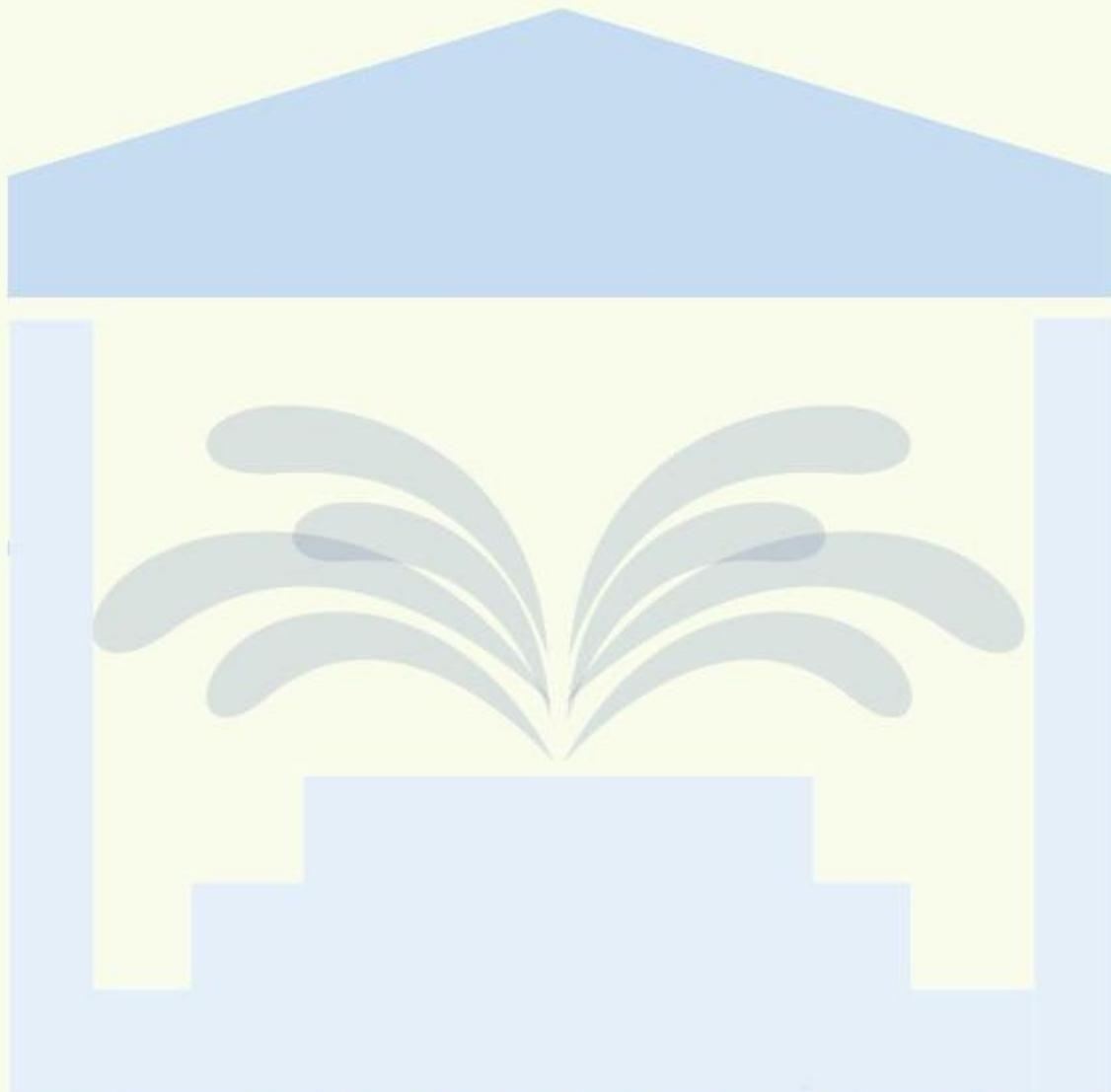


# QM-Handbuch der Klinik St. Marien



**ST.MARIEN**  
FACHKLINIK FÜR REHABILITATIONSMEDIZIN

<b>1</b>	<b>ALLGEMEINES<sup>1</sup></b>	
1.1	Wir über uns .....	4
1.2	Organigramm .....	5
1.3	Einleitung zum QM-Handbuch .....	6
<b>2</b>	<b>VERANTWORTUNG DER LEITUNG</b>	
2.1	Leitbild .....	7
2.2	Qualitätspolitik .....	9
2.3	Qualitätsziele .....	11
2.4	Managementbewertung .....	12
2.5	Kundenorientierung / Berücksichtigung von Patientenbedürfnissen .....	13
2.6	Kommunikationsstrukturen / Organigramme .....	14
2.7	Beauftragte und Kommissionen .....	15
<b>3</b>	<b>UMGANG MIT RESSOURCEN</b>	
3.1	Bereitstellung von Ressourcen .....	16
<b>4</b>	<b>PROZESSMANAGEMENT</b>	
4.1	Prozesslandschaft .....	17
4.2.	Lenkung der Prozesse .....	18

<sup>1</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit werden die männliche und weibliche Form alternierend verwendet.

Erstellt/ Bearbeitet: Korrigiert 07/2021 QMB-Team	Geprüft/ Freigegeben: QMB Team 23.07.2021	Revision: 11
---	---	--------------

## **5 MESSUNG, ANALYSE UND VERBESSERUNG**

5.1	Kundenzufriedenheit.....	19
5.2	Interne Audits und Begehungen.....	20
5.3	Controlling (MIS).....	22
5.4	Externe und interne Qualitätssicherung .....	23
5.5	Umgang mit Fehlern, Korrektur- und Vorbeugungsmaßnahmen .....	24
5.6	Ständige Verbesserung .....	25

## **ANHANG**

## **MITGELTENDE UNTERLAGEN**

Die Klinik St. Marien ist eine Rehabilitationsklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie mit insgesamt 185 Betten.

Davon sind 80 Zimmer behindertengerecht und allergenarm ausgestattet.

Für beide Bereiche können Begleitpersonen mit aufgenommen werden.

In die Klinik integriert ist die geriatrische Abteilung auf einer separaten Station mit 20 Plätzen.

Für die Klinik bestehen Versorgungsverträge nach

- § 111 Abs. 2 § SGB V für medizinische Vorsorgeleistungen ( § 23 SGB V )
- § 111 Abs. 2 § SGB V für medizinische Rehabilitationsleistungen ( § 40 SGB V )
- Belegungsvertrag gemäß § 15, 31 SGB VI i. V. m. § 21 SGB IX
- Zulassung als BGSW-Klinik ( §§ 33, 34 SGB VII )
- Versorgungsvertrag nach § 72, SGB XI für stationäre Pflege

In diesem Rahmen werden stationäre Anschlussheilbehandlungen und Anschlussrehabilitationen, sowie stationäre und teilstationäre Heilverfahren, Frührehabilitationen, ambulante Vorsorgemaßnahme, Rezeptbehandlungen und Privatkuren durchgeführt.

Die Kostenträger sind alle gesetzlichen Krankenkassen und Rentenversicherungsträger Berufsgenossenschaften, private Krankenversicherungen und Selbstzahler.

Wir behandeln Patienten mit folgenden Haupt-Indikationen:

- Degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates
- Operationen der Bewegungsorgane/ künstlicher Gelenkersatz
- Unfall- und Verletzungsfolgen
- Wirbelsäulen- und Bandscheibenerkrankungen
- Osteoporose und weitere Knochenerkrankungen
- Sportverletzungen
- Gliedmaßen-Amputation bei Unfallverletzten, Gefäß- oder Stoffwechselstörungen oder Tumorerkrankungen
- Fehl- oder Missbildungen des Bewegungsapparates

Bestehende Nebenerkrankungen wie Stoffwechselerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Gefäß- und Venenerkrankungen und Erschöpfungszustände können im Rahmen der stationären Rehabilitation mitbehandelt werden.

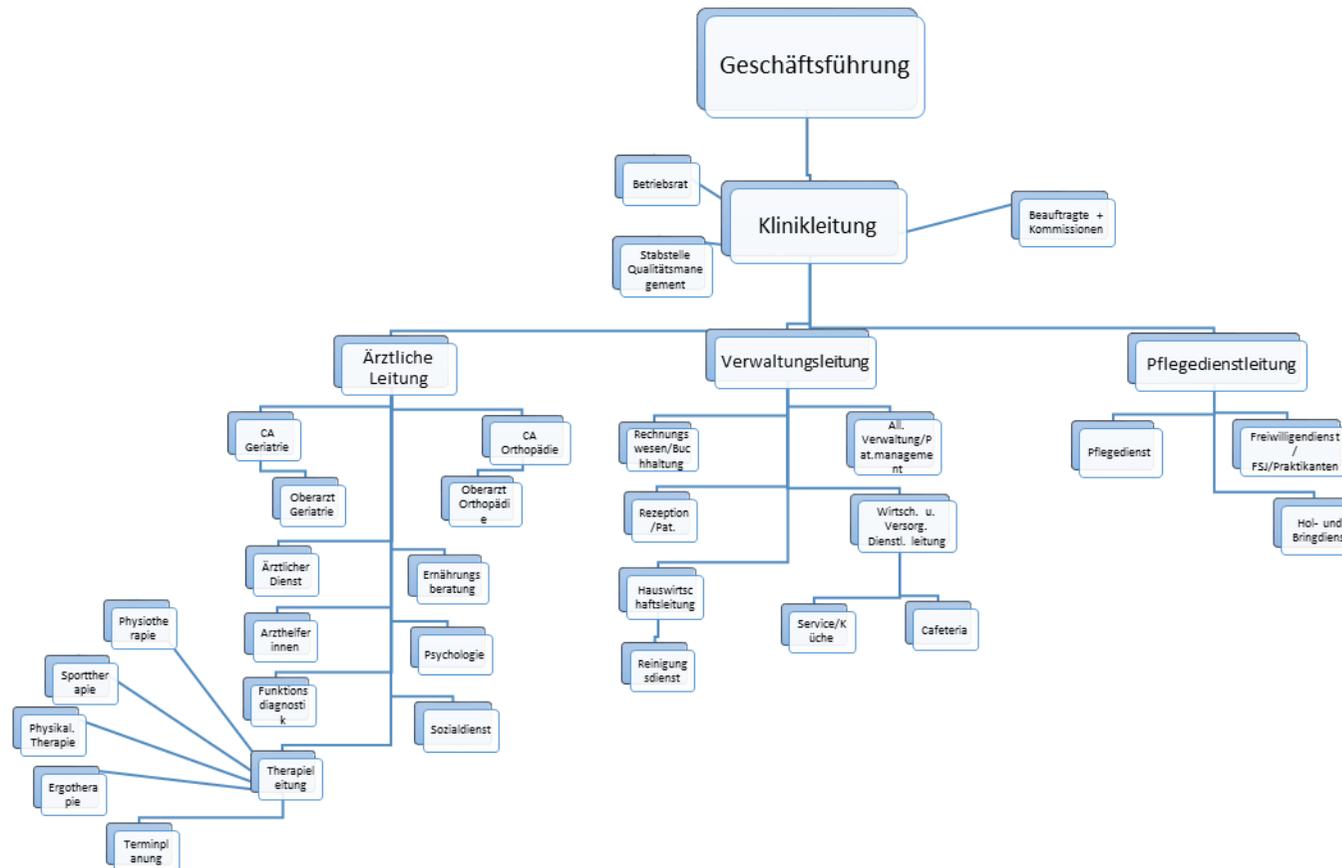
Die Rehabilitation erfolgt nach einem ganzheitlichen Behandlungskonzept in einem interdisziplinären Team, bestehend aus Fachärzten für Orthopädie, Chirurgie, Geriatrie, Rehabilitative Medizin, Chirotherapie und Sportmedizin, sowie Psychotherapeuten, Sozialpädagogen, dem Pflegeteam, der Diätberatung und Therapeuten der Fachgebiete Physiotherapie, Sporttherapie, Physikalische Therapie und Ergotherapie.

Über unsere vertraglich geregelten Versorgungsaufträge hinaus bietet unsere Klinik als Sitz des Hessischen Zentrums für Osteologie besondere Behandlungsprogramme und Informationsveranstaltungen für Osteoporosepatienten.

Ausführliche Beschreibungen zur Klinik und unseren Behandlungsangeboten sind im Klinik-Konzept dargestellt.

Erstellt/ Bearbeitet: Korrigiert 07/2021 QMB-Team	Geprüft/ Freigegeben: QMB Team 23.07.2021	Revision: 11
---	---	--------------

**1. Allgemeines**  
**1.2. Organigramm**



Erstellt/ Bearbeitet:  
Korrigiert 07/2021  
QMB-Team

Geprüft/ Freigegeben:  
QMB Team  
23.07.2021

Revision: 11

**1. Allgemeines**  
**1.3. Einleitung zum QM-Handbuch**

In unserem Handbuch möchten wir die Organisation und Dokumentation unserer Rehabilitationsleistungen in der Klinik transparent machen. Die Inhalte und Regelungen dienen dabei allen Mitarbeiter/Innen der Klinik zur Orientierung, wie die Qualitätsentwicklung in allen Tätigkeitsfeldern mit dem Ziel vorangetrieben wird, unseren Patienten eine bestmögliche Versorgung und Behandlung zu gewährleisten.

Verantwortlich für die Erstellung des Handbuches ist das QMB-Team.

Die Beschreibung der Reha-Prozesse erfolgt durch die verantwortlichen Qualitätsbeauftragten bzw. Abteilungsleiter/Innen der verschiedenen Abteilungen unter Mitbeteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der jeweiligen Arbeitsbereiche. Änderungen von Arbeitsabläufen werden bei der jährlichen Revision in das QM-Handbuch und die zugehörigen Prozessbeschreibungen und Verfahrensregelungen eingepflegt, um die neueren Qualitätsentwicklungen der Klinik auf ihrem heutigen Stand abzubilden.

Der Anwendungsbereich des Handbuches umfasst die gesamte Klinik.

Ausschlüsse von der Norm:

Kapitel 8.3. „Entwicklung von Produkten und Dienstleistungen“

Begründung: In einer Rehaklinik findet keine Produktentwicklung im eigentlichen Sinne statt.

In der Klinik ist im Verlauf des Jahres 2009 ein Qualitätsmanagementsystem nach den Forderungen der DIN ISO 9001:2009 aufgebaut und eingeführt worden und wurde seit 2011 bis 2018 durch Ergänzung des rehaspezifischen Qualitätsmanagementverfahrens RehaSpect kontinuierlich weiterentwickelt. Im Jahr 2017 wurde das Qualitätsmanagementsystem der Klinik auf die neue DIN ISO 9001:2015 umgestellt. Das QM-Verfahren nach Rehaspect wurde 2018 beendet und die Klinik 2019 erstmals zusätzlich nach IQMP Kompakt zertifiziert.

Die gesetzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach § 20 SGB IX für stationäre Rehabilitationsseinrichtungen, sowie alle behördlichen Vorgaben werden eingehalten.

Die Weiterentwicklung der Qualität unserer Leistungen orientiert sich an unserem Klinikleitbild und unseren Qualitätsgrundsätzen ( Qualitätszielen ) und wird durch eine strukturierte QM-Organisation sichergestellt.

Das Leitbild der Klinik St. Marien wurde von der Klinikleitung unter Beteiligung der Mitarbeiter erstellt und wird regelmäßig überprüft und aktualisiert.

Es soll Orientierung geben für unser professionelles Handeln und unseren Umgang miteinander.

Die Aktivitäten unseres Qualitätsmanagements unterstützen die Umsetzung unserer Ziele und eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Klinik.

### **1. Patientenorientierung**

#### Der Patient steht im Mittelpunkt unseres Handelns

Wir wollen die Patienten, die sich uns anvertrauen, in ihren körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Fähigkeiten fördern.

Offenheit gegenüber den Bedürfnissen der Patienten und Fürsorge ist uns ebenso wichtig wie die Wahrnehmung und Förderung ihrer Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmtheit.

Wir achten die Würde und Persönlichkeit eines jeden Menschen unabhängig von kultureller Herkunft, religiöser Orientierung und sozialem Status.

### **2. Medizinische Qualität**

Wir arbeiten in einem interdisziplinären Team zusammen mit Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Therapeuten und Pflegekräften.

Durch teilhabeorientierte Rehabilitationsziele, ganzheitlich und individuell ausgerichtete Behandlungskonzepte und fachliche Kompetenz streben wir eine umfassende Behandlung auf hohem Niveau an.

Wir fördern die Eigenständigkeit und Selbsthilfefähigkeiten des Patienten im Umgang mit bestehenden Gesundheitseinschränkungen und leiten ihn zu einem gesundheitsorientierten Verhalten im Alltag und Berufsleben an.

Mit regelmäßigen hausinternen fachübergreifenden Fortbildungen und externen Weiterbildungsmaßnahmen ermöglichen wir einen kontinuierlichen Wissenszuwachs zu aktuellen medizinischen Entwicklungen und fördern die interdisziplinäre Zusammenarbeit.

### **3. Teamarbeit**

In unserer Zusammenarbeit bemühen wir uns um gegenseitige Wertschätzung und Respekt, Zuverlässigkeit und Fairness.

Wir sind bereit, unterschiedliche Meinungen und Vorstellungen zu akzeptieren, Kritik konstruktiv auszusprechen und anzunehmen.

Dabei respektieren wir die fachliche Kompetenz unserer Kollegen und suchen die sachliche Auseinandersetzung.

Die persönliche Freude über unsere tägliche Arbeit in einem Team spiegelt sich in der Zufriedenheit der Patienten wieder.

Jeder Mitarbeiter arbeitet im Rahmen seiner Fachkompetenz eigenverantwortlich, aber auch verantwortlich gegenüber seinem Team und seinen Vorgesetzten zum Wohl unserer Patienten.

#### **4. Führungskompetenz**

Eine ziel- und zukunftsorientierte Führung, die den Ideenreichtum und das Engagement der Mitarbeiter anerkennt, ebnet den Weg für eine hohe Ergebnisqualität der gemeinsamen Arbeit.

Indem wir Unternehmensziele transparent machen, sachgerechte Aufgaben vereinbaren und Verantwortung eindeutig übertragen, schaffen wir ein kooperatives Arbeitsklima und eine hohe Arbeitszufriedenheit.

Wir sorgen als Führungskräfte durch klare Vertretungsregelungen und kurze Entscheidungswege für die Aufrechterhaltung möglichst reibungsloser Arbeitsabläufe.

Als Führungskräfte sind wir uns gegenüber unseren Mitarbeitern unserer Vorbildfunktion bewusst. Wir pflegen einen fairen und kollegialen Umgang miteinander und respektieren die Persönlichkeit des Einzelnen.

#### **5. Gesellschaftliche Verantwortung**

Unsere Kunden sind in erster Linie unsere Patienten und ihre Angehörigen.

Als Teil des Gesundheitswesens ist die Klinik ein kompetenter und zuverlässiger Partner von Kostenträgern, Ärzten und Krankenhäusern, sowie den Geschäftspartnern unseres Hauses.

In einem verantwortungsvollen Umgang mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln bemühen wir uns jetzt und auch in der Zukunft, unsere Arbeitsplätze und die Leistungsfähigkeit der Klinik zu sichern.

Mit der Einführung eines fundierten Qualitätsmanagements sorgen wir für strukturierte Arbeitsabläufe und ermöglichen durch begleitende Evaluation und Zertifizierung eine kontinuierliche Verbesserung unserer Dienstleistungen.

Wir machen Prävention und Rehabilitation transparent und öffnen unsere medizinisch-therapeutischen Angebote auch ambulant für die Bevölkerung der näheren Umgebung.

Unsere Qualitätspolitik:

Wir arbeiten in einem interdisziplinären Klinikteam, in dem Transparenz und abteilungsübergreifende Kommunikation zentrale Bedeutung haben.

Regelmäßig aktualisierte Standardtherapiepläne, die dem neuesten medizinischen Wissensstand und den wirtschaftlichen Erfordernissen entsprechen, sind die Basis für den individuell auf den Patienten angepassten Behandlungsplan.

Wir beziehen den Patienten von Beginn der Rehabilitation an in die Gestaltung des Behandlungsprozesses und der begleitenden Maßnahmen mit ein und fördern dessen Eigenverantwortung.

Alle für den gesamten Behandlungsprozess relevanten Informationen des Patienten stehen dem Klinikteam zur Verfügung.

Für alle Mitarbeiter sind die Zuständigkeiten, Aufgaben und ihre Verantwortung für Arbeitsergebnisse transparent.

Unsere Mitarbeiter identifizieren sich in hohem Maße mit der Klinik St. Marien. Wir sehen uns verpflichtet, dies zu erhalten und zu fördern.

Diese übergeordneten Qualitätsgrundsätze sind unter Einbeziehung der Zielvorstellungen der Mitarbeiter von der Klinikleitung zusammengefasst worden.

Diese stellen die Grundlage für eine strukturierte Planung von Projekten, deren Ergebnisse mittels messbarer Kennzahlen in festgelegten bzw. regelmäßigen Zyklen überprüft werden können.

Verantwortlich für das Qualitätsmanagement der Klinik St. Marien ist die Klinikleitung.

**QM-Strukturen der Klinik:****1. QM-Steuergruppe ( St ):**

Die Steuergruppe, bestehend aus der Klinikleitung und dem QMB-Team, erstellt jährlich eine Maßnahmenübersicht mit definierten Zielen und Aufgaben im kontinuierlichen QM-Prozess. Sie überwacht die Projektfortschritte und bewertet die Arbeitsergebnisse.

**2. Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB-Team):** Das QMB-Team koordiniert und dokumentiert die Maßnahmen des Qualitätsmanagements (siehe Aufgabenbeschreibung).

**4. Arbeitsgruppen:** Von der QM-Projektgruppe werden in Abstimmung mit der QM-Steuergruppe themenspezifische zeitlich begrenzte Arbeitsgruppen gebildet, wobei je nach Aufgabenstellung abteilungsintern oder abteilungsübergreifend weitere Mitarbeiter beteiligt werden.

Mit den oben beschriebenen Strukturen unseres internen Qualitätsmanagements hat die Klinik eine Basis für die Weiterentwicklung zu einer lernenden Organisation geschaffen.

Die Klinikleitung sieht sich verpflichtet, die Prozesse und Leistungen der Klinik kontinuierlich zu verbessern und weiter zu entwickeln.

Dabei achtet sie auf einen wirtschaftlichen und verantwortungsvollen Einsatz von Ressourcen.

Die regelmäßige Strategieentwicklung der Geschäftsführung orientiert sich auch am Leitbild der Klinik (s. Kap. 2.1.).

**Das Leitziel unseres Qualitätsmanagements:**

*Unsere Betriebsabläufe ermöglichen eine wirtschaftliche und qualitativ hochwertige, teilhabeorientierte Rehabilitation, um die Klinik in eine sichere Zukunft zu führen.*

Die QM-Steuergruppe definiert kurz- und längerfristige Qualitätsziele. Dabei werden die Anregungen der an den unterschiedlichen Prozessen beteiligten Mitarbeiter und deren Fachkenntnisse und Erfahrungen berücksichtigt.

Für alle Prozessbeschreibungen sind Kennzahlen definiert, anhand derer die Erreichung der Ziele überprüft werden kann.

Die Klinikleitung trägt hierbei die Verantwortung, notwendige Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für Verbesserungsprozesse zu schaffen, z.B. Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter zu fördern, Bereitstellung von zeitlichen und personellen Ressourcen für Umstellungsprozesse und Entwicklung und Erweiterung von Therapiekonzepten.

Einmal jährlich wird das gesamte Qualitätsmanagementsystem der Klinik durch interne Audits überprüft. Die Ergebnisse zeigen Stärken und Schwächen der Klinik auf und lassen die Wirksamkeit von Verbesserungsmaßnahmen erkennen.

Durch regelmäßige Zertifizierungen erfolgt eine unabhängige externe Beurteilung unseres Qualitätsmanagements.

Die Klinikleitung hat im Zusammenwirken mit den qualitätsverantwortlichen Mitarbeitern Kennzahlen festgelegt, anhand derer die Qualitätsziele der Klinik regelmäßig überprüft werden können.

Diese internen Ergebnismessungen stellen die Grundlage für die jährliche Managementbewertung durch das QMB- Team dar.

In einem Soll/ Ist-Abgleich der erhobenen Daten (Kennzahlen) kann die Zielerreichung der Prozesse der Klinik und die Maßnahmen der Qualitätsentwicklung geprüft werden.

Die Managementbewertung wird von der Klinikleitung im Zusammenwirken mit dem QMB-Team durchgeführt.

Es liefert dabei Informationen zur Bewertung:

- der Wirksamkeit des internen Qualitätsmanagements
- der Analyse von Schwachstellen und Stärken der Klinik
- von Prozess- und Ergebnisqualität
- des Bedarfs an Ressourcen

Daraus werden Verbesserungspotentiale und neue Qualitätsziele abgeleitet, welche in die jährliche Projektplanung mit der Festlegung konkreter Verbesserungsmaßnahmen einfließen. Somit können laufende Projekte zur Verbesserung unserer Leistungen kontinuierlich überwacht und Veränderungen bewertet werden.

Mitgeltende Unterlagen: Maßnahmenplan

Die Ergebnisse der Managementbewertung werden in einem Management-Review schriftlich festgehalten.

Einmal jährlich werden die Mitarbeiter der Klinik in einer „Klinikkonferenz“ über den aktuellen Stand der Qualitätsentwicklung der Klinik und über die Zielerreichung der laufenden oder abgeschlossenen Projekte, über grundlegende und neue Qualitätsziele, sowie über künftige Verbesserungsprojekte informiert.

Zu unseren Kunden zählen in erster Linie unsere Patienten.

Unsere Partner sind die einweisenden Akutkrankenhäuser und Ärzte der näheren Umgebung, sowie die Kostenträger: Alle gesetzlichen Krankenkassen, die Berufsgenossenschaften, sowie die Rentenversicherungsträger.

Ebenfalls zählen die Lieferanten ( Nahrungsmittelversorgung, hauswirtschaftliche und medizinisch-technische Gebrauchsgüter, sowie Medikamentenversorgung und Bürobedarf ) zu unseren Geschäftspartnern.

Zur Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse werden regelmäßige Befragungen zur Patientenzufriedenheit durchgeführt. Es besteht eine Verfahrensregelung, wie die Anregungen der Patienten erfasst, ausgewertet und umgesetzt werden.

S. mitgeltende Unterlagen, Verfahrensregelung „Patientenbefragung“.

In der Klinik besteht ein internes Beschwerdemanagement, um zu gewährleisten, dass Patientenbeschwerden zeitnah während des Klinikaufenthaltes bearbeitet werden können. (S. Verfahrensregelung “Beschwerdemanagement“) sowie extern über die Kostenträger eingehende Beschwerden im Klinikteam abgeklärt und beantwortet werden (s. Verfahrensregelung „Kostenträgerbeschwerden“).

Siehe auch Kapitel 5. Messung, Analyse, Verbesserungen ( 5.1. Kundenzufriedenheit )

Mit unseren Kostenträgern stehen wir in regelmäßigen telefonischen und schriftlichen Kontakt.

Zwischen einweisenden Ärzten und der Klinik bestehen Kooperationen im Rahmen von Visitationen in unserem Haus, um eine optimale Nachsorge z.B. nach operativen Eingriffen und eine hohe Patientenzufriedenheit zu erreichen.

#### Patientendaten

In unserer Klinik existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, die Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.

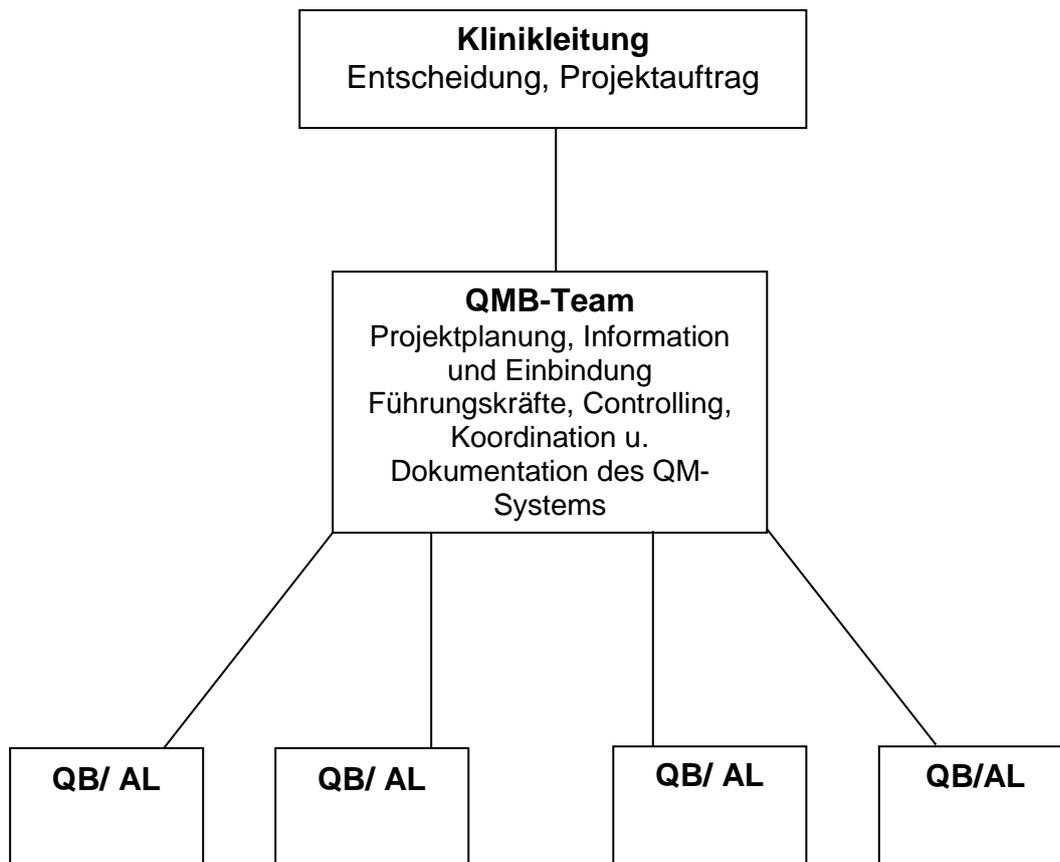
Patientenbezogene Daten sind nur berechtigten Personen zugänglich. Neue Mitarbeiter werden bei der Einstellung im Arbeitsvertrag auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Schweigepflicht hingewiesen. Der Datenschutz von elektronisch gespeicherten Daten wird über geregelte Zugriffsberechtigungen gewährleistet.

#### Information

Unsere Patienten werden zu allen Maßnahmen der Rehabilitation informiert.

Die Behandlungsziele, der Behandlungsplan sowie Therapieänderungen werden mit jedem Patienten besprochen.

**Organigramm des QM in St. Marien**



Zuständigkeiten in der Klinik St. Marien

<b>Kommissionen</b>	<b>Beauftragte/ Verantwortliche</b>
Arzneimittelkommission	Verantwortlicher: Dr. J. Martinez Olmos
Hygienekommission	Hygienebeauftragter: Dr. J. Wagner Herr Stolz Frau C. Kugler
Strahlenschutz:	Strahlenschutzverantwortlicher: Dr: J. Martinez Olmos  Strahlenschutzbevollmächtigter: Frau C. Kugler
Datenschutz	Datenschutzbeauftragter: Herr Willy Frey (Firma secosit)
QM-Strukturen	Qualitätsbeauftragte: C. Kugler S. Kugler K. Eberhard QM-Steuergruppe
Arbeitsschutzausschuss:	Verantwortlicher: Frau C. Kugler Mitglieder: Frau Brand (Betriebsärztin) AS-Fachkraft (extern): Frau A. Sehring-Leissner
Sicherheit	Sicherheitsbeauftragter: Herr Manfred Kaufmann Monika Stephani Angela Müller Marita Mann Fatma Karakaya
Sicherheit	Brandschutzbeauftragter: Firma Christ
Medizingeräte	Beauftragter für Medizinproduktesicherheit: Dr. J. Martinez Olmos  Beauftragte der Abteilungen: Stefanie Kugler (Pflegedienstleitung) Marita Mann (Pflegedienst) René Kretzschmar (Therapie) Manfred Kaufmann (Technik) Marion Seum (Med. Abteilung) Melanie Kawa (Pflegedienst)

Im Rahmen des Qualitätssicherungsprogrammes der Deutschen Rentenversicherung und der Qualitätsanforderungen der Krankenkassen sowie der Rehabilitationsverbände (BAR, DEGEMED, VpKAD) werden klare Anforderungen an die vorzuhaltenden Ressourcen für die Erfüllung unseres Rehabilitationsauftrages als Leistungserbringer im Auftrag der Kostenträger gestellt. Das betrifft u. a. die Vorhaltung von definierten Ressourcen für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,

- z. B. räumliche Ausstattung der Klinik im therapeutischen Bereich (Bewegungsbad, Gymnastikhalle, Einzel- und Gruppenräume, Lehrküche, etc.) sowie Ausstattung der Patientenzimmer (Haltegriffe, Notruf, bodengleiche Duschtasse etc.)
- z. B. diagnostische Ausstattung der Klinik im medizinischen Bereich (Ultraschall, Knochendichtemessung)
- z. B. Behandlungsrichtlinien, Mustertherapiepläne, Übungsprogramme, Visitingpläne, Muster für Entlassungsberichte im Rahmen der Prozessqualität sowie Messung der Patientenzufriedenheit mit standardisierten externen Fragebögen, Ermittlung der Laufzeiten der Entlassungsberichte (DRV Bund), Ermittlung der Therapiedichte über die KTL-Abrechnung aber insbesondere auch die Festlegung der vorzuhaltenden personellen Ressourcen im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich durch Stellenvorgaben mit quartalsweiser Kontrolle.

Wir haben also:

- räumliche
- personelle
- medizinisch-technische
- apparative

Ressourcen für die Erfüllung unseres Versorgungsauftrages nach § 40 SGB V vorzuhalten.

Diese personellen und materiellen technischen sowie gebäudeseitigen Ressourcen bilden dabei die Basis für die Kalkulation der Pflegesätze und Fallpauschalen sowie die Verhandlungen mit den Kostenträgern.

Schnittstellen bei den Ressourcen medizinischer Großgeräte, hier: Knochendichtemessung

Die Vorgaben für die Personalstruktur im medizinisch-therapeutischen Bereich erfolgen durch den federführenden Belegungsträger der Einrichtung, in unserem Fall die Deutsche Rentenversicherung Bund.

## Prozesslandschaft



In der QM-Steuergruppe wurden, wie in Kapitel 4.1. Prozesslandkarte St. Marien dargestellt, die wichtigsten Führungs-, Haupt- und unterstützenden Prozesse der Klinik definiert und die Prozesse in Prozessbeschreibungen beschrieben.

Die Prozesse werden zur Übersichtlichkeit grafisch in Flussdiagrammen dargestellt. Zum besseren Verständnis können zusätzlich nähere Erläuterungen zu Zielsetzungen und Ergänzungen zu einzelnen Arbeitsschritten im anschließenden Text erfolgen.

Jede Prozessbeschreibung enthält Angaben zu detaillierten Arbeitsschritten innerhalb der Prozesse, den jeweils zugeordneten Verantwortlichen und den im Arbeitsschritt zu erstellenden Dokumenten.

Bei abteilungsübergreifenden Prozessen werden die Schnittstellen zu vor- oder nachgeordneten Prozessen als mitgeltende Unterlagen angegeben.

Zu jedem Prozess werden zudem Kennzahlen angegeben, die eine Überprüfung der Arbeitsabläufe nach messbaren Kriterien ermöglichen. Hiermit soll die kontinuierliche Verbesserung unserer Arbeitsabläufe in der Klinik unterstützt werden.

Die Prozessbeschreibungen wurden von den am jeweiligen Prozess beteiligten Mitarbeitern der Klinik ausgearbeitet. Die Qualitätsbeauftragten der Abteilungen ziehen hierbei ihre Kollegen mit ein. Die QB sind verantwortlich für die kontinuierliche Überprüfung der Prozessbeschreibungen auf ihre Aktualität und für deren regelmäßige Überarbeitung.

Die einzelnen Prozessbeschreibungen siehe: Mitgeltende Unterlagen.

In der Klinik werden regelmäßige klinikinterne Befragungen zur Patientenzufriedenheit durchgeführt und systematisch ausgewertet.

Die Ergebnisse der Patientenbefragungen werden in der Klinikleitung auf Stärken und Schwachstellen hin analysiert und fließen ein in die Projektplanung für künftige Verbesserungsprozesse.

Auch die einzelnen Abteilungen erhalten für ihren Bereich regelmäßige Auswertungen, um die Mitarbeiter zur Reflektion ihrer Arbeit und ständigen Weiterentwicklung zu motivieren.

Für Probleme und Beschwerden gibt es für die Patienten eine feste Ansprechpartnerin. Die Bearbeitung der Beschwerden bzw. getroffene Maßnahmen werden dokumentiert und ausgewertet.

Auch werden die Mitarbeiter im Umgang mit Patientenbeschwerden geschult.

s. Mitgeltende Unterlagen:

Verfahrensregelungen: Patientenbefragung und Beschwerdemanagement.

Fortbildungskonzept: Patientenbeschwerden

Darüber hinaus erhält die Klinik im Rahmen des externen Qualitätssicherungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung Bund regelmäßige Berichte zur Rehabilitandenbefragung. Diese Ergebnisse sind eine wesentliche Ergänzung unserer internen Befragungen zur Zufriedenheit und ermöglichen darüber hinaus auch Vergleiche mit anderen Kliniken.

s. hierzu auch Klinikkonzept.

### **Interne Audits**

Im Drei-Jahres-Rhythmus wird in jeder Abteilung ein internes Audit durchgeführt, um die Qualität unserer Leistungen und den Stand der Umsetzung von Verbesserungsprozessen zu überprüfen.

Im „Auditplan“ wird der zeitliche Ablauf des Audits in den betreffenden Abteilungen bzw. für die zu prüfenden Prozesse festgelegt. Dieser enthält die folgenden Angaben:

- Bereiche, die auditiert werden
- Zeitpunkt bzw. Zeitrahmen
- Prüf- bzw. Qualitätskriterien
- Teilnehmer und Auditteam

Die Prüfkriterien sind an der DIN EN ISO 9001/ 2015 und den Qualitätskriterien der BAR-Richtlinien entsprechend der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement (IQMP Kompakt) ausgerichtet.

Die Audits werden von qualifiziertem Personal durchgeführt: Das QMB-Team ist in der Durchführung der Audits und der Anwendung der Bewertungskriterien im Rahmen der begleitenden Beratung durch ein Fachinstitut für Qualitätsmanagement und Organisationsberatung extern geschult worden.

Die Ergebnisse der Überprüfungen werden im Auditbericht dokumentiert. Die Auditergebnisse werden in der QM-Steuergruppe und in der QM-Projektgruppe diskutiert und fließen in die jährliche Managementbewertung der Klinik ein: Über einen Soll – Ist Vergleich auf der Basis definierter Qualitätsziele und Kennzahlen können Verbesserungspotentiale ermittelt und neue Ziele, sowie die entsprechenden Korrekturmaßnahmen für die jährliche Projektplanung festgelegt werden.

s. Kapitel 5.6. Ständige Verbesserungen

Die Wirksamkeit eingeleiteter Korrekturmaßnahmen wird in Folgeaudits überprüft und dokumentiert.

## Begehungen

Die Durchführung von regelmäßigen Begehungen der Klinik wird, wie in der folgenden Tabelle aufgeführt, geregelt:

### 1. Interne Begehungen

Begehungen	Verantwortlich/ Teilnehmer	Zeit	Dokumentation
Renovierungsbedarf/ Sicherheit	Klinikleitung Hauswirtschaftsleitung Technischer Leiter	Routinemäßig 1 x jährlich/ bei Bedarf durch Umbauarbeiten Bei Havarien/ Störungen: sofort	Begehungsprotokoll

### 2. Externe Begehungen

Begehungen	Verantwortlich/ Teilnehmer	Zeit	Dokumentation
Hygiene-Begehung	Herr Stolz Hygienebeauftragter/ Abteilungsleiter der betreffenden Abteilung	4 x jährlich	Ext. Prüfbericht und int. Protokoll an die Mitglieder der Hygienekommission/ AL der betreffenden Abteilung
Arbeitsschutz- Begehung	Fa. Christ (extern) Sicherheitsbeauftragter/ AL der betreffenden Abteilung	4 x jährlich	Ext. Prüfbericht und int. Protokoll an die Mitglieder des Arbeitsschutzausschuss/ AL der betreffenden Abteilung
Brandschutz	Brandschutzbeauftragter/ Extern: Technische Überwachung des Landkreises	4 x jährlich	Prüfbericht an die Klinikleitung
Klinikbegehung Deutsche Rentenversicherung Bund	Klinikleitung/ DRV-Bund (extern) Abteilungsleiter	Alle 2 Jahre	Visitationsbericht der DRV-Bund an Klinikleitung/ Internes Begehungs- protokoll VL
Klinikbegehungen einzelner Krankenkassen/ weiterer Kostenträger	Klinikleitung	Wird mit betreffendem Kostenträger abgestimmt	Internes Begehungsprotokoll VL

Das interne Controlling dient dem Soll-Ist-Vergleich der Klinikentwicklung und basiert auf dem Klinikinformationssystem (LMZ), diversen Statistiken und betriebswirtschaftlichen Auswertungen.

Das Management Informationssystem dient als Planungs-, Steuerungs-, und Koordinierungsinstrument, sowie für die Ermittlung wichtiger Informationen über den laufenden Geschäftsbetrieb.

Das Controlling unterstützt das Management des Unternehmens bei strategischen und operativen Entscheidungen. Insgesamt soll damit eine Optimierung der Geschäftsabläufe erreicht und mit diesen Kontrollmechanismen eine effektive, wirtschaftlich ausgerichtete und bei auftretenden Problemen im Geschäftsverlauf sofortige Reaktion gewährleistet werden.

**5. Messung, Analyse,  
Verbesserungen  
5.4. Externe und interne  
Qualitätssicherung**

**Qualitätssicherungsprogramm der deutschen Rentenversicherung Bund (DRV-Bund):**

Das Programm beinhaltet regelmäßige Auswertungen zu folgenden Schwerpunktthemen:

1. Strukturqualität
2. Prozessqualität
3. Ergebnisqualität

Darüber hinaus finden in regelmäßigen Abständen Begehungen der Deutschen Rentenversicherung in unserer Klinik statt. Auch hierzu erhält die Klinik einen Bewertungsbericht der DRV.

Die Auswertungen der DRV-Bund werden in den „Berichten zur Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung“ in regelmäßigen Abständen an unsere Klinik zurückgemeldet.

*Nähere Erläuterungen s. Klinikkonzept*

**Integration der externen Qualitätssicherung in das interne Qualitätsmanagement**

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherungsprogramme werden im Rahmen der Besprechungen zum internen Qualitätsmanagement kritisch diskutiert, neue Qualitätsziele daraus abgeleitet und die entsprechenden Maßnahmen zur Verbesserung der Leistungen und Weiterentwicklung der Klinik veranlasst.

Die Dokumentation solcher Entscheidungsprozesse erfolgt über

- Besprechungsprotokolle
- Informationsrundschriften an die Mitarbeiter (z.B. bei kurzfristigen Änderungsmaßnahmen bzw.)
- Maßnahmenplan (enthält Angaben zu den Zielen und Maßnahmen, zum Zeitrahmen für die Bearbeitung, sowie die Benennung der Projektverantwortlichen und beteiligten Mitarbeiter).

Die **Überprüfung der Wirksamkeit** der getroffenen Veränderungsmaßnahmen wird über die Festlegung messbarer Ziele und definierter Kennzahlen ermöglicht.

Die Überprüfung erfolgt im Rahmen der jährlichen Managementbewertung und regelmäßiger interner Audits, sowie über die kontinuierliche externe Qualitätssicherung, ggf. auch in kurzfristig festgelegten Zeiträumen.

Ziele:

Durch die frühzeitige Identifizierung von Fehlerquellen, der Analyse und Behebung von Fehlern, sowie vorbeugender Fehlervermeidung soll die Sicherheit für Patienten und Mitarbeiter erhöht werden.

In der Klinik werden deshalb ein offener Umgang mit Fehlern und der Aufbau einer „Fehlerkultur“ angestrebt, um Lernprozesse bei Mitarbeitern zu ermöglichen und langfristig Fehlerkosten zu verringern.

Vorbeugemaßnahmen:

In allen Arbeitsabläufen sind die Mitarbeiter sensibilisiert, größtmögliche Patientensicherheit zu gewährleisten. Die unterschiedlichen Dienstleistungen werden kontinuierlich reflektiert und weiterentwickelt. Es bestehen Regelungen in den jeweiligen Arbeitsabläufen, um Fehler weitgehend zu vermeiden.

Beispiele: Zur Vorbeugung von Behandlungsfehlern wird jeder neu aufgenommene Patient in der Frühbesprechung der Ärzte (s. auch Kapitel 2.6. Kommunikationsstrukturen) vorgestellt. Die Therapieverordnungen werden geprüft und bei Bedarf korrigiert oder ergänzt. Auch die systematische Befund- und Verlaufsdokumentation der Therapeuten, sowie Teambesprechungen und die Pflegeübergabe dienen der Gewährleistung der Patientensicherheit.

Regelmäßige interne Fortbildungen, sowie Teambesprechungen in der Klinik unterstützen die Transparenz über Behandlungskonzepte und organisatorische Abläufe, um Abweichungen von Sollvorgaben in bestimmten Prozessen möglichst gering zu halten.

Zur Verringerung des Sturz-Risikos bei gefährdeten Patienten erfolgt eine systematische und standardisierte „Sturzprophylaxe“.

Konsequenzen und Korrekturmaßnahmen:

Die Mitarbeiter werden durch die Führungskräfte in allen Arbeitsbereichen motiviert, Fehler oder Beinahefehler umgehend mitzuteilen, um frühestmöglich Maßnahmen zur Korrektur und Fehlerbehebung ergreifen zu können.

Eingetretene Fehler werden im Team oder im Einzelgespräch ausgewertet. Über ein Fehlermeldesystem kann außerdem eine abteilungsübergreifende Bewertung von Fehlern und die Einleitung von Korrekturmaßnahmen in der QM-Steuergruppe vorgenommen werden. Es werden Strategien zur künftigen Fehlervermeidung festgelegt.

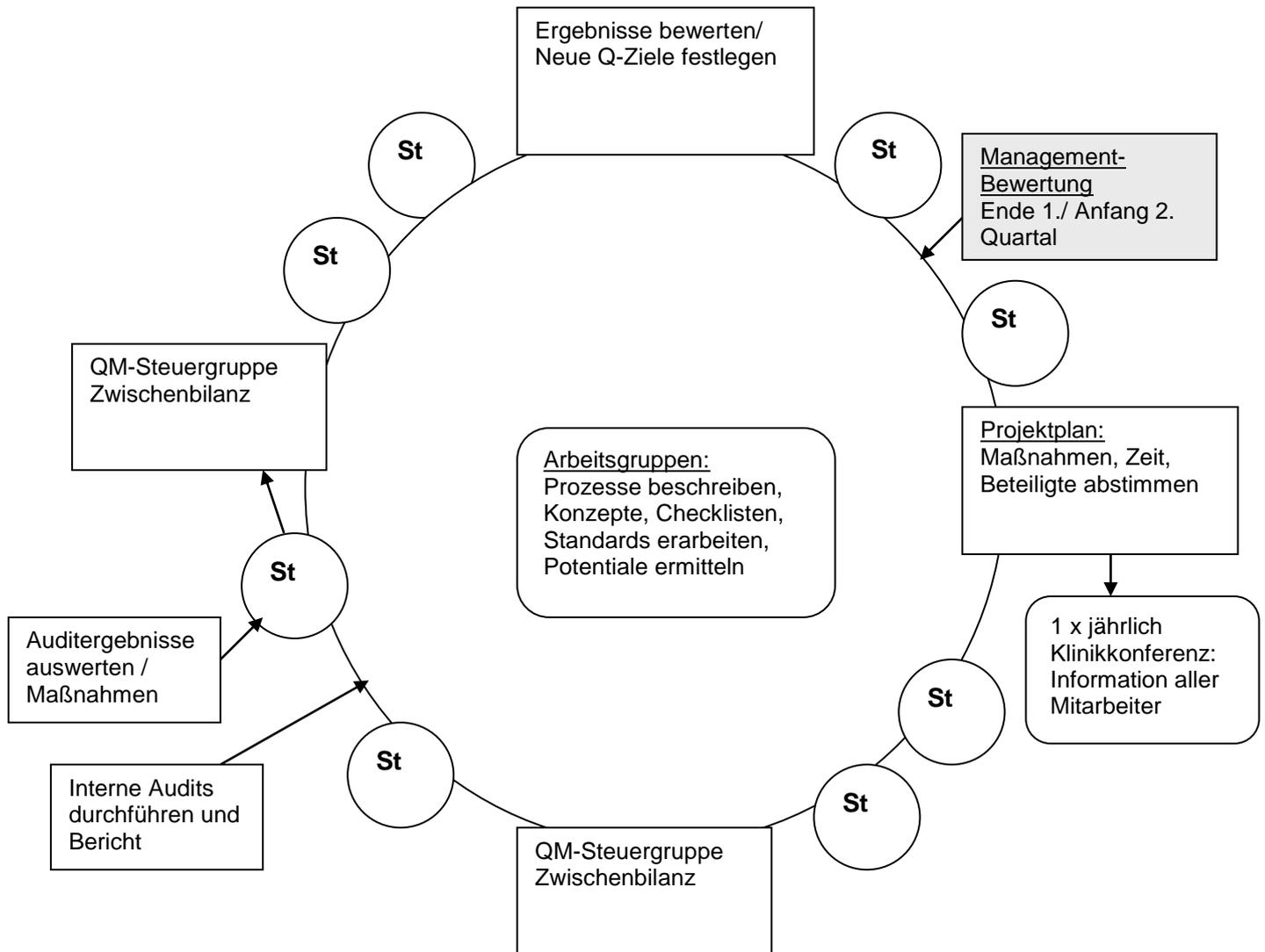
Patientenbezogene Komplikationen im Behandlungsverlauf werden in der medizinischen Patientenakte dokumentiert.

Messung und Verbesserungen

Die Klinik hat einen Fragebogen (Formular: Fehlermeldung) für die Mitarbeiter der Klinik eingeführt, um Beinahefehler zu erfassen, die ohne rechtzeitiges Erkennen und ggf. Einleiten entsprechender Sicherheitsmaßnahmen eine Gefährdung der Patientensicherheit darstellen. Die statistische Auswertung der Beinahefehler und der getroffenen Sofortmaßnahmen, eine Analyse der Fehlerursachen und die Sammlung von Verbesserungsvorschlägen ermöglicht es, gezielte Maßnahmen zur künftigen Fehlervermeidung zu treffen und den Erfolg dieser Maßnahmen regelmäßig zu überprüfen.

Mitgeltende Unterlage, s. VR: Umgang mit Fehlern

**Entwicklungszyklus der Klinik St. Marien**



St = Steuergruppe (monatliche Treffen)

### **Erläuterungen zum Entwicklungszyklus**

1. Die Steuergruppe ( St ) priorisiert Projekte und legt Verantwortliche und den Zeitrahmen für die Verbesserungsprojekte fest. Sie definiert Ziele und Kennzahlen zur Bewertung der Ergebnisse.
2. Bei Bedarf bilden sich zeitlich begrenzte Arbeitsgruppen. In den Arbeitsgruppen ermittelte Potentiale und Schwachstellen werden für spätere Projekte dokumentiert.
3. In der jährlichen Managementbewertung werden die Projektergebnisse von der Klinikleitung/ Steuergruppe bewertet und diskutiert.
4. Die QM-Steuergruppe legt auf der Grundlage der Managementbewertung neue Klinikziele und Abteilungsziele fest.
5. Danach werden die Ergebnisse der Managementbewertung und die neuen Entwicklungsziele in einer „Klinikkonferenz“ den Mitarbeitern vorgestellt
6. Der Fortgang der Projekte bzw. die Einhaltung der zeitlichen Planung wird von der Steuergruppe kontinuierlich überwacht und ggf. Unterstützung und Entscheidungshilfen bei Problemen gegeben.
7. Interne Audits werden regelmäßig in jeder Abteilung durchgeführt, um die kontinuierliche Umsetzung von Verbesserungspotentialen nach den Kriterien von Din Iso 9001:2015 und IQMP Kompakt zu überprüfen.

## ÜBERSICHT MITGELTENDE UNTERLAGEN

### Prozessbeschreibungen PB:

#### **F      Führungsprozesse**

- F 1      Ziel- und Strategieplanung
- F 2      Investitions- und Finanzplanung
- F 3      Personalmanagement
- F 4      Projektmanagement
- F 5      Akquisition / Öffentlichkeitsarbeit
- F 6      Vertragsverhandlungen
- F 7      Aus-, Fort-, und Weiterbildung
- F 8      Qualitätsmanagement

#### **H      Hauptprozesse**

- H 1      Patientenaufnahme
- H 2      Verlaufdiagnostik und Behandlungsplanung
- H 3      Therapie
- H 4      Pflege
- H 5      Patientenentlassung und Nachsorge

#### **U      Unterstützenden Prozesse**

- U 1      Beschaffung / Einkauf
- U 2      Technik / Wartung und Instandhaltung
- U 3      Hygiene
- U 4      Entsorgung
- U 5      Dienstpläne / Funktionspläne
- U 6      EDV-gestützte Datenerfassung
- U 7      Sicherheit / Brand-, Arbeitsschutz / Gesundheitsvorsorge
- U 8      Patientenverpflegung
- U 9      Hauswirtschaft
- U 10      Medizintechnik
- U 11      Datenschutz

**Verfahrensregelungen VR**

**Aufgabenbeschreibungen AB**

**Formulare FO**

## **ÜBERSICHTSLISTEN**

(im Dokumentenpool: QM-Handbuch St. Marien)

- Besprechungsmatrix
- Liste der Betriebsbeauftragten
- Matrix der Dokumente
- Matrix der Aufzeichnungen
- Revisionsliste
- Sonderformen von Aufzeichnungen