Prozesses bei veränderten Gegebenheiten und Anforderungen und informieren hierüber den QMB.

Die Kennzahlenverantwortlichen sammeln und beobachten die für ihre jeweiligen Prozesse gemäß Definitionsblatt festgelegten Daten und bereiten sie zur Managementbewertung auf. Bei Bedarf können frühzeitig Steuerungsmaßnahmen ergriffen werden.

Die Projektleiter/Moderatoren greifen Vorschläge aus dem Kreis der Mitarbeiter auf und sind verantwortlich für die Organisation und Durchführung der Projektgruppen/Zirkel. Sie informieren regelmäßig Klinikleitung und QMB über Fortgang und Ergebnisse

Der QMB koordiniert die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des QM-Systems im Auftrag und in Abstimmung mit der Klinikleitung. Seine Tätigkeit umfasst folgende Tätigkeiten:

- Pflege des QM-Handbuchs
- Koordination und Weiterentwicklung des QM -Systems
- Organisation der Arbeit des Lenkungskreises
- Planung und Durchführung von internen Audits
- Vorbereiten und Durchführen der Managementbewertung
- Beratung der Klinikleitung in allen QM-Belangen

Die Klinikleitung trägt die zentrale Verantwortung für die Qualität der Leistungserbringung in der Rehabilitationsklinik. Diese Verantwortung ist nicht delegierbar, es können lediglich einzelne Aufgaben bei der Pflege und Weiterentwicklung des QM-Systems an den QMB weitergegeben werden. Die Leitung stellt sicher, dass das QM-System in der Klinik bekannt gemacht und verstanden wird.

Sie ist verpflichtet, ausreichende Ressourcen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des QM-Systems zur Verfügung zu stellen. Die Klinikleitung führt gemeinsam mit dem QMB die jährliche Managementbewertung durch und legt die Qualitätspolitik und -ziele für die Klinik fest.

Der Lenkungskreis repräsentiert die unterschiedlichen Berufsgruppen der Rehabilitationsklinik unter Einbeziehung des Örtlichen Personalrats und unterstützt die Klinikleitung bei der Weiterentwicklung des QM - Systems. Er trifft sich circa drei Mal pro Jahr und bei Bedarf. Die Klinikleitung entscheidet in Abstimmung mit dem Lenkungskreis über die Umsetzung von Veränderungen.

Instrumente des Qualitätsmanagements

Ziel der jährlichen **Managementbewertung** ist die Überprüfung der Wirksamkeit des QM-Systems und die Ergebnisprüfung. Im Rahmen der Managementbewertung werden die wesentlichen Daten und Ergebnisse des zurückliegenden Bewertungszeitraumes analysiert und bewertet. Anhand einer Checkliste werden alle qualitätsrelevanten Parameter, die für den Bewertungszeitraum festgelegten Ziele sowie nahezu alle Bereiche der Prozesslandschaft einem Soll-Ist-Abgleich unterzogen. Hierzu werden unter anderem folgende Dokumente herangezogen: Managementbewertung inklusive der Qualitätsziele des Vorjahres, Auditberichte, wirtschaftliche Kennzahlen, Mess- und Zielgrößen der Prozesse, mitarbeiterbezogene Statistiken und Berichte der externen Qualitätssicherung.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Managementbewertung sind die Berichte der BereichsleiterInnen zu Optimierungsmöglichkeiten.

Negative Abweichungen von Zielgrößen, identifizierte Optimierungspotentiale und Marktanalysen werden eingehend diskutiert und bilden die Grundlage für strategische Weichenstellungen, neue Qualitätsziele und Maßnahmen zur Verbesserung.

Fehlermanagement und **Ideenmanagement** werden als Werkzeuge zur Optimierung von Organisation, Prozessen und Ergebnissen genutzt. Beide sind allen Mitarbeitern zugänglich. Das Fehlermanagement dient der zielgerichteten Abhilfe bei auftretenden Abweichungen und dem Verhindern weiterer Fehler im Sinne einer lernenden Organisation. Das Ideenmanagement ist ein offenes Forum für alle MitarbeiterInnen mit Verbesserungsvorschlägen, unabhängig von Arbeitsbereich und Art oder Umfang der eingereichten Vorschläge.

D-5

Qualitätsmanagementzirkel und -projekte

Abbildung D-5.1: Projekte 2007/2008

Projektname	Projektziel
„Kennzahlen“	Installation eines KNZ-Systems entsprechend der ISO-Norm
„Kaputt“	Verbesserung der Organisation und der Abläufe im Bereich „Reparaturen“
„Hüttenbühler Anzeiger“	Infos an die Mitarbeiter monatlich in komprimierter Form
„Zettelwirrwarr“	Einheitliches internes Infosystem für Rehabilitanden
„Future“	Öffentlichkeitsarbeit verstärken, Zukunft der Klinik/Mitarbeiter sichern, Marktfähigkeit gewährleisten
Zirkel	Beschreibung
C-K 7.6 E-Bericht	Optimierung bei der Erstellung des E-Berichtes mit Verkürzung der Laufzeiten
C-K 5.7 Psychotherapie C-I 1.2 Reha-Konzept Weiterentwicklung	Diskussion grundsätzlicher Fragen und Ansätze zur psychotherapeutischen Arbeit

D-6

Bewertung des Qualitätsmanagements

D-6.1

Audit-Ergebnisse

D-6.1.1

Ergebnisse der internen Audits

Seit September 2005 finden fortlaufend interne Prozessaudits sowie Audits der Qualitätselemente (Teil B des Handbuchs) statt, die alle Bereiche der Klinik betreffen. Es werden circa 2 Prozesse pro Monat von verschiedenen Auditoren des Auditteams durchgeführt. Ein Audit verfolgt folgende Ziele:

- Konformitätsprüfung: Stimmen Prozessbeschreibung und Realität überein?
- Durchgängigkeitsprüfung: Ist die Prozessbeschreibung in sich stimmig?
- Identifikation von Verbesserungspotentialen

Es wird darauf geachtet, dass die Audits in kollegialer, vertrauensvoller Atmosphäre stattfinden, um die Beschäftigung mit dem eigenen Arbeitsfeld zu fördern und ein Maximum an Erkenntnissen zu gewinnen. Jedes Audit wird mit einem Auditbericht abgeschlossen, in dem die konkret abgeleiteten Maßnahmen mit Umsetzungsverantwortung und -frist dokumentiert werden.

Abbildung D-6.1.1: Interne Audits

Bereich (Kapitel/Prozess)	Auditbewertung
Vorbereitung und Indikationsprüfung	1
Labor	2
Psychologische Diagnostik	2
Verweildauerplanung	1
Entlassungsuntersuchung	1
Reha-Pflege	1
Pharmakotherapie	1
Psychotherapie	2
Sozialberatung	2
Reha- und Rentenberatung	2
Statistik	2
Vorläufiger E-Bericht/Kurzbrief	2
Entlassung	2
Hauswirtschaft Wäsche - Patienten	1
Hauswirtschaft Wäsche - Mitarbeiter	1
Service	2
Abfallentsorgung und Umweltschutz	1
Instandhaltung	2
Medizintechnik	1
Datenschutz	2
Arbeitsschutz	2
Außenanlagen	1
Mitarbeiterbefragung	2
Internes Audit	2
Einarbeitung von Mitarbeitern	2
Betriebsärztliche Versorgung - Einstellung	2
Betriebsärztliche Versorgung - Unfälle	2
Beschwerdemanagement	2
Kommunikation und Information	2
Infrastruktur	2
Kontinuierliche Verbesserung	2

Legende:

- 1 = Bereich ist zufriedenstellend geregelt
- 2 = Einzelne Schwachstellen sind aufgetreten (Empfehlungen/Beanstandungen)
- 3 = Bereich muss grundlegend überprüft werden (Abweichungen)

D-6.1.2 Ergebnisse der externen Audits

Derzeit finden keine externen Audits statt.

D-6.1.3 Ergebnisse der System Audits

Im April 2008 fand zum zweiten Mal ein Systemaudit seitens des Trägers unter Beteiligung eines Auditors des Reha-Zentrums Wehrawald (Todtmoos) statt. Diese Systemaudits konzentrieren sich auf die Qualitätselemente (Teil B des QM-Handbuchs) und überprüfen somit die Wirksamkeit des QM-Systems. Zugehörige Prozesse werden ergänzend mitauditert.

Die Bewertung folgt der Bewertungs-Checkliste für Systemaudits der DRV-Bund und wird in Prozent des möglichen maximalen Erfüllungsgrades angegeben.

Abbildung D-6.1.3: Systemaudit

Qualitätselement		Bewertung
B 4	Mitarbeiter	97 %
B 5	Kommunikation und Information	92 %
B 6	Infrastruktur	79 %
B 8	Kontinuierliche Verbesserung	95 %

D-6.2 Ergebnisse der Prozess-Bewertungsparameter als Qualitätsindikatoren

Für einen Teil der Prozesse wurden Bewertungsparameter festgelegt, um Aussagen über die Prozessqualität machen zu können. Zu unterscheiden sind dabei die Erfassung ablaufspezifischer Kennzahlen (z.B. die Wartezeit pro Rehabilitand beim Ein-Checken) und Ergebniskennzahlen (wie sie in der Rehabilitandenbefragung erhoben werden), die indirekt Rückschlüsse auf die Prozessqualität zulassen. Zu berücksichtigen sind dabei der Erfassungsaufwand, der den Klinikalltag und damit die Rehabilitandenbetreuung nicht beeinträchtigen soll, sowie die verschiedenen Dimensionen wie Kosten, Menge, Zeit und Qualität.

Im Rahmen der Managementbewertung erfolgt regelmäßig eine Überprüfung des Sinngehalts der erhobenen Zahlen

Unsere Sollwerte und somit unsere Zielvorstellungen orientieren sich bewusst am Optimum und sind daher unter Umständen schwer zu erreichen Sie sind uns aber Ansporn für unser tägliches Handeln.

Abbildung D-6.2: Prozessbewertungsparameter (Auszug 1)

Prozess	Parameter	Soll	Ist 2007	Ist 2008
Disposition	Belegungszahl in Prozent	100	100	99,88
Ein-Checken	Wartezeit in Minuten	≤ 10	5	5
Somatische/ Psychoth. Aufnahme	Aufnahmediktat in Tagen	≤ 7	11,7	11,7
Funktionsdiagnostik	Dauer Anforderungseingang/ Termin in Werktagen	≤ 5	3,6	4,0
Labor	Budgetauslastung in Prozent internes/externes Labor	≤ 100	48 87	35 51
Psychologische Diagnostik	Dauer Anforderungseingang/ Termin in Werktagen	≤ 5	3,7	3,65
Bewegungstherapie	PsyBaDo Nr. 10	≥ 4	4,4	4,4
Physiotherapie	PsyBaDo Nr. 11	≥ 4	Keine Angaben	4,4
Gestaltung	PsyBaDo Nr. 9	≥ 4	4,3	4,3
Ernährungsberatung	PsyBaDo Nr. 13	≥ 4	4,4	4,4
Lehrküche	Angebot/Belegung in Prozent	100	81,75	86,42
Sozialberatung/Berufli. Maßnahmen	Anzahl der Beratungen	≥ Vorjahr	26	10
Stufenweise Wiedereingliederung	Anzahl der Wiedereingliederungen	≥ Vorjahr	130	142
Sozialdienst allgemein	PsyBaDo Nr. 12	≥ 4	3,9	3,9
IRENA	Anzahl der Maßnahmen	≥ Vorjahr	208	311
E-Bericht	Laufzeit in Tagen	≤ 14	15,1	14,0
Speisenzubereitung	PsyBaDo Nr. 18	≥ 4	4,0	4,0
Speisenverteilung	PsyBaDo Nr. 15	≥ 4	4,3	4,3
Service	PsyBaDo Nr. 15	≥ 4	4,3	4,3
Reinigung-Patientenwechsel	PsyBaDo Nr. 16	≥ 4	4,4	4,4
Reinigung-Schwimmbad	Anzahl der Beanstandungen	≤ 1/ Monat	Keine Angaben	0,67
Abfallentsorgung	Restmüllaufkommen in Tonnen	≤ Vorjahr	33,24	33,27

Abbildung D-6.2: Prozessbewertungsparameter (Auszug 2)

Prozess	Parameter	Soll	Ist 2007	Ist 2008
Arbeitsschutz	Anzahl der Arbeitsunfälle	0	3	2
Gefahrstoffe	Sicherheitsdatenblätter im Bereich vorhanden ja/nein	1 (ja)	1	1
Brandschutz	Anzahl der Unterweisungen pro Jahr	2	2	2
HygienePrävention	Zahl der meldepflichtigen Erkrankungen	0	0	0
Arzneimittel-Beschaffung	Auslastung des Budgets in Prozent	≤ 100	67,93	88,03
Arzneimittel Lagerung und Entsorgung	Beanstandungen nach §14 ApoG	0	0	0
Risikomanagement	Jährliche Durchführung erfolgt	1	1	1
Management-bewertung	Umgesetzte Ziele/Geplante Ziele	100 %	83 %	75 %
Internes Audit	Durchgeführte Audits/ Geplante Audits	100 %	100 %	60 %
Ideenmanagement	Umgesetzte Vorschläge/ Eingereichte Vorschläge	70 %	60 %	59 %
Internes Beschwerdemanagement	Interne Beschwerden/ Gesamtpatientenzahl	3,5 %	4,1 %	4,3 %
Projekte	Zahl der Projekte	3	4	2
Einarbeitung neuer Mitarbeiter	Nach Checkliste eingearbeitete Mitarbeiter/Neue Mitarbeiter	100 %	Keine Angaben	66 %
Ausbildung	Zahl der Auszubildenden	≥Vorjahr	6	8

D-6.3

Ergebnisse der kontinuierlichen Befragung der Interessenpartner

Rehabilitanden- und Kundenorientierung besitzt für das Reha-Zentrum Bad Dürrenheim eine große Bedeutung. Ihre Wünsche und Bedürfnisse sollen berücksichtigt werden. Wir streben die bestmögliche Zufriedenstellung unserer Interessenspartner an unter effektivem und wirtschaftlichem Einsatz unserer Ressourcen.

Wichtige Partner sind:

- Rehabilitanden siehe D-6.3.1
- MitarbeiterInnen siehe D-6.3.2
- Rehabilitationsträger und Zuweiser (DRV – Bund, Krankenkassen) siehe D-6.3.3
- Lieferanten und Dienstleister siehe D-6.3.3
- Interessenspartner siehe D-6.3.3

D-6.3.1

Ergebnisse der internen Rehabilitandenbefragung

In einem standardisierten Fragebogen am Abschluss der Behandlung wurden die Rehabilitanden zu 36 verschiedenen Merkmalen der Klinik befragt. Es wurden einerseits Fragen zur richtigen Auswahl der Klinik, Struktur der Klinik mit Ausstattung, Qualität der Behandlung, Qualifikation und Güte der verschiedenen Abteilungen, andererseits Fragen zur subjektiven Einschätzung der Verbesserung bei körperlichen und psychischen Symptomen, des Krankheitsverständnisses, der Zuversicht, berufliche und private Probleme und Konflikte besser bewältigen zu können (Handlungskompetenz) sowie schließlich zum psychischen Wohlbefinden und der allgemeinen Zufriedenheit über den Aufenthalt gestellt.

Es wurden zu jeder Kategorie 5 Stufen zum Ankreuzen angeboten: je nach Fragetyp war die Kategorie

1 = sehr viel besser oder ich stimme voll zu.

2 = deutlich besser oder ich stimme zu

3 = etwas besser oder ich stimme weitgehend zu

4 = unverändert oder ich stimme mit Einschränkung zu.

5 = verschlechtert oder ich stimme nicht zu.

Abbildung D-6.3.1: Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung

Fragestellung	Bewertung
Richtige Klinik	1-2
Ärztliche Behandlung	2
Psychotherapeut kompetent und verständnisvoll	1
Psychotherapeut hat verständlich erklärt	1
Therapie wurde mit mir abgestimmt	1-2
Gelegenheit, die wichtigen Problembereiche zu bearbeiten	2
Betreuung durch Pflegekräfte	1
Betreuung durch Ergotherapeuten	1
Betreuung durch Bewegungstherapeuten	1
Betreuung durch Sozialarbeiter	1-2
Betreuung durch Diätassistentin	1
Betreuung durch Verwaltung	1-2
Betreuung durch Küchenpersonal	1-2
Betreuung durch Reinigungspersonal	1
Kontakt mit Mitpatienten hilfreich	1
Zufriedenheit mit dem Essen	1-2
Räumlichkeiten	1-2
Freizeitmöglichkeiten	1-2
Handlungskompetenz im Alltag als Behandlungsschwerpunkt	2
Vorbereitung der Weiterbehandlung am Wohnort	1-2
Besserung des körperlichen Befindens	2-3
Besserung des psychischen Befindens	2-3
Selbstwernerleben	2-3
Aussicht auf Veränderungen sozialer Probleme	3
Aussicht auf Veränderungen privater Beziehungen	2-3
Aussicht auf Veränderung beruflicher Probleme	3-4
Eigenständige Handlungskompetenz	2-3
Krankheitsverständnis	2
Zukunftsorientierung	2-3
Psychisches Wohlbefinden	2-3

Cirka 45 % der Rehabilitanden fühlten sich nach dem Aufenthalt vollständig arbeitsfähig. 28 % mit fühlten sich mit Einschränkungen arbeitsfähig und 28 % fühlten sich nicht arbeitsfähig. Die Leistungsfähigkeit wurde von den Rehabilitanden mit über 60 % als voll leistungsfähig bei Entlassung beurteilt, bei 20 % mit Einschränkung und unter anderem 17 % nicht leistungsfähig.

Die Aussicht auf Veränderung sozialer, insbesondere beruflicher Probleme wurde unter anderem deshalb eingeschränkt beurteilt, da äußere Bedingungen am Arbeitsmarkt und -platz sich natürlich nicht ändern.

Insgesamt ist im Vergleich zu anderen psychosomatischen Kliniken die Zufriedenheit der Rehabilitanden bei der Mehrzahl der Merkmale überdurchschnittlich gut. Der großen Mehrheit der Rehabilitanden hat es in unserer Klinik sehr gut gefallen und sie fand den Aufenthalt in hohem Maße lohnenswert.

D-6.3.2

Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung

Die Mitarbeiterbefragung per Fragebogen ist für die Klinik Hüttenbühl ein wichtiges Instrument zur regelmäßigen Abfrage von Mitarbeiterzufriedenheit und Handlungsbedarf.

Entwicklungen werden sichtbar gemacht und ermöglichen aktives Handeln im Sinne der Mitarbeiter. Dieser Fragebogen soll nach Möglichkeit den Bedürfnissen aller Reha-Zentren Rechnung tragen, damit ein Vergleich im Sinne des „Lernen von den Besten“ möglich ist.

Der Fragebogen beinhaltet 37 Fragen zu folgenden Themen:

- Kategorie 1: Führung (unmittelbare Vorgesetzte)
- Kategorie 2: Finanzielle Mittel und Arbeitsumgebung
- Kategorie 3: Information und Kommunikation
- Kategorie 4: Soziales Klima im eigenen Arbeitsbereich
- Kategorie 5: Mitarbeiterentwicklung und Qualifikation
- Kategorie 6: Image der Reha-Klinik
- Kategorie 7: Organisation (Struktur und Ablauf)
- Kategorie 8: Umgang mit Ergebnissen
- Kategorie 9: Fazit und Gesamteinschätzung
- Kategorie 10: Zum Fragebogen

Die Mitarbeiterbefragung findet alle 2 Jahre statt. Sie wird anonymisiert durchgeführt und innerhalb der Klinik (in der Regel vom QMB) ausgewertet.

Die wichtigsten Ergebnisse der Befragung fasst Tabelle D-6.3.2 zusammen. Ein Wert $\geq 3,0$ entspricht einer Stärke und ein Wert $\leq 2,0$ einer Schwäche.

Abbildung D-6.3.2: Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung 2007 (Auszug 1)

Frage	Mittelwert*
Wertebereich der Fragen von 1 bis 4 1 = trifft nicht zu / 2 = trifft weniger zu 3 = trifft eher zu / 4 = trifft genau zu	
Vorgesetzte(r) stimmt Aufgaben mit mir ab.	2,80
Vorgesetzter(r) unterstützt mich.	2,76
Vorgesetzte(r) gibt Rückmeldung über Qualität meiner Arbeit.	2,41
Vorgesetzte(r) verhält sich vorbildlich.	2,69
Die finanziellen Mittel im Arbeitsbereich sind ausreichend.	2,88
Ich kann beim Einsatz finanzieller Mittel mitwirken.	2,21
Die Ausstattung ist zweckmäßig.	3,05
Persönliche Arbeitsbelastung ist angemessen.	3,03
Ich erhalte wichtige Informationen zeitnah und vollständig.	2,90
Ich habe Zugriff auf Daten und Informationen.	2,98
Ich kann einschätzen, welche Information wichtig ist.	3,42
Anzahl und Dauer der Besprechungen sind angemessen.	2,93
Ein respektvoller Umgang der Mitarbeiter untereinander ist typisch.	2,86
Das Betriebsklima ist frei von Konkurrenz.	2,47
Unkollegiales Verhalten ist selten.	3,05
Offener und konstruktiver Umgang mit Kritik ist die Regel.	2,66
Mitarbeiter werden umfassend eingearbeitet.	2,89
Ich bin zufrieden mit der Fort- u. Weiterbildung.	2,38
Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten werden aufgezeigt.	1,73
Ich kenne die Ziele der Reha-Klinik.	3,46
Ich bin an der Entwicklung von Zielen beteiligt.	2,93
Die Reha-Klinik hat einen guten Ruf im Bekanntenkreis.	2,92
Die Zusammenarbeit zwischen den Bereichen ist gut organisiert.	2,53
Jeder Mitarbeiter kennt seine Aufgaben und Verantwortungen.	3,27
Wichtige Abläufe in der Klinik laufen reibungslos	3,11

Abbildung D-6.3.2: Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung 2007 (Auszug 2)

Frage	Mittelwert
Wertebereich der Fragen von 1 bis 4 1 = trifft nicht zu / 2 = trifft weniger zu 3 = trifft eher zu / 4 = trifft genau zu	
Die Abteilungsstruktur fördert störungsfreien Ablauf.	2,96
Ich habe ausreichend Zeit für die Patienten.	3,06
Mit Ergebnissen der ext. Qualitätssicherung wird intensiv gearbeitet.	3,22
Ergebnisse aus dem Internen QM erfahre ich regelmäßig.	3,02
Betriebsergebnisse (Kosten, Budgets) sind mir bekannt.	2,53
Ich kann anhand der Daten Verbesserungsmöglichkeiten erkennen.	2,43
Ich bin stolz, in meinem Reha-Zentrum zu arbeiten.	3,18
Ich empfehle unser Reha-Zentrum weiter.	3,25
Unser Zentrum ist in der Gruppe der Zentren gut positioniert.	3,38
Die Aussagen im Fragebogen sind verständlich.	3,32
Die Aussagen im Fragebogen sind eindeutig.	3,24
Die Mitarbeiterbefragung halte ich für sinnvoll.	3,44

Im Vergleich zur Vorbefragung ergaben sich deutliche Verbesserungen in den Kategorien „Information und Kommunikation“ und „Umgang mit Ergebnissen“. Die Transparenz vor allem im Bereich von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung sowie bei Wirtschaftsangelegenheiten konnte erhöht werden. Weiterhin positiv bewertet wurden Fragen zur persönlichen Arbeitsbelastung, zum kollegialen Verhalten, zur allgemeinen Organisation sowie die Frage, ob ausreichend Zeit für die Rehabilitanden zur Verfügung stehe. In der Gesamteinschätzung wird deutlich, dass die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen stolz sind, in der Klinik Hüttenbühl zu arbeiten.

Handlungsbedarf besteht nach wie vor in der Kategorie „Förderung von Mitarbeitern“. Das Aufzeigen von beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten wird als nicht ausreichend angesehen. Mit diesem Thema hat sich 2008 eine Arbeitsgruppe beschäftigt.

D-6.3.3

Ergebnisse der Befragung weiterer Interessenpartner

Eine systematische Befragung unserer Interessenspartner findet derzeit noch nicht statt, da zuvor noch Art und Umfang einer solchen Maßnahme gründlich geprüft werden müssen.