

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

Die Änderung von der Version 4.0 zur Version 5.0 betrifft – neben einigen formalen Korrekturen – im wesentlichen die Rückmeldungen der DRV (KTL und Reha-Therapiestandards). Ferner wurde die Gliederung der Kapitel 3.2.3 und 3.2.4 der der anderen Kapitel angepasst (erst alle Ergebnisse zur Indikation 1, dann alle Ergebnisse zur Indikation 2).

Hinweis: Bitte lesen Sie vor einer Bearbeitung die Ausfüllhinweise („Anleitung zur Erstellung des Qualitätsberichts Rehabilitation DEGEMED /FVS“) im Anhang dieses Berichts. Bitte löschen Sie die Anleitung im fertigen Qualitätsbericht.

Platzieren Sie hier
Ihr Logo oder ein Bild Ihrer
Klinik.

Funktion: „Einfügen-Grafik-
Aus Datei“

Qualitätsbericht der Klinikname für das Jahr 20yy

Version 5.0.x (die letzte Ziffer kann als interne Nummer verwendet werden)
vom dd.mm.20yy

Klinikadresse

Mitgliedsklinik der Deutschen Gesellschaft für
Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED)
und (ggf.) des Fachverbands Sucht e.V. (FVS)

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

Anschrift

Vollständige Klinikadresse
inkl. E-Mail und Internet-Adresse
sowie Träger/Inhaber und
Institutskennzeichen

Ansprechpartner

Für alle Fragen, per Post, telefonisch oder per E-Mail, stehen zur Verfügung:

Verwaltungsleitung

Ansprechpartner, Telefon und Fax
sowie E-Mail

Patientenanmeldung

Ansprechpartner, Telefon und Fax
sowie E-Mail

Sekretariat

Ansprechpartner, Telefon und Fax
sowie E-Mail

Fachabteilung 1

Ansprechpartner, Telefon und Fax
sowie E-Mail

Fachabteilung 2

Ansprechpartner, Telefon und Fax
sowie E-Mail

Sekretariat

Ansprechpartner, Telefon und Fax
sowie E-Mail

Sekretariat

Ansprechpartner, Telefon und Fax
sowie E-Mail

Dieser Qualitätsbericht wurde für das Jahr 20yy erstellt (Berichtszeitraum 01.01.yy – 31.12.yy) und bezieht sich auf die im Kalenderjahr entlassenen Patienten (=Fälle).

Hinweis: Der Berichtszeitraum muss an dieser Stelle einmalig definiert sein!

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

Geleitwort

Hier sollte das Geleitwort der Geschäftsleitung stehen.

Es sollte beinhalten

- wozu der Qualitätsbericht dienen soll
- an wen er sich wendet
- wie er aufgebaut ist

Liebe Leserin, lieber Leser,

wir freuen uns, Ihnen den Qualitätsbericht der Klinik **Klinik xxx** für das Jahr **20yy** vorlegen zu können. Auf diesem Weg wollen wir Ihnen die Leistungsfähigkeit unserer Klinik und ihre hohe Leistungsqualität näher bringen und transparent darstellen. Ein Höchstmaß an Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit sind unser erstes Ziel. Darum haben wir uns in der Klinik **Klinik xxx** dazu entschlossen, unser Haus – neben den obligatorischen Qualitätssicherungsprogrammen der Renten- und Krankenversicherer – auch nach den strengen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED), zertifizieren zu lassen.

In diesem Qualitätsbericht sind die aktuellen Schwerpunkte der klinischen, therapeutischen und pflegerischen Kompetenz der Klinik **Klinik xxx** dokumentiert. Er zeigt: Unser Haus ist eine innovative, am Wohl der Patienten und an den Interessen der Kostenträger orientierte Rehabilitationsklinik.

Wir wollen Ihnen mit diesem Bericht eine Informations- und Entscheidungshilfe an die Hand geben. Zum besseren Verständnis und zur besseren Lesbarkeit haben wir diesen Qualitätsbericht in zwei Teile gegliedert: Der erste Teil (Kapitel 1) bietet Ihnen Informationen zur Klinik sowie zum Behandlungs- und Rehabilitationskonzept. Im zweiten Teil (Kapitel 2 bis 5) haben wir uns bewusst an den Vorgaben orientiert, die vom Gesetzgeber für Akutkrankenhäuser erarbeitet worden sind. Die hier zusammengestellten Zahlen, Daten und Fakten geben einen tieferen Einblick für Experten und alle, die sich ein intensiveres Bild unseres Hauses machen wollen.

Dieser Qualitätsbericht wird künftig jährlich aktualisiert erstellt und weiterentwickelt. Wir stehen Ihnen darüber hinaus gern mit ergänzenden Informationen und natürlich auch für Anregungen zur Verfügung.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit verwendet der Bericht nur die männliche Schreibweise.

Mit den besten Wünschen

Die Geschäftsleitung
der **Klinik xxx**

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

Achtung: Diese Seite findet sich nur in Qualitätsberichten von Mitgliedern des Fachverbands Sucht e.V. und/oder der DEGEMED. Bei Nicht-Mitgliedern wird die Seite leer belassen aus Gründen des Rechts-Links-Wechsels der Folgeseiten.

Kontaktadressen der Verbände



DEGEMED
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.
Geschäftsführer Christof Lawall
Fasanenstr. 5
10623 Berlin
Tel: 030 / 28 44 96 -6
Fax: 030 / 28 44 96 70
www.degemed.de
E-Mail: degemed@degemed.de



Fachverband Sucht e.V.
Geschäftsführer Dr. Volker Weissinger
Walramstraße 3
53175 Bonn
Tel.: 02 28 / 26 15 55
Fax: 02 28 / 21 58 85
www.sucht.de
E-Mail: sucht@sucht.de

Inhalt

Das Inhaltsverzeichnis sollte sich auf die ersten drei Gliederungsebenen beschränken. Aus Gründen der Vergleichbarkeit ist es erforderlich, sich bei dem Bericht an die Verbände exakt an die vorgegebene Gliederung zu halten. Kapitel in denen keine Daten vorliegen bleiben leer. Eine Veränderung der Nummerierung darf nicht erfolgen. In Ihrer eigenen Version können Sie diese Kapitel selbstverständlich komplett weglassen.

GELEITWORT	3
KONTAKTADRESSEN DER VERBÄNDE	4
1. REHABILITATION – KONZEPTE, ERGEBNISSE, ENTWICKLUNGEN	6
1.1 Die Klinik	6
1.1.1 Lage der Klinik und Ausstattung	6
1.1.2 Träger der Einrichtung	7
1.1.3 Beleger, Zulassungen und Verträge	7
1.2 Das Behandlungs- und Rehabilitationskonzept	7
1.2.1 Qualitätsverständnis	7
1.2.2 Leistungsspektrum/Therapie- und Rehabilitationsangebote	8
1.2.3 Rehabilitationskonzepte	8
1.2.4 Besondere Betreuungsstrukturen	8
1.2.5 Ergebnisqualität	8
1.2.6 Fallzahl behandelter Patientinnen und Patienten	9
1.2.7 Weiterentwicklung der Rehabilitationskonzepte	9
1.2.8 Zertifizierung	9
2 DOKUMENTATION – ZAHLEN, DATEN, FAKTEN	10
2.1 Mitarbeiter und medizinisch-technische Leistungen	10
2.1.1 Mitarbeiter	10
2.1.2 Medizinisch-technische Leistungen und apparative Versorgung	11
2.1.3 Medizinische Notfallversorgung	11
2.2 In der Klinik behandelte Krankheitsbilder	12
2.2.1 Indikation 1	12
2.2.2 Indikation 2	18
(...)	
3 QUALITÄTSPOLITIK UND QUALITÄTSSICHERUNG	24
3.1 Qualitätspolitik der Einrichtung	24
3.1.1 Strategische und operative Ziele	24
3.1.2 Umsetzung von Leitlinien	24
3.1.3 Umsetzung spezifischer rechtlicher Anforderungen	24
3.2 Qualitätssicherung für die Einrichtung	25
3.2.1 Internes Qualitätsmanagement	25
3.2.2 Qualifizierung der Mitarbeiter	26
3.2.3 Externe Qualitätssicherung	27
3.2.4 Ergebnisse der internen Qualitätssicherung	30
3.2.5 Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten	33
4 AKTIVITÄTEN UND VERANSTALTUNGEN	34
4.1 Vermittlung von Konzepten und Erfahrungen	34
4.2 Sonstige Aktivitäten der Einrichtung	34
5 AUSBLICK UND AKTUELLES	35
6 GLOSSAR	36
7 IMPRESSUM	39

1 Rehabilitation – Konzepte, Ergebnisse, Entwicklungen

Teil 1 des Qualitätsberichts wendet sich an interessierte Betroffene. Der Schwerpunkt liegt auf einer textlichen Darstellung. Er sollte aber sprachlich in verständlicher Form abgefasst werden. Unter den einzelnen Gliederungspunkten sind kurze und konkrete Angaben vorgesehen.

1.1 Die Klinik

Beschreiben Sie hier kurz Ihre Klinik, seit wann sie besteht und welche Spezialisierung sie hat.

1.1.1 Lage der Klinik und Ausstattung

Beschreiben Sie hier die Lage Ihrer Klinik auch mit Vorteilen aus Patientensicht. Bei der Ausstattung sollte die apparative Ausstattung (diagnostisch-therapeutisch) Ihres Hauses dargestellt werden.

Anzahl der Behandlungsplätze zum 31.12.20yy

Hinweise auf Beleitpersonen, Kinder sowie Barrierefreiheit ist an dieser Stelle möglich. Die Beschreibung der Ausstattung der Zimmer kann en passant z.B. in der Einleitung oder im Teil 4 dieses Berichts erfolgen.

1.1.2 Träger der Einrichtung

Machen Sie hier Angaben zur Trägerschaft Ihrer Klinik. Sie sollten hier das Unternehmen als Träger der Einrichtung/Klinik charakterisieren.

1.1.3 Beleger, Zulassungen und Verträge

In diesem Kapitel werden sowohl Hauptbeleger als auch weitere Beleger genannt. Ferner werden die Zulassungen und Verträge aufgeführt, um Kostenträgern einen Überblick zu ermöglichen, welche Belegungsgrundlagen bestehen.

Sinnvoll ist ergänzend ein Hinweis darauf, dass Ihr Haus eine Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung nach § 111 SGB V ist, die Voraussetzungen der §§ 6 und 7 der Beihilfeverordnung erfüllt und deshalb beihilfefähig ist. Genannt werden können hier auch IV-Verträge, IRENA, ambulante Versorgung oder ein Hinweis für Selbstzahler.

1.2 Das Behandlungs- und Rehabilitationskonzept

Hier werden allgemeinverständliche Angaben zum Leistungs- (Indikations-) und Betreuungsspektrum der Klinik gemacht.

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

1.2.1 Qualitätsverständnis

Nennen Sie hier Leitbild und Qualitätsziele der Einrichtung.

Bitte beachten Sie, dass Sie bei der Darstellung Ihrer Unternehmensphilosophie ggf. einen Querverweis auf weitere Publikationen oder das Internet angeben.

1.2.2 Leistungsspektrum/Therapie- und Rehabilitationsangebote

Nennen Sie hier das therapeutische Leistungsspektrum der Klinik, Indikationen (benannt nach Fachabteilungsschlüssel) und dazugehörige Therapiekonzepte einschließlich der medizinischen Notfallversorgung.

Die Klinik xxx gewährleistet ein breites Spektrum an Therapieangeboten, das individuell auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten abgestimmt wird.

1.2.3 Rehabilitationskonzepte

Beschreiben Sie hier Ihr abteilungsübergreifendes Rehabilitationskonzept und spezifizieren Sie es danach für Ihre Fachabteilungen unter Nennung der jeweils behandelten Erkrankungen. Die hier für Patienten gedachte Darstellung sollte kurz und allgemeinverständlich erfolgen. Eine ausführliche Version soll unter Punkt 2.2.1.1 und folgende dargelegt werden.

Die Klinik xxx verfügt für die häufigsten Erkrankungen über speziell abgestimmte Rehabilitationskonzepte, die übereinstimmend mit den hohen Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) und des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS) erstellt worden sind. Sie dienen als Grundlage für einen Therapieplan, der individuell auf die Bedürfnisse der einzelnen Patienten zugeschnitten wird.

1.2.4 Besondere Betreuungsstrukturen

Nennen Sie hier besondere Betreuungsschwerpunkte incl. Kooperationen/Vernetzungen mit Dritten (etwa: Teilhabe am Arbeitsleben und/oder am Leben in der Gemeinschaft; Nachsorgekonzeptionen; betriebliches Integrationsmanagement); Zuweisungskriterien gemäß Strukturhebungsbogen; Früh-Rehabilitation.

1.2.5 Ergebnisqualität

Hierher schreiben Sie Ihre Ausführungen zur Ergebnisqualität einschließlich des Ergebnisses von Patientenbefragungen und Katamnesen in zusammenfassender, kurzer und leserlicher Form (ausführliche Darstellung vgl. Kapitel 3.2.3 und 3.2.4).

Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik xxx ist es wichtig, dass unsere Patienten erfolgreich behandelt werden. Mit verschiedenen Verfahren kontrollieren und dokumentieren wir deshalb die Behandlung; denn nur, was erfasst wird, kann auch verbessert werden.

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

1.2.6 Fallzahl behandelter Patientinnen und Patienten

Bitte geben Sie hier die Gesamtzahl der im abgelaufenen Berichtsjahr behandelten Patienten an sowie die durchschnittliche Verweildauer in Tagen ohne eine Differenzierung nach Reha-Trägern.

Unterscheiden Sie aber:

- a) stationäre Patienten (differenziert nach Medizinische Rehabilitation (Antragsverfahren) und Anschlussrehabilitation/Anschlussheilbehandlung (AHB/AR)
- b) ganztags ambulante Patienten

Im Jahr 20yy wurden in unserer Klinik als Patientinnen und Patienten behandelt und entlassen:

Indikationen	Anschlussrehabilitation Anschlussheilbehandlung (AHB/AR)		Medizinische Rehabilitation (Antragsverfahren)		Ganztags ambulante Rehabilitation	
	Anzahl	Verweildauer	Anzahl	Verweildauer	Anzahl	Verweildauer
Indikation 1						
Indikation 2						

1.2.7 Weiterentwicklung der Rehabilitationskonzepte

Ergänzen Sie hier Ihre Angaben zur Weiterentwicklung und Optimierung von Versorgungskonzepten.

1.2.8 Zertifizierung

Ergänzen Sie hier Ihre Angaben zur Zertifizierung, insbesondere seit wann sie besteht.

Die Klinik xxx verfügt über ein auf der DIN EN ISO 9001 und den Qualitätsgrundsätzen der Deutschen Gesellschaft für medizinische Rehabilitation (DEGEMED) bzw. des Fachverbandes Sucht e.V./der DEGEMED basierendes Qualitätsmanagement-System.

Dieses Qualitätsmanagement-System erfüllt die Anforderungen der im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erarbeiteten Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX.

Die Zertifizierung nach den o.g. Anforderungen erfolgte durch die Zertifizierungsgesellschaft xxx.



Das Qualitätslogo der DEGEMED bzw. des Fachverbandes Sucht e.V. können Sie als druckfähige Vorlage auch direkt bei der jeweiligen Geschäftsstelle anfordern.

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

2 Dokumentation – Zahlen, Daten, Fakten

In diesem 2. Teil sollen empirische Daten zusammengestellt werden. Er ist gegenüber dem ersten formalisierter. Dabei werden zunächst indikationsübergreifende Aussagen getroffen, ehe dann die einzelnen Indikationen ebenfalls kurz und prägnant vorgestellt werden. Auch hinsichtlich der Beschreibung der Therapiekonzepte ist an eine überschaubare Form gedacht, die unter Hinweis auf andere Veröffentlichungen ergänzt werden kann. **Es kann dabei zu Redundanzen in Bezug auf das erste Kapitel kommen. Das ist durchaus so gewollt, da es sich um zwei verschiedene Zielgruppen handelt, die durch den Qualitätsbericht angesprochen werden sollen.**

Die vorgegebenen Tabellenkategorien dürfen nicht verändert werden. Im Zweifel müssen Spalten oder Zeilen freigelassen werden.

Bitte beachten Sie:

Hier sollte bei der Darstellung darauf geachtet werden, dass die Kriterien und – optional – die indikationsspezifischen Zuweisungskriterien aus dem gemeinsamen Strukturerhebungsbogen von GRV und GKV erfüllt sind – „Wir erfüllen alle Kriterien, die ...“; anderenfalls würde man die eigene Klinik diskreditieren)

Im folgenden Kapitel haben wir als weitere Informationsgrundlagen detailliertere Zahlen, Daten und Fakten unseres Hauses zusammengestellt.

2.1 Mitarbeiter und medizinisch-technische Leistungen

Die für die Indikationen relevanten Kriterien aus dem gemeinsamen Strukturerhebungsbogen der Gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung werden erfüllt.

Bezüglich der personellen Ausstattung werden alle Vollzeit- und Teilzeitstellen aufgeführt. Die Systematik umfasst das gesamte für die Umsetzung der Rehabilitation erforderliche Personal. Die Struktur der Darstellung orientiert sich an den Schwerpunkten und Gegebenheiten der jeweiligen Klinik. Ergänzen Sie in den nachfolgenden Tabellen Ihre Angaben.

2.1.1 Mitarbeiter

Im Bedarfsfall können Sie am Ende der Tabelle weitere Berufsgruppen hinzufügen. Verändern Sie aber bitte nicht die vorgegebenen Kategorien.

Berufsgruppe	Anzahl (Vollzeit- stellen)	Qualifikationen
Ärzte		
Indikation 2		
Leitender Arzt (Chefarzt)		
Oberarzt		
Assistenzärzte		
Indikation 2		
Leitender Arzt (Chefarzt)		

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

Oberarzt		
Assistenzärzte		
Pflegedienst		
Pflegedienstleitung		
Examierte Krankenschwestern		
Nicht-examierte Pflegekräfte		
Therapeuten		
Leitender Psychologe		
Psychologischer Psychotherapeut		
Diplom-Psychologen		
Physiotherapeuten		
Ergotherapeuten		
Sporttherapeuten		
Masseur		
Diplom-Sozialarbeiter		
Diplom-Sozialpädagogen		
Ernährungsberatung		

Stand: 31.12.20yy

2.1.2 Medizinisch-technische Leistungen und apparative Versorgung

Ergänzen Sie hier Ihre Angaben aus diagnostisch-therapeutischer Sicht.

2.1.3 Medizinische Notfallversorgung

Ergänzen Sie hier Ihre Angaben zur Ausstattung, Regelung und Schulung.

2.2 In der Klinik behandelte Krankheitsbilder

Hier werden die besonderen Betreuungsschwerpunkte in Verbindung mit den jeweiligen Behandlungsdiagnosen und den rehabilitativen Leistungen erfasst. Die hier für Experten gedachte Darstellung sollte ausführlich erfolgen. Eine kurze und allgemeinverständliche Version soll unter Punkt 1.2.3 dargelegt werden.

Die Darstellung folgt dem Schema:

Indikation 1

1. Rekurs auf das Therapiekonzept mit den besonderen Betreuungsschwerpunkten
2. Die häufigsten Hauptdiagnosen (nach Entlassungsdiagnosen), mindestens 3 % Anteil im Berichtsjahr (kann auch kommentiert werden)
3. Die häufigsten Nebendiagnosen, mindestens 3 % Anteil im Berichtsjahr (optional)*

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

4. Kombination von Haupt- und Nebendiagnosen
5. Wichtige sozialmedizinische und soziodemographische Merkmale der Patienten
6. Therapeutische Leistungen

Indikation 2 ...

* Die Darstellung der Nebendiagnosen ist zumindest bei den somatischen Indikationen deshalb wichtig, weil auf diese Weise die Multimorbidität der Patienten sichtbar wird, deren Behandlung ein ureigenstes Gebiet der Rehabilitation ist.

Bitte beachten Sie: Die in den Abschnitten 2.2.x.2 bis 2.2.x.6 dargestellten Daten sollten aus intern geführten Statistiken stammen. Falls keine Daten vorliegen, kann auf (die meist nur einen Teil des behandelten Klientels beschreibenden) Rückmeldungen der Kostenträger zurückgegriffen werden.

2.2.1 Indikation 1

Ergänzen Sie hier Ihre Angaben.

Rehabilitationsziele sind:

- Ziel 1
- Ziel 2
- etc.

2.2.1.1 Therapiekonzepte

Ergänzen Sie hier Ihre Angaben.

2.2.1.2 Hauptdiagnosen

Bei der Darstellung der Haupt- bzw. Nebendiagnosen im Abschnitt 2.2.1.2 / 3 bzw. 2.2.2.2 / 3 ist zur besseren Differenzierung der einzelnen Diagnosen eine vierte Stelle zugelassen. D.h. statt F60 ist z.B. auch F60.X möglich.

Es sollen nur die Diagnosen aufgeführt werden, deren Anteil größer als 3 % ist.

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N= XX	Anzahl	Prozent

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

2.2.1.3 Nebendiagnosen

Bei der Darstellung der Haupt- bzw. Nebendiagnosen im Abschnitt 2.2.1.2 / 3 bzw. 2.2.2.2 / 3 ist zur besseren Differenzierung der einzelnen Diagnosen eine vierte Stelle zugelassen. D.h. statt F60 ist z.B. auch F60.X möglich.
Es sollen nur die Diagnosen aufgeführt werden, deren Anteil größer als 3 % ist.

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N= XX	Anzahl	Prozent

Quelle/Stand: bitte ergänzen

2.2.1.4 Kombination von Haupt- und Nebendiagnosen

Ergänzen Sie hier Ihre Angaben. Ggf. zeigen sich keine signifikanten Häufungen von Kombinationen.

2.2.1.5 Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten

Im Bereich der soziodemographischen Merkmale der Patienten unterscheiden sich die beiden Berichtsmuster von DEGEMED und Fachverband Sucht dahingehend, dass die Suchteinrichtungen die Struktur ihrer Klientel an dieser Stelle detaillierter beschreiben. Die Darstellung für die NICHT-Suchteinrichtungen folgt der Rückmeldung zur Rehabilitandenstruktur der DRV. Angegeben werden sollen hier unter Nennung der Quelle jeweils nur die Daten, die der Einrichtung zur Verfügung stehen. Es dürfen keine Zeilen gelöscht oder Kategorien verändert werden.

Die folgende Tabelle gilt für NICHT-Suchteinrichtungen!

Indikation 1 Datenbasis N= XX, Angaben in Prozent		Frauen	Männer	Gesamt
Geschlecht				
Anteile der Geschlechter	absolut	356	141	497
	prozentual	(71,9%)	(28,1%)	(100,0%)
Alter				
18 bis 29 Jahre		4,1%	4,3%	4,2%
30 bis 39 Jahre		10,3%	9,7%	10,5%
40 bis 49 Jahre		27,1%	38,3%	30,2%
50 bis 59 Jahre				
60 Jahre und älter				
Durchschnittsalter in Jahren	absolute Angabe	50,9	50,0	50,6
Höchste Schulbildung				
derzeit in Schulausbildung				
ohne Schulabschluss abgegangen				
Sonderschulabschluss				
Haupt-/Volksschulabschluss				
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule				
(Fach-) Hochschulreife / Abitur				
anderer Abschluss				

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

Stellung im Beruf			
Nicht erwerbstätig (z.B. Hausfrau, nicht erwerbstätiger Rentner, Vorruhestandsgeldempfänger)			
Auszubildender (Lehrling, Anlernling, Praktikant, Volontär, Student)			
Ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)			
Angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig)			
Facharbeiter			
Meister, Polier (gleichgültig ob Arbeiter oder Angestellter)			
Angestellter (aber nicht Meister, Polier im Angestelltenverhältnis)			
Selbständiger			
Arbeitsunfähigkeit vor Reha			
Keine AU-Zeiten innerhalb von 12 Monaten vor Reha			
Bis unter 3 Monate AU			
3 bis unter 6 Monate AU			
6 und mehr Monate AU			
Nicht erwerbstätig			
Status Arbeitsfähigkeit bei Entlassung			
Arbeitsfähig			
Arbeitsunfähig			
Keine Beurteilung erforderlich			

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Die folgende Tabelle gilt für NICHT-Suchteinrichtungen!

Entlassungsform (nach ärztlichem Reha-Entlassungsbericht) Datenbasis N= XX, Angaben in Prozent	Frauen	Männer	Gesamt
regulär	65,4%	66,7%	65,7%
vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	4,5%	4,3%	4,5%
vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	3,7%	5,7%	4,3%
vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	11,8%	12,4%	12,0%
Disziplinarisch	2,1%	1,0%	1,8%
Verlegt	1,2%	1,2%	1,2%
Wechsel zu ambulanter, teilstationärer, stationärer Reha	11,2%	8,7%	10,5%
Gestorben	0,1%	0,0%	0,0%

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

-----Anfang der suchtspezifischen Tabellen-----

Die folgende Tabelle gilt nur für SUCHTEINRICHTUNGEN!

Indikation 1		Frauen	Männer	Gesamt
Datenbasis N= XX, Angaben in Prozent				
Geschlecht				
Anteile der Geschlechter	absolut prozentual	356 (71,9%)	141 (28,1%)	497 (100,0%)
Alter				
18 bis 29 Jahre		4,1%	4,3%	4,2%
30 bis 39 Jahre		10,3%	9,7%	10,5%
40 bis 49 Jahre		27,1%	38,3%	30,2%
50 bis 59 Jahre				
60 Jahre und älter				
Durchschnittsalter in Jahren	absolute Angabe	50,9	50,0	50,6
Höchste Schulbildung				
derzeit in Schulausbildung				
ohne Schulabschluss abgegangen				
Sonderschulabschluss				
Haupt-/Volksschulabschluss				
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule				
(Fach-) Hochschulreife / Abitur				
anderer Abschluss				
Stellung im Beruf (bei Betreuungsbeginn)				
Auszubildender				
Arbeiter / Angestellter / Beamter				
Selbstständiger / Freiberufler				
sonstige Erwerbspersonen (z.B. Wehrdienst, Elternzeit, mithelfende Familienangehörige)				
in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)				
arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG-I)				
arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG-II)				
Schüler / Student				
Hausfrau / Hausmann				
Rentner / Pensionär				
sonstige Nichterwerbspersonen (z.B. SGB XII)				
Status Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme				
Arbeitsfähig				
Arbeitsunfähig				
Keine Beurteilung erforderlich				
Status Arbeitsfähigkeit bei Entlassung				
Arbeitsfähig				
Arbeitsunfähig				
Keine Beurteilung erforderlich				

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

Zusätzliche suchtspezifische Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten:

Die folgende Tabelle gilt nur für SUCHTEINRICHTUNGEN!

Beim Item „vermittelnde Instanz“ sollen die zehn häufigsten Vermittler genannt werden.

Indikation 1	Frauen	Männer	Gesamt
Datenbasis N= XX , Angaben in Prozent			
Vermittelnde Instanz			
keine / Selbstmelder	4,1%	4,3%	4,2%
Familie	10,3%	9,7%	10,5%
Arbeitgeber, Betrieb, Schule	27,1%	38,3%	30,2%
Abstinenz-, Selbsthilfegruppe	50,9%	50,0%	50,6%
ärztliche oder psychotherapeutische Praxis	50,9%	50,0%	50,6%
niedrigschwellige Einrichtung (Notschlafstelle, Konsumraum, Streetwork)			
Suchtberatungs- und / oder -behandlungsstelle, Fachambulanz			
Institutsambulanz			
ambulantes betreutes Wohnen			
Arbeits- und Beschäftigungsprojekt			
Krankenhaus / Krankenhausabteilung			
teilstationäre Rehabilitationseinrichtung			
stationäre Rehabilitationseinrichtung			
Adaptionseinrichtung			
teilstationäre Einrichtung der Sozialtherapie (Tagesstätte etc.)			
stationäre Einrichtung der Sozialtherapie			
Pflegeheim			
Sozialdienst JVA / Maßregelvollzug			
Sozialpsychiatrischer Dienst			
andere Beratungsdienste (z.B. Ehe-, Familien-, Erziehungsberatung)			
Einrichtung der Jugendhilfe / Jugendamt			
soziale Verwaltung (Sozialamt, Wohnungsamt, Gesundheitsamt)			
Arbeitsagentur, Job-Center, Arbeitsgemeinschaft (ARGE)			
Straßenverkehrsbehörde / Führerscheinstelle			
Justizbehörden / Bewährungshilfe			
Kosten-, Leistungsträger			
sonstige			
Abhängigkeitsdauer			
Abhängigkeitsdauer in Jahren (Mittelwert +/- Standardabweichung)			
Anzahl der Entzugsbehandlungen			
keine Entzugsbehandlung			
eine Entzugsbehandlung			
zwei Entzugsbehandlungen			

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

drei Entzugsbehandlungen			
vier Entzugsbehandlungen			
fünf bis zehn Entzugsbehandlungen			
elf bis zwanzig Entzugsbehandlungen			
mehr als zwanzig Entzugsbehandlungen			
Anzahl der bisher durchgeführten stationären Entwöhnungen			
bisher noch keine stationäre Entwöhnung durchgeführt			
bisher eine stationäre Entwöhnung durchgeführt			
bisher zwei stationäre Entwöhnungen durchgeführt			
bisher drei stationäre Entwöhnungen durchgeführt			
bisher mehr als drei stationäre Entwöhnungen durchgeführt			
Anzahl der ambulanten Entwöhnungen			
keine ambulante Entwöhnung			
eine ambulante Entwöhnung			
zwei bis vier ambulante Entwöhnungen			
mehr als vier ambulante Entwöhnungen			

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Die folgende Tabelle gilt nur für SUCHTEINRICHTUNGEN!

Entlassungsform (nach ärztlichem Reha-Entlassungsbericht) Datenbasis N= XX, Angaben in Prozent	Frauen	Männer	Gesamt
regulär	65,4%	66,7%	65,7%
vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	4,5%	4,3%	4,5%
vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	3,7%	5,7%	4,3%
vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	11,8%	12,4%	12,0%
disziplinarisch	2,1%	1,0%	1,8%
außerplanmäßige Verlegung / außerplanmäßiger Wechsel in eine andere Einrichtung	1,2%	1,2%	1,2%
planmäßiger Wechsel in andere Behandlungsform	11,2%	8,7%	10,5%
gestorben	0,1%	0,0%	0,0%

Quelle/Stand: bitte ergänzen

-----Ende der suchtspezifischen Tabellen-----

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

2.2.1.6 Therapeutische Leistungen

Die KTL-Daten sollten von der Klinik aus eigenen Daten der Klinikdokumentation erstellt werden. Falls dies nicht möglich sein sollte, kann auch die KTL-Rückmeldung der DRV verwendet werden.

Die Klinik erbringt ihre Therapeutischen Leistungen nach den Vorgaben der KTL 2007 bezüglich Dauer, Frequenz, Höchstteilnehmerzahl in Gruppen und Qualifikation der Behandler.

Das Schema ist an der Vorlage der jeweils aktuellen DRV-Rückmeldung auszurichten.

Abteilung Indikation 1 Datenbasis N = xxx	Zusammenfassung der erbrachten therapeutischen Leistungen	
Die durchschnittliche Leistungsmenge beträgt	xx,x	Leistungen pro Woche
Die durchschnittliche Leistungsdauer beträgt	xx,x	Stunden pro Woche
Ein Rehabilitand erhält durchschnittlich Leistungen aus	x,x	von xx KTL-Kapiteln

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Abteilung Indikation 1 Datenbasis N= XX	Erbrachte Leistungen					
			pro Rehabilitand			
	Rehabilitanden mit mind. einer Leistung		Leistungen		Dauer (Std.)	
	Anzahl	Anteil	pro Woche	pro Reha	pro Woche	pro Reha
A Sport- und Bewegungstherapie	1.210	95%	5,1	17,7	2,2	7,6
B Physiotherapie	1.262	100%	7,0	23,6	3,4	11,5
C Information, Motivation, Schulung	1.242	98%	1,3	4,2	1,1	3,5
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	433	34%	0,7	2,4	0,2	0,7
E Ergotherapie, Arbeitstherapie u.a. funktionelle Therapien	107	8%	1,4	5,3	0,8	2,8
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie	497	39%	1,1	4,0	0,8	2,9
G Psychotherapie	28	2%	1,0	3,7	1,2	4,2
H Reha-Pflege	65	5%	0,5	1,8	0,1	0,2
K Physikalische Therapie	1.193	94%	5,1	17,8	2,1	7,2
L Rekreationstherapie	1.076	85%	5,7	19,7	0,5	1,7
M Ernährung	85	7%	7,4	26,7	0,0	0,0
Insgesamt	1.268	100%	24,2	82,6	9,4	32,1

Quelle/Stand: bitte ergänzen

2.2.2 Indikation 2

Ergänzen Sie hier Ihre Angaben.

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

Rehabilitationsziele sind:

- Ziel 1
- Ziel 2
- Ziel etc.

2.2.2.1 Therapiekonzepte

Ergänzen Sie hier Ihre Angaben.

2.2.2.2 Hauptdiagnosen

Bei der Darstellung der Haupt- bzw. Nebendiagnosen im Abschnitt 2.2.1.2 / 3 bzw. 2.2.2.2 / 3 ist zur besseren Differenzierung der einzelnen Diagnosen eine vierte Stelle zugelassen. D.h. statt F60 ist z.B. auch F60.X möglich.

Es sollen nur die Diagnosen aufgeführt werden, deren Anteil größer als 3 % ist.

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N= XX	Anzahl	Prozent

Quelle/Stand: bitte ergänzen

2.2.2.3 Nebendiagnosen

Bei der Darstellung der Haupt- bzw. Nebendiagnosen im Abschnitt 2.2.1.2 / 3 bzw. 2.2.2.2 / 3 ist zur besseren Differenzierung der einzelnen Diagnosen eine vierte Stelle zugelassen. D.h. statt F60 ist z.B. auch F60.X möglich.

Es sollen nur die Diagnosen aufgeführt werden, deren Anteil größer als 3 % ist.

ICD-10 Code	Diagnose Datenbasis N= XX	Anzahl	Prozent

Quelle/Stand: bitte ergänzen

2.2.2.4 Kombination von Haupt- und Nebendiagnosen

Ergänzen Sie hier Ihre Angaben. Ggf. zeigen sich keine signifikanten Häufungen von Kombinationen.

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

2.2.2.5 Sozialmedizinische und Soziodemographische Merkmale der Patienten

Im Bereich der soziodemographischen Merkmale der Patienten unterscheiden sich die beiden Berichtsmuster von DEGEMED und Fachverband Sucht dahingehend, dass die Suchteinrichtungen die Struktur ihrer Klientel an dieser Stelle detaillierter beschreiben. Die Darstellung für die NICHT-Suchteinrichtungen folgt der Rückmeldung zur Rehabilitandenstruktur der DRV. Angegeben werden sollen hier unter Nennung der Quelle jeweils die Daten, die der Einrichtung zur Verfügung stehen.

Die folgende Tabelle gilt für NICHT-Suchteinrichtungen!

Indikation 1 Datenbasis N= XX, Angaben in Prozent		Frauen	Männer	Gesamt
Geschlecht				
Anteile der Geschlechter	absolut	356	141	497
	prozentual	(71,9%)	(28,1%)	(100,0%)
Alter				
18 bis 29 Jahre		4,1%	4,3%	4,2%
30 bis 39 Jahre		10,3%	9,7%	10,5%
40 bis 49 Jahre		27,1%	38,3%	30,2%
50 bis 59 Jahre				
60 Jahre und älter				
Durchschnittsalter in Jahren	absolute Angabe	50,9	50,0	50,6
Höchste Schulbildung				
derzeit in Schulausbildung				
ohne Schulabschluss abgegangen				
Sonderschulabschluss				
Haupt-/Volksschulabschluss				
Realschulabschluss / Polytechnische Oberschule				
(Fach-) Hochschulreife / Abitur				
anderer Abschluss				
Stellung im Beruf				
Nicht erwerbstätig (z.B. Hausfrau, nicht erwerbstätiger Rentner, Vorruhestandsgeldempfänger)				
Auszubildender (Lehrling, Anlernling, Praktikant, Volontär, Student)				
Ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)				
Angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig)				
Facharbeiter				
Meister, Polier (gleichgültig ob Arbeiter oder Angestellter)				
Angestellter (aber nicht Meister, Polier im Angestelltenverhältnis)				
Selbständiger				
Arbeitsunfähigkeit vor Reha				
Keine AU-Zeiten innerhalb von 12 Monaten vor Reha				
Bis unter 3 Monate AU				
3 bis unter 6 Monate AU				

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

6 und mehr Monate AU			
Nicht erwerbstätig			
Status Arbeitsfähigkeit bei Entlassung			
Arbeitsfähig			
Arbeitsunfähig			
Keine Beurteilung erforderlich			

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Die folgende Tabelle gilt für NICHT-Suchteinrichtungen!

Entlassungsform (nach ärztlichem Reha-Entlassungsbericht) Datenbasis N= XX, Angaben in Prozent	Frauen	Männer	Gesamt
regulär	65,4%	66,7%	65,7%
vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	4,5%	4,3%	4,5%
vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	3,7%	5,7%	4,3%
vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	11,8%	12,4%	12,0%
disziplinarisch	2,1%	1,0%	1,8%
verlegt	1,2%	1,2%	1,2%
Wechsel zu ambulanter, teilstationärer, stationärer Reha	11,2%	8,7%	10,5%
gestorben	0,1%	0,0%	0,0%

Quelle/Stand: bitte ergänzen

2.2.2.6 Therapeutische Leistungen

Die KTL-Daten sollten von der Klinik aus eigenen Daten der Klinikdokumentation erstellt werden. Falls dies nicht möglich sein sollte, kann auch die KTL-Rückmeldung der DRV verwendet werden.

Die Klinik erbringt ihre therapeutischen Leistungen nach den Vorgaben der KTL 2007 bezüglich Dauer, Frequenz, Höchstteilnehmerzahl in Gruppen und Qualifikation der Behandler.

Das Schema ist an der Vorlage der jeweils aktuellen DRV-Rückmeldung auszurichten.

Abteilung Indikation 2 Datenbasis N = xxx	Zusammenfassung der erbrachten therapeutischen Leistungen	
Die durchschnittliche Leistungsmenge beträgt	xx,x	Leistungen pro Woche
Die durchschnittliche Leistungsdauer beträgt	xx,x	Stunden pro Woche
Ein Rehabilitand erhält durchschnittlich Leistungen aus	x,x	von xx KTL-Kapiteln

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Abteilung Indikation 2 Datenbasis N= XX	Erbrachte Leistungen	
	Rehabilitanden mit mind. einer Leistung	pro Rehabilitand
		Leistungen

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

	Anzahl	Anteil	pro Woche	pro Reha	pro Woche	pro Reha
A Sport- und Bewegungstherapie	1.210	95%	5,1	17,7	2,2	7,6
B Physiotherapie	1.262	100%	7,0	23,6	3,4	11,5
C Information, Motivation, Schulung	1.242	98%	1,3	4,2	1,1	3,5
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	433	34%	0,7	2,4	0,2	0,7
E Ergotherapie, Arbeitstherapie u.a. funktionelle Therapien	107	8%	1,4	5,3	0,8	2,8
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie	497	39%	1,1	4,0	0,8	2,9
G Psychotherapie	28	2%	1,0	3,7	1,2	4,2
H Reha-Pflege	65	5%	0,5	1,8	0,1	0,2
K Physikalische Therapie	1.193	94%	5,1	17,8	2,1	7,2
L Rekreationstherapie	1.076	85%	5,7	19,7	0,5	1,7
M Ernährung	85	7%	7,4	26,7	0,0	0,0
Insgesamt	1.268	100%	24,2	82,6	9,4	32,1

Quelle/Stand: bitte ergänzen

3 Qualitätspolitik und Qualitätssicherung

Hier sollten die strategischen und operativen Ziele der Qualitätspolitik der Rehabilitationsklinik kurz und prägnant dargestellt werden.

Die vorgegebenen Tabellenkategorien dürfen nicht verändert werden.

Im Zweifel müssen Spalten bzw. Zeilen freigelassen werden.

3.1 Qualitätspolitik der Einrichtung

Beschreiben Sie das Klinikkonzept in Bezug auf die Qualität.

3.1.1 Strategische und operative Ziele

In ersten Teil dieses Abschnitts werden die strategischen und operativen Ziele der Qualitätspolitik der Rehabilitationsklinik dargestellt (Strategische Ziele, übergeordnete Qualitätsziele bis zu fünf Jahren; operative Ziele, Abteilungsziele einjährig).

Auf eine ausschweifende Qualitätslyrik sollte verzichtet werden. Es wird auf grundlegende Maßnahmen zur Verbreitung und Umsetzung der Qualitätspolitik hingewiesen. Zu diesen Maßnahmen gehören auch die Informationen an Patienten, an Mitarbeiter, an niedergelassene Ärzte und andere Kunden in der Versorgung, an die Kosten- und Leistungsträger sowie an die interessierte Fachöffentlichkeit.

3.1.2 Umsetzung von Reha-Therapiestandards

Ergänzen Sie hier Ihren Angaben z.B. zur Umsetzung der Reha-Therapiestandards der DRV.

Die internen Auswertungen zur Erfüllung der Reha-Therapiestandards sollen in den Kap. 3.2.4.x dargestellt werden, die diesbezüglichen Ergebnisse der externen Qualitätssicherung in Kap. 3.2.3.x.

3.1.3 Umsetzung spezifischer rechtlicher Anforderungen

Ergänzen Sie hier Ihre Angaben zur Umsetzung spezifischer rechtlicher Anforderungen wie Hygienemanagement, Arbeitsschutzmanagement der BGW, etc.

3.2 Qualitätssicherung für die Einrichtung

Der zweite Abschnitt umfasst die Praxis der Qualitätssicherung im klinikinternen Bereich und die Teilnahme an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Es geht um die Qualitätssicherung und ihre indikationsspezifischen Ergebnisse (mit Interpretationshinweisen auf die sozialmedizinische und soziodemographische Struktur). Hierbei sollten keine grundsätzlichen Ausführungen mehr angestellt sondern ausschließlich konkrete Maßnahmen beschrieben werden.

Dargestellt werden (soweit vorhanden):

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

1. Ergebnisse von QS im Einrichtungs-/Indikations-Ranking von GRV oder GKV oder GUV)
2. Ergebnisqualität der Behandlungs- und Rehabilitationsverläufe
3. Konzeptbewertungen und Qualitätsbeurteilungen durch Patienten
4. Mitarbeiterbefragung (mindestens Beteiligungsquote)
5. Konzeptbewertungen und Qualitätsbeurteilungen im Rahmen systematischer Studien
6. Ergebnisse der Komplikationsstatistik

In der Klinik xxx erfolgt eine interne und externe Qualitätskontrolle durch Erhebungen und Sicherungsverfahren der Rehabilitationsträger. Die Klinik erhält durch Visitationen und Berichte zur Qualitätssicherung differenzierte Rückmeldungen. Durch jährliche Audits wird die Einhaltung der anspruchsvollen Qualitätsgrundsätze der DEGEMED dokumentiert. (Ausgangsposition / Datenbasis s. 3.2.3)

3.2.1 Internes Qualitätsmanagement

Hier sollte auch der Kriterienkatalog der Vereinbarung nach § 137d SGB V, § 4 Absatz 3 berücksichtigt werden, einschließlich Kooperation/Vernetzung mit Dritten sowie ein Hinweis auf die Zertifizierung erfolgen.

3.2.1.1 Aufbau, Struktur, Instrumente und Weiterentwicklung von QM

Ergänzen Sie hier Ihre Angaben zu Aufbau, Struktur, Instrumenten und Weiterentwicklung von QM (z.B. QMB; interne Audits; Projekte und Qualitätszirkel, Mitarbeiterbefragungen, Zertifizierung etc.)

3.2.1.2 QM-Projekte

Ergänzen Sie hier Ihre Angaben zu ausgewählten QM-Projekten im Berichtszeitraum.

3.2.2 Qualifizierung der Mitarbeiter

In diesem Abschnitt wird eine Übersicht erstellt, welche Aktivitäten entwickelt und umgesetzt wurden, um die fachliche Qualität und die Kompetenzen und Erfahrungen des Personals zu verbessern. In welchem Rahmen die systematischen Erfahrungen der Klinik an externe Kunden vermittelt wurden ist Thema des Gliederungspunktes „4. Aktivitäten und Veranstaltungen“.

Die Fort- und Weiterbildungsaktivitäten (extern und intern) sollten nach Themen gegliedert aufgeführt werden und nicht in einer kalendarischen Auflistung der einzelnen Themen. Es wird die Teilnahme an Veranstaltungen dokumentiert, die Bestandteile formeller Fort- und Weiterbildungen von Fachgesellschaften und Ausbildungsinstitutionen für spezifische Berufsgruppen sind. Wichtig ist hier auch ein Hinweis auf Auszubildende.

3.2.2.1 Klinikinterne Fort- und Weiterbildung

Bitte ergänzen Sie hier Ihre Angaben.

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

3.2.2.2 Teilnahme an externen Fort- und Weiterbildungen

Bitte ergänzen Sie hier Ihre Angaben.

3.2.3 Externe Qualitätssicherung

Im dritten Abschnitt werden die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung vorgestellt (QS GRV, GKV und GUV, ggf. weitere externe Verfahren z.B. EVA-Reha). Hierbei kann auf die besondere Risikostruktur in der Zusammensetzung der Patienten hingewiesen werden, von der bekannt ist, dass diese eng mit den nachfolgenden Qualitätsergebnissen im Zusammenhang steht.

Werden Ergebnisdarstellungen des Qualitätsrankings aus den externen Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgestellt, erfolgen diese komplett und nicht nur auszugsweise. Es wird empfohlen, die Ergebnisse zur Qualitätsbeurteilung durch Patienten auf der Basis einheitlicher Befragungsinstrumente darzustellen. Weiterhin werden ausschließlich die Ergebnisse systematischer wissenschaftlicher Studien berichtet. Der Umfang dieser Ergebnisdarstellungen sollte die übliche Abstractlänge nicht überschreiten. Darüber hinaus wird die Möglichkeit eröffnet, neue Entwicklungen zu spezifischen Behandlungs- und Rehabilitationselementen vorzustellen.

Bei der Darstellung der Ergebnisse von Rückmeldungen aus der externen Qualitätssicherung der Leistungsträger (z.B. QS-Programm der DRV oder der GKV) sind die rückgemeldeten Ergebnisse der Leistungsträger jeweils komplett darzustellen und nicht nur auszugsweise. Es wird das jeweils letzte Ergebnis aufgeführt, auch wenn dieses bereits mehrere Jahre zurück liegt.

Ergebnisse interner Qualitätssicherung werden im Kapitel 3.2.4 dargestellt.

Die Klinik xxx nimmt am externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund bzw. der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen teil. Die hier dargestellten Daten sind die zum Zeitpunkt der Berichterstellung aktuellsten vorliegenden Rückmeldungen.

Exemplarisch werden hier die Ergebnisse aus dem BQR-System (Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen) der DRV Bund dargestellt. Bei Teilnahme an einem anderen externen Qualitätssicherungsverfahren muss eine entsprechende Anpassung erfolgen.

3.2.3.1 Indikation 1

Patientenbefragung

Ca. sechs Wochen nach Entlassung werden die Rehabilitanden von der DRV zur Zufriedenheit mit der stationären Rehabilitation nachbefragt. Die Rückmeldung an die Einrichtungen erfolgt bis zu zweimal jährlich.

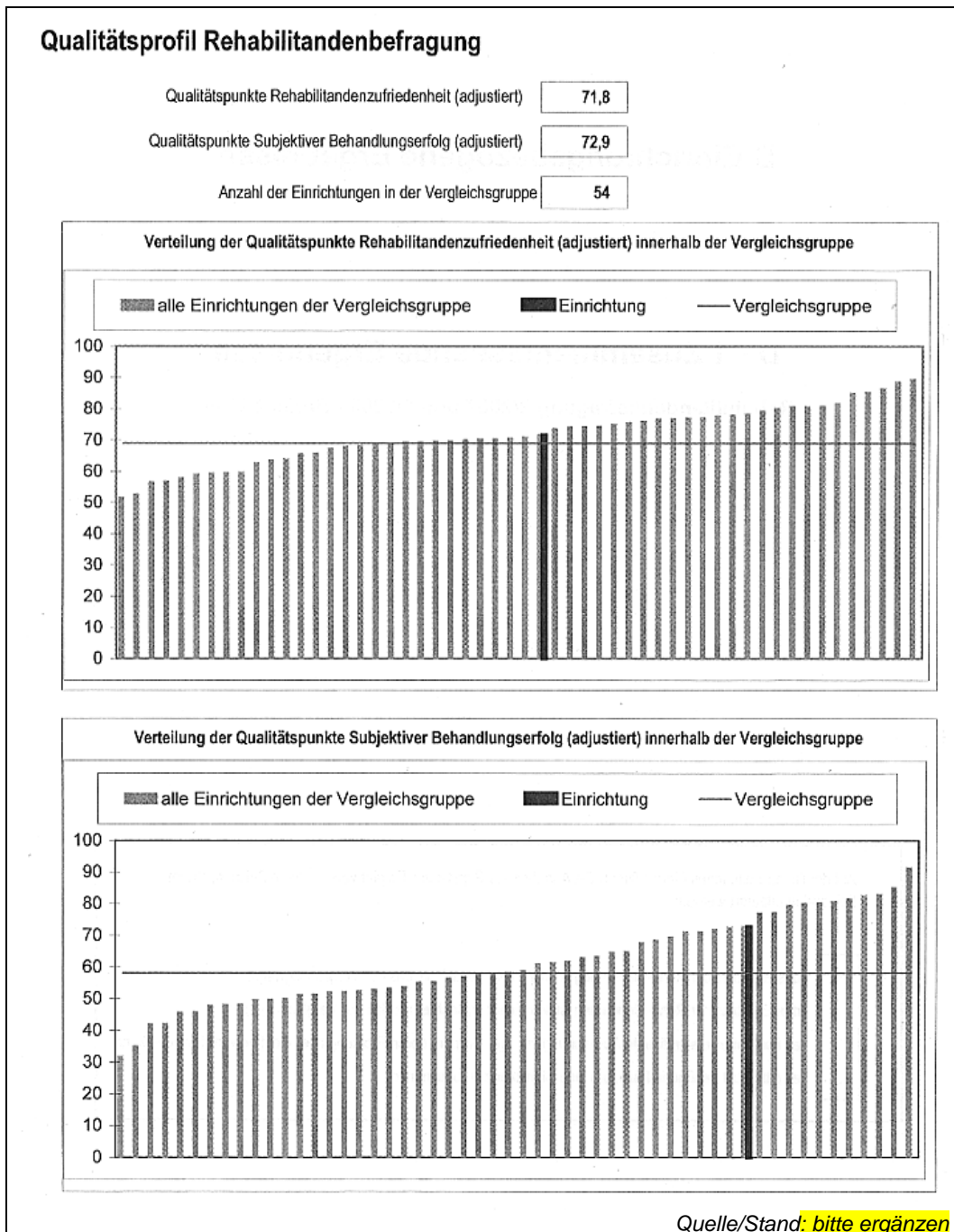
Die Rückmeldungen somatischer und psychosomatischer Patienten unterscheiden sich. Ferner hat die DRV damit begonnen, Ihre Rehabilitandenbefragungen weiter zu entwickeln (neuer Fragebogen, Adjustierung der Ergebnisse, Umrechnung auf 100-Punkte-Skala, graphische Darstellung des Gesamtergebnisses). Hier zur Darstellung kommen

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

soll die jeweils aktuellste Auswertung in Ihrer jeweiligen Form. Beispielhaft wird hier für die Indikation 1 die neue somatische Auswertung dargestellt, für die Indikation 2 die alte psychosomatische.

----- Darstellung neue Auswertung somatisch -----
----- (ggf. durch alte Auswertung psychosomatisch von Indikation 2 ersetzen): -----

Die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung bezüglich Zufriedenheit und subjektivem Behandlungserfolg sind adjustiert und in Qualitätspunkte auf eine Skala von 1 bis 100 umgerechnet (Optimum = 100 Punkte). Hiermit soll eine bessere Vergleichbarkeit der Beurteilungen verschiedener Rehabilitandengruppen erreicht werden.



Zufriedenheit mit der Rehabilitation aus Patientensicht

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

Bei der tabellarischen Darstellung der Itemblocks sollte der Übersichtlichkeit und des besseren Verständnisses halber auf die Darstellung der Spalte „Einrichtung erwartet“ verzichtet werden.

Abteilung Indikation 1	gemittelte Skalenwerte von 1 (sehr gut) bis 5 (schlecht) bzw. von 0 (Min.) bis 100 (Max.) Punkte	Einrichtung beobachtet	Vergleichs- gruppe
Datenbasis N= 23			
Zufrieden mit ...			
... der ärztlichen Betreuung			
... der psychologischen Betreuung			
... der pflegerischen Betreuung			
... den Einrichtungsangeboten			
... Gesundheitsbildung und -training			
... den durchgeführten Behandlungen			
... den in Anspruch genommenen Beratungen			
... der Abstimmung über Reha-Plan und -Ziele			
... der Vorbereitung auf die Zeit danach			
... der Reha insgesamt			
Rehabilitandenzufriedenheit			
Qualitätspunkte Rehabilitandenzufriedenheit			
Qualitätspunkte Rehabilitandenzufriedenheit (adjustiert)			

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Behandlungserfolg im Patientenurteil

Abteilung Indikation 1	gemittelte Skalenwerte von 1 (sehr gut) bis 5 (schlecht) bzw. von 0 (Min.) bis 100 (Max.) Punkte	Einrichtung beobachtet	Vergleichs- gruppe
Datenbasis N= 23			
Reha-bedingte Verbesserung ...			
... des allgemeinen Gesundheitszustandes			
... der psychophysischen Beschwerden			
... der körperlichen Beschwerden			
... der Leistungsfähigkeit (Beruf, Freizeit, Alltag)			
... des gesundheitsförderlichen Verhaltens			
Reha-Erfolg insgesamt			
Subjektiver Behandlungserfolg			
Qualitätspunkte Subjektiver Behandlungserfolg			
Qualitätspunkte Subjektiver Behandlungserfolg (adjustiert)			

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Dokumentation therapeutischer Leistungen

Die therapeutischen Leistungen werden während des Therapieverlaufs dokumentiert und der Rentenversicherung im Entlassungsbrief mitgeteilt. Seitens der Rentenversicherung werden die erbrachten therapeutischen Leistungen statistisch ausgewertet und den Kliniken rückgemeldet.

Die Ergebnisse der Dokumentation therapeutischer Leistungen (KTL) werden von der Rentenversicherung in Qualitätspunkte auf einer Skala von 1 bis 100 umgerechnet (Optimum = 100 Punkte). Hierdurch soll eine bessere Vergleichbarkeit der Rehabilitationskli-

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

niken erreicht werden. Ferner wird das Ergebnis der jeweiligen Indikation gegenüber einer Vergleichsgruppe graphisch dargestellt.

Indikation 1	Absolute Werte	Q-Punkte	Q-Punkte
	Klinik XY	Klinik XY	Vergleichsgruppe
Leistungsmenge	xx,x / Woche	xx,x	xx,x
Leistungsdauer	xx,x Std. / Woche	xx,x	xx,x
Leistungsverteilung		xx,x	xx,x
Therapeutische Versorgung gesamt		xx,x	xx,x

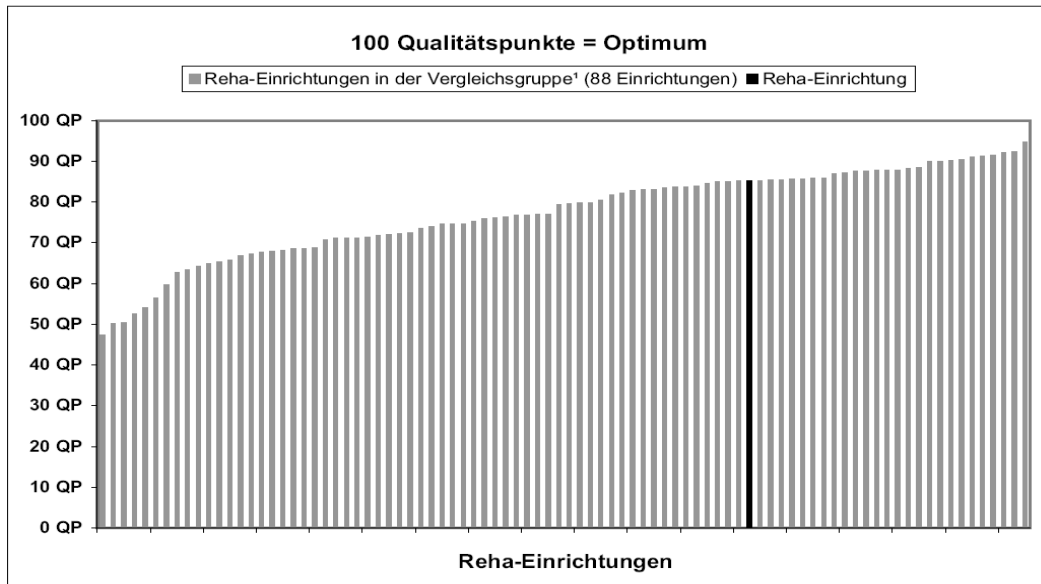
Quelle/Stand: bitte ergänzen

Sofern im Kapitel 2.2.1.6 keine internen, sondern die Daten der DRV mittels der Tabelle „Erbrachte Leistungen“ dargestellt wurden, kann auf die Wiederholung der Tabelle an dieser Stelle verzichtet werden, es reicht der Verweis „s.a. Tabelle Erbrachte Leistungen Kap. 2.2.1.6“.

Abteilung Indikation 1 Datenbasis N= xx	Erbrachte Leistungen					
	Rehabilitanden mit mind. einer Leistung		pro Rehabilitand			
			Leistungen		Dauer (Std.)	
	Anzahl	Anteil	pro Woche	pro Reha	pro Woche	pro Reha
A Sport- und Bewegungstherapie	1.210	95%	5,1	17,7	2,2	7,6
B Physiotherapie	1.262	100%	7,0	23,6	3,4	11,5
C Information, Motivation, Schulung	1.242	98%	1,3	4,2	1,1	3,5
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	433	34%	0,7	2,4	0,2	0,7
E Ergotherapie, Arbeitstherapie u. a. funktionelle Therapien	107	8%	1,4	5,3	0,8	2,8
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie	497	39%	1,1	4,0	0,8	2,9
G Psychotherapie	28	2%	1,0	3,7	1,2	4,2
H Reha-Pflege	65	5%	0,5	1,8	0,1	0,2
K Physikalische Therapie	1.193	94%	5,1	17,8	2,1	7,2
L Rekreationstherapie	1.076	85%	5,7	19,7	0,5	1,7
M Ernährung	85	7%	7,4	26,7	0,0	0,0
INSGESAMT	1.268	100%	24,2	82,6	9,4	32,1

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.



¹ Reha-Einrichtungen mit mind. 50 Reha-Entlassungsberichten mit je mind. einem gültigen KTL-Code, Mindestaufenthaltsdauer 7 Tage

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Reha-Therapiestandards

Falls Reha-Therapiestandards der DRV zur Anwendung kommen und entsprechende Auswertungen vorliegen, sollen die Ergebnisse hier dargestellt werden. Ansonsten ist dieser Punkt komplett zu löschen, die Nummerierung der nachfolgenden Überschriften ist entsprechend anzupassen.

Die Deutsche Rentenversicherung hat für einige der häufigsten Diagnosen Therapiestandards entwickelt, die sich aus evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) zusammensetzen. Die ETM bestehen aus fest zugeordneten KTL-Leistungen und legen somit fest, welche Mindestanforderungen die Klinik hinsichtlich der Durchführung der entsprechenden Therapien erfüllen soll. Die Erfüllung dieser Anforderungen – bezogen auf die Gesamtheit der mit der entsprechenden Diagnose behandelten Patienten – wird im Folgenden für die relevanten Reha-Therapiestandards dargestellt:

Das Schema ist an der Vorlage der jeweils aktuellen DRV-Rückmeldung auszurichten.

Versorgung der Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandard					n = xxx
<Name des Reha-Therapiestandards>		Anteil der Rehabilitanden ...			Mindestanteil
Entlassungszeitraum: Jan. xx – Dez. xx		ohne Leistungen des ETM	mit zu geringen		
ETM			unter 2/3	ab 2/3	
ETM 01:					
ETM 02:					
ETM 03:					
ETM 04:					
ETM 05:					
ETM 06:					
ETM 07:					
ETM 08:					

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

ETM 09:						
ETM 10:						
ETM 11:						
ETM 12:						
ETM 13:						
ETM 14:						
ETM 15:						
ETM 16:						
ETM 17:						
ETM 18:						
ETM 19:						
ETM 20:						

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Peer Review-Verfahren (Prüfung der Qualität der Entlassungsberichte)

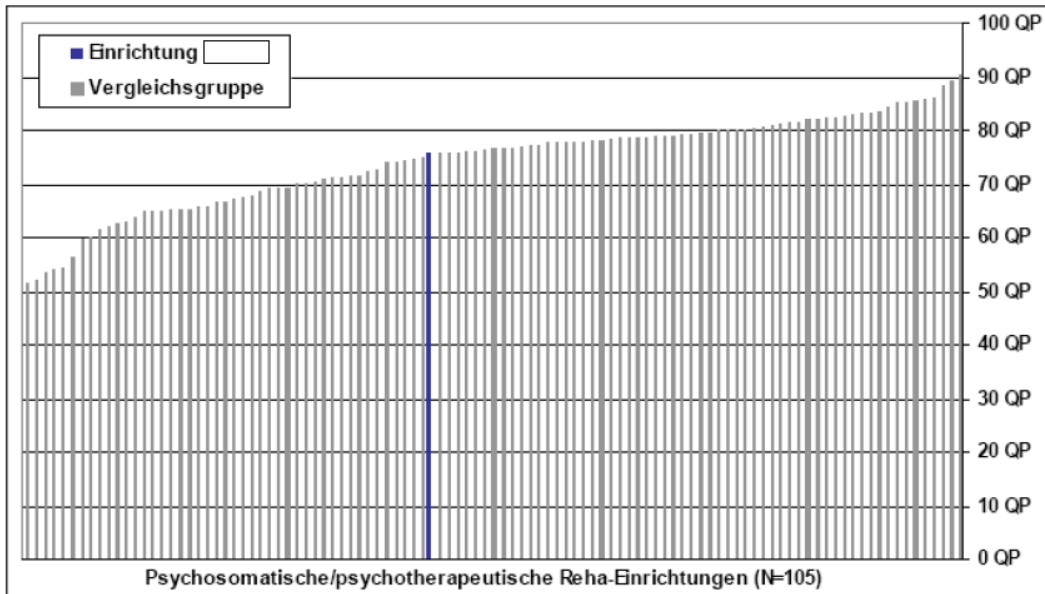
Auch bei der Darstellung der Ergebnisse zum Peer Review erfolgt in den neuesten Rückmeldungen der DRV eine Umrechnung auf die 100-Punkte-Skala. Hier ist nur eine Darstellung der Qualitätspunkte vorgesehen.

Im Peer Review-Verfahren bewerten sog. Peers die Prozessqualität anhand der Angaben aus den Entlassungsberichten (Optimum = 100 Punkte).

Indikation 1 Datenbasis N= 23 Optimum = 100 Qualitätspunkte	Mittelwert	
	Klinik	Alle
Qualitätspunkte "Anamnese"		
Qualitätspunkte "Diagnostik"		
Qualitätspunkte "Therapieziele und Therapie"		
Qualitätspunkte "Klinische Epikrise"		
Qualitätspunkte "Sozialmedizinische Epikrise"		
Qualitätspunkte "Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge"		
Qualitätspunkte "Gesamter Reha-Prozess"		
Qualitätspunkte „Peer Review gesamt“		

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.



Quelle/Stand: bitte ergänzen

Laufzeit ärztlicher Entlassungsberichte

Die Deutsche Rentenversicherung erwartet den Eingang der Entlassungsberichte innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung des Patienten, erfasst die Laufzeiten und wertet sie entsprechend aus.

Indikationen	Jahr	durchschnittliche Laufzeit (in Tagen)		Laufzeit in %							
				bis 2 Wochen		zwischen 2 und 6 Wochen		mehr als 6 Wochen			
				Klinik	Ø DRV	Klinik	Ø DRV	Klinik	Ø DRV	Klinik	Ø DRV
Datenbasis N= XX											
Indikation 1											

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Patientenbeschwerden

(Geben Sie hier ggf. nähere Erläuterungen zur zugrunde liegenden Skala und zu Inhalten. z.B.: Worauf beziehen sich die Beschwerden?)

Der Rentenversicherer erfasst Beschwerden, die telefonisch und/oder schriftlich bei ihm eingegangen sind.

Beschwerden		
	%	Anzahl
Indikation 1 (N=23)		

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Visitationen

Veröffentlichen Sie hier ggf. auch die Ergebnisse der Visitationen)

Bei Visitationen handelt es sich um Begehungen der Klinik durch den Rentenversicherungsträger oder durch Visitatoren im Auftrag der Krankenversicherung. Die letzte Visita-

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

tion der Abteilung Indikation 1 fand im Monat 20yy durch die Deutsche Rentenversicherung Bund statt.

3.2.3.2 Indikation 2

Patientenbefragung

Die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung bezüglich Zufriedenheit und subjektivem Behandlungserfolg sind adjustiert und in Qualitätspunkte auf eine Skala von 1 bis 100 umgerechnet (Optimum = 100 Punkte). Hiermit soll eine bessere Vergleichbarkeit der Beurteilungen verschiedener Rehabilitandengruppen erreicht werden.

----- Darstellung alte Auswertung psychosomatisch -----
----- (ggf. durch neue Auswertung psychosomatisch von Indikation 1 ersetzen): -----

Urteile der Rehabilitanden zur Zufriedenheit mit der Reha

Abteilung Indikation 2 Datenbasis N= 23 gemittelte Skalenwerte von 1 (sehr gut) bis 5 (schlecht)	Klinik xxx	Gruppe	bester Grup- penwert
Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation			
Betreuung durch die Pflegekräfte			
Psychotherapeutische Betreuung			
Therapeutische Maßnahmen			
Psycho-Edukative Maßnahmen			
Körperorientierte Maßnahmen			
Rehabilitationsplan und -ziele			
Organisation			
Nützlichkeit der Verhaltensempfehlung für Beruf, Haushalt und Freizeit			
Ärztliche Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähig- keit			
Gesamturteil zur Reha			

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Dokumentation therapeutischer Leistungen

Die therapeutischen Leistungen werden während des Therapieverlaufs dokumentiert und der Rentenversicherung im Entlassungsbrief mitgeteilt. Seitens der Rentenversicherung werden die erbrachten therapeutischen Leistungen statistisch ausgewertet und den Kliniken rückgemeldet.

Die Ergebnisse der Dokumentation therapeutischer Leistungen (KTL) werden von der Rentenversicherung in Qualitätspunkte auf einer Skala von 1 bis 100 umgerechnet (Optimum = 100 Punkte). Hierdurch soll eine bessere Vergleichbarkeit der Rehabilitationskliniken erreicht werden. Ferner wird das Ergebnis der jeweiligen Indikation gegenüber einer Vergleichsgruppe graphisch dargestellt.

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

Indikation 2	Absolute Werte	Q-Punkte	Q-Punkte
	Klinik XY	Klinik XY	Vergleichsgruppe
Leistungsmenge	xx,x / Woche	xx,x	xx,x
Leistungsdauer	xx,x Std. / Woche	xx,x	xx,x
Leistungsverteilung		xx,x	xx,x
Therapeutische Versorgung gesamt		xx,x	xx,x

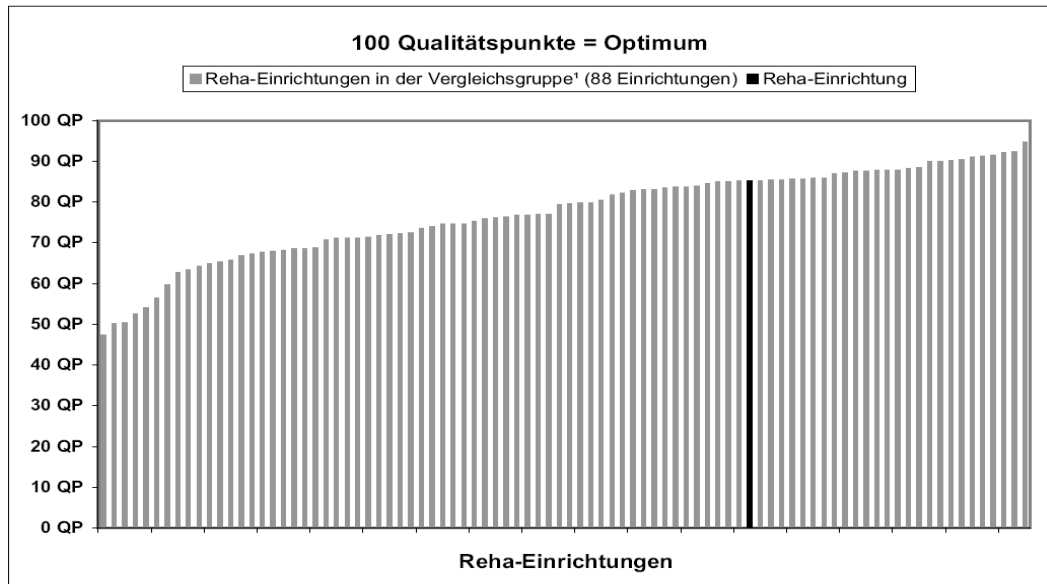
Quelle/Stand: bitte ergänzen

Sofern im Kapitel 2.2.2.6 keine internen, sondern die Daten der DRV mittels der Tabelle „Erbrachte Leistungen“ dargestellt wurden, kann auf die Wiederholung der Tabelle an dieser Stelle verzichtet werden, es reicht der Verweis „s.a. Tabelle Erbrachte Leistungen Kap. 2.2.2.6“.

Abteilung Indikation 2 Datenbasis N= XX	Erbrachte Leistungen					
	Rehabilitanden mit mind. einer Leistung		pro Rehabilitand			
			Leistungen		Dauer (Std.)	
	Anzahl	Anteil	pro Woche	pro Reha	pro Woche	pro Reha
A Sport- und Bewegungstherapie	1.210	95%	5,1	17,7	2,2	7,6
B Physiotherapie	1.262	100%	7,0	23,6	3,4	11,5
C Information, Motivation, Schulung	1.242	98%	1,3	4,2	1,1	3,5
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	433	34%	0,7	2,4	0,2	0,7
E Ergotherapie, Arbeitstherapie u. a. funktionelle Therapien	107	8%	1,4	5,3	0,8	2,8
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie	497	39%	1,1	4,0	0,8	2,9
G Psychotherapie	28	2%	1,0	3,7	1,2	4,2
H Reha-Pflege	65	5%	0,5	1,8	0,1	0,2
K Physikalische Therapie	1.193	94%	5,1	17,8	2,1	7,2
L Rekreationstherapie	1.076	85%	5,7	19,7	0,5	1,7
M Ernährung	85	7%	7,4	26,7	0,0	0,0
INSGESAMT	1.268	100%	24,2	82,6	9,4	32,1

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.



¹ Reha-Einrichtungen mit mind. 50 Reha-Entlassungsberichten mit je mind. einem gültigen KTL-Code, Mindestaufenthaltsdauer 7 Tage

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Reha-Therapiestandards

Falls Reha-Therapiestandards der DRV zur Anwendung kommen und entsprechende Auswertungen vorliegen, sollen die Ergebnisse hier dargestellt werden. Ansonsten ist dieser Punkt komplett zu löschen, die Nummerierung der nachfolgenden Überschriften ist entsprechend anzupassen.

Die Deutsche Rentenversicherung hat für einige der häufigsten Diagnosen Therapiestandards entwickelt, die sich aus evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) zusammensetzen. Die ETM bestehen aus fest zugeordneten KTL-Leistungen und legen somit fest, welche Mindestanforderungen die Klinik hinsichtlich der Durchführung der entsprechenden Therapien erfüllen soll. Die Erfüllung dieser Anforderungen – bezogen auf die Gesamtheit der mit der entsprechenden Diagnose behandelten Patienten – wird im Folgenden für die relevanten Reha-Therapiestandards dargestellt:

Das Schema ist an der Vorlage der jeweils aktuellen DRV-Rückmeldung auszurichten.

Versorgung der Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandard					n = xxx	
<Name des Reha-Therapiestandards>		Anteil der Rehabilitanden ...				Mindestanteil
Entlassungszeitraum: Jan. xx – Dez. xx		ohne Leistungen des ETM	mit zu geringen		mit Mindestanforderungen	
ETM			unter 2/3	ab 2/3		
ETM 01:						
ETM 02:						
ETM 03:						
ETM 04:						
ETM 05:						
ETM 06:						
ETM 07:						
ETM 08:						

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

ETM 09:						
ETM 10:						
ETM 11:						
ETM 12:						
ETM 13:						
ETM 14:						
ETM 15:						
ETM 16:						
ETM 17:						
ETM 18:						
ETM 19:						
ETM 20:						

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Peer Review-Verfahren (Prüfung der Qualität der Entlassungsberichte)

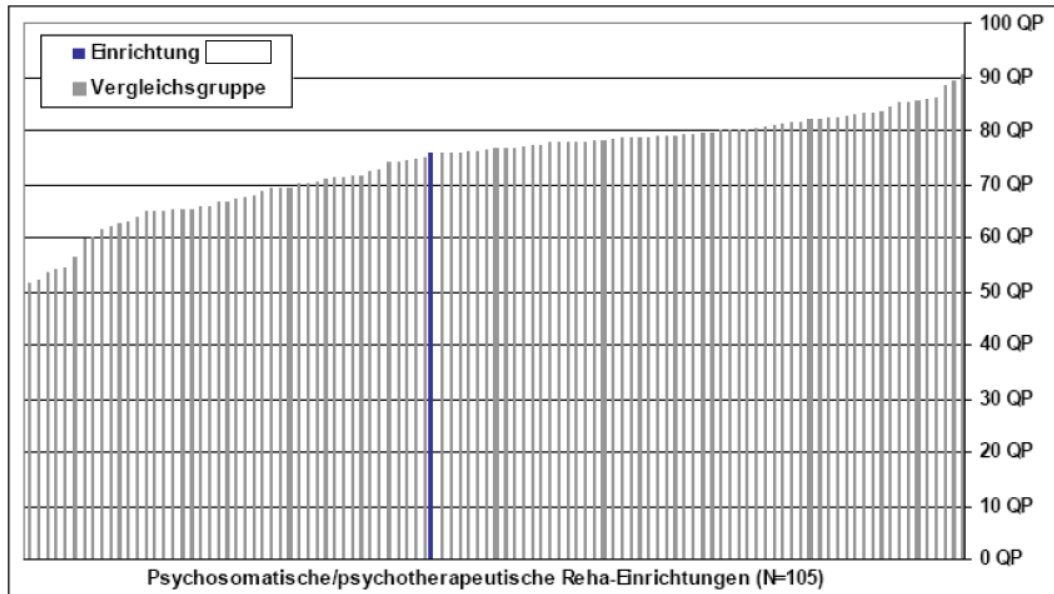
Auch bei der Darstellung der Ergebnisse zum Peer Review erfolgt in den neuesten Rückmeldungen der DRV eine Umrechnung auf die 100-Punkte-Skala. Hier ist nur eine Darstellung der Qualitätspunkte vorgesehen.

Im Peer Review-Verfahren bewerten sog. Peers die Prozessqualität anhand der Angaben aus den Entlassungsberichten (Optimum = 100 Punkte).

Indikation 2 Datenbasis N= 23 Optimum = 100 Qualitätspunkte	Mittelwert	
	Klinik	Alle
Qualitätspunkte "Anamnese"		
Qualitätspunkte "Diagnostik"		
Qualitätspunkte "Therapieziele und Therapie"		
Qualitätspunkte "Klinische Epikrise"		
Qualitätspunkte "Sozialmedizinische Epikrise"		
Qualitätspunkte "Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge"		
Qualitätspunkte "Gesamter Reha-Prozess"		
Qualitätspunkte „Peer Review gesamt“		

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.



Quelle/Stand: bitte ergänzen

Laufzeit ärztlicher Entlassungsberichte

Die Deutsche Rentenversicherung erwartet den Eingang der Entlassungsberichte innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung des Patienten, erfasst die Laufzeiten und wertet sie entsprechend aus.

Indikationen	Jahr	durchschnittliche Laufzeit (in Tagen)		Laufzeit in %							
				bis 2 Wochen		zwischen 2 und 6 Wochen		mehr als 6 Wochen			
				Klinik	Ø DRV	Klinik	Ø DRV	Klinik	Ø DRV	Klinik	Ø DRV
Datenbasis N= XX											
Indikation 2											

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Patientenbeschwerden

(Geben Sie hier ggf. nähere Erläuterungen zur zugrunde liegenden Skala und zu Inhalten. z.B.: Worauf beziehen sich die Beschwerden?)

Der Rentenversicherer erfasst Beschwerden, die telefonisch und/oder schriftlich bei ihm eingegangen sind.

Beschwerden		
	%	Anzahl
Indikation 2 (N=23)		

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Visitationen

Veröffentlichen Sie hier ggf. auch die Ergebnisse der Visitationen)

Bei Visitationen handelt es sich um Begehungen der Klinik durch den Rentenversicherungsträger oder durch Visitatoren im Auftrag der Krankenversicherung. Die letzte Visita-

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

tion der Abteilung Indikation 2 fand im Monat 20yy durch die Deutsche Rentenversicherung Bund statt.

3.2.4 Ergebnisse der internen Qualitätssicherung

Die Klinik xxx nimmt am externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund bzw. dem QS-Reha[®] Verfahren der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen teil.

Die Daten der Leistungsträger treffen erst mit großer zeitlicher Verzögerung ein. Um zeitnaher reagieren zu können, werden zusätzlich interne Daten erhoben. Die Abweichungen der Ergebnisse ergeben sich aus den unterschiedlichen Erhebungszeiträumen und unterschiedlichen Datenmengen.

Die hier aufgeführten Ergebnisse interner Qualitätssicherung sind beispielhaft und können ggf. durch weitere Kennzahlen ergänzt werden.

3.2.4.1 Indikation 1

Patientenbefragung

Geben Sie hier Hinweise zu Konzeptbewertungen und Qualitätsbeurteilungen durch Patienten. Beschreiben Sie, wann und wie Sie Patientenbefragungen durchführen und wie Sie auf die Ergebnisse reagieren.

Erfassung der therapeutischen Leistungen

Hausintern werden monatlich Kennzahlen der Klinik erhoben und die Ergebnisse in einer Steuergruppe besprochen. Bei den therapeutischen Leistungen wird auf eine gleichmäßige Auslastung im Wochenverlauf geachtet.

Verweisen Sie hier auf das Kap. 2.2.1.6 bzw. Kap. 3.2.3.1

Reha-Therapiestandards

Die Daten zum Erfüllungsgrad der für die Fachabteilung gültigen Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung sollten aus eigenen Daten der Klinikdokumentation erstellt werden. Falls dies nicht möglich sein sollte, so sollte an dieser Stelle auf die entsprechenden Daten der externen Qualitätssicherung der DRV in Kap. 3.2.4 verwiesen werden.

Die Deutsche Rentenversicherung hat für einige der häufigsten Diagnosen Therapiestandards entwickelt, die sich aus evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) zusammensetzen. Die ETM bestehen aus fest zugeordneten KTL-Leistungen und legen somit fest, welche Mindestanforderungen die Klinik hinsichtlich der Durchführung der entsprechenden Therapien erfüllen soll. Die Erfüllung dieser Anforderungen – bezogen auf die Gesamtheit der mit der entsprechenden Diagnose behandelten Patienten – wird im Folgen-

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

den für den/die für die Fachabteilung Indikation 1 relevanten Reha-Therapiestandard/s dargestellt:

Das Schema ist an der Vorlage der jeweils aktuellen DRV-Rückmeldung auszurichten.

Versorgung der Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandard					n = xxx	
<Name des Reha-Therapiestandards>		Anteil der Rehabilitanden ...				Mindest- anteil
Entlassungszeitraum: Jan. xx – Dez. xx		ohne Leistungen des ETM	mit zu geringen		mit Min- destanfor- derungen	
ETM			unter 2/3	ab 2/3		
ETM 01:						
ETM 02:						
ETM 03:						
ETM 04:						
ETM 05:						
ETM 06:						
ETM 07:						
ETM 08:						
ETM 09:						
ETM 10:						
ETM 11:						
ETM 12:						
ETM 13:						
ETM 14:						
ETM 15:						
ETM 16:						
ETM 17:						
ETM 18:						
ETM 19:						
ETM 20:						

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Laufzeit der Entlassungsberichte

Ergänzen Sie hier Ihre Angaben. Es werden die Kategorien der DRV verwendet.

Alle Entlassungsberichte werden intern erfasst, auch die, die an Krankenkassen und sonstige Träger gehen.

Indikation	durch- schnittliche Laufzeit (in Tagen)	Laufzeit in %		
		bis 2 Wochen	zwischen 2 und 6 Wochen	mehr als 6 Wochen
Indikation 1				

Patientenbeschwerden

Ergänzen Sie hier Ihre Angaben.

Die Rehabilitationsträger erhalten durch die Klinik xxx im Monatsturnus eine Übersicht der eingegangenen Beschwerden. Wöchentlich finden Patientensprecherrunden bei der

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

Verwaltungsleitung statt. Alle Mitarbeiter nehmen Beschwerden entgegen und leiten sie innerhalb von 48 Stunden an die verantwortliche Stelle weiter.

Katamnesen

Hier sind Angaben zu ggf. durchgeführten Katamnesen und deren Ergebnisse vorzustellen.

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

-----Anfang Zusatz nur für Suchtkliniken-----

Ausfüllhinweise des Fachverbandes Sucht:

Die Durchführung und Auswertung der Katamnesen orientieren sich am Kerndatensatz Katamnese (KDS-Kat) der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (überarbeitete Version vom 15.12.2006; www.dhs.de)

Beschreibung des Katamnese-Designs (mindestens Hinweis auf eine Totalerhebung). Darstellung der Abstinenz- und Erfolgsquoten nach den Standards **DGSS 1** (Ergebnis bezieht sich auf die Gruppe der Katamneseantworter, die ihre Therapiemaßnahme planmäßig abgeschlossen haben) und **DGSS 4** (Ergebnis bezieht sich auf alle im Kalenderjahr entlassenen Patienten, d.h. Nichtantworter werden als nicht erfolgreich eingestuft).

Hinweis: Durch Selektionseffekte sind die Abstinenz- und Erfolgsquoten zwischen unterschiedlichen Einrichtungen nicht direkt vergleichbar.

In der **Klinik xxx** werden standardmäßig ein Jahr nach Behandlungsende alle behandelten Patienten in Form eines gleitenden Versandschemas¹ angeschrieben und um Rückmeldung bzgl. ihrer Suchtmittelsituation im Befragungszeitraum, der Erwerbs- und Arbeitssituation und ihrer aktuellen Lebenszufriedenheit gebeten.

Da sich die Katamneseuntersuchung auf die vor einem Kalenderjahr entlassenen Patienten bezieht, werden hier die Ergebnisse des Behandlungsjahrganges **20yy-1** dargestellt.

Für die Differenzierung der rückgemeldeten Abstinenzergebnisse wurden folgende Ergebniskategorien gebildet:

- **abstinent:** Kein Konsum von Alkohol, zustandsverändernden Medikamenten und illegale Drogen im Katamnesezeitraum
- **abstinent nach Rückfall:** Im letzten Monat des Katamnesezeitraums kein Konsum von Alkohol, Drogen oder psychoaktiven Medikamenten
- **Rückfall:** Konsum von Alkohol; Drogen oder psychoaktiven Medikamenten im Katamnesezeitraum bzw. widersprüchliche Katamneseinformation
- **Rückfall per Definition:** Alle Patienten, bei denen keine Katamneseinformation oder nur unvollständige Angaben vorliegen, gelten als rückfällig per Definition

Die Berechnung der Erfolgs- und Abstinenzquoten orientiert sich an den Standards der DGSS (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie). Nach **Berechnungsform 1 (DGSS 1)** werden alle erreichten Patienten, die planmäßig aus der stationären Behandlung entlassen wurden als Basis der Berechnung der Erfolgs- und Abstinenzquoten herangezogen. Bezugsbasis für die **Berechnungsform 4 (DGSS 4)** als konservative Schätzung des Behandlungserfolgs, die eine systematische Unterschätzung darstellt, sind alle in **20yy-1** entlassenen Patienten, wobei alle nicht erreichten Patienten hierbei als rückfällig gewertet werden.

Katamneseergebnisse Angaben in Prozent	DGSS 1 (N = XXX)	DGSS 4 (N = XXX)
Katamnestiche Erfolgsquote	75,1%	47,6%
Abstinent	70,2%	44,0%

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

Abstinenz nach Rückfall	4,9%	3,6%
Rückfall	24,9%	52,4%

Quelle: Jahresbericht und Katamnese 200X, Klinik xxx

¹ Die in einem Kalendermonat entlassenen Patienten werden zum Monatsstichtag angeschrieben und in festgelegten Zyklen an eine Rücksendung des Katamnesefragebogens erinnert. Zur Darstellung der Katamneseergebnisse soll an dieser Stelle nur die Suchtmittelsituation d.h. die Erfolgs- und Abstinenzquoten, beschrieben werden (die vollständige Katamneseuntersuchung des Jahrganges 20yy-1 ist auf der Internetpräsentation der Klinik xxx (www.Klinikxxx.de) als Download verfügbar).

Bezogen auf alle im Kalenderjahr 20yy-1 entlassenen Patienten (DGSS 4) beträgt die **katamnestiche Erfolgsquote 47,6%**. Im betrachteten Katamnesezeitraum lebten also **44,0%** der ehemaligen Patienten abstinenz, **3,6%** abstinenz nach Rückfall und **52,4%** wurden in dieser konservativsten Schätzung als rückfällig eingestuft.

Mit der Berechnungsform 1 (DGSS 1) bei der die durch die Befragung erreichten Patienten (Katamneseantworter), die planmäßig ihre Therapie beendeten, einbezogen werden, ergibt sich eine **katamnestiche Erfolgsquote von 75,1%**. Im betrachteten Katamnesezeitraum lebten nach dieser Berechnungsform **70,2%** der ehemaligen Patienten abstinenz und **4,9%** abstinenz nach Rückfall. Weitere **24,9%** der ehemaligen Patienten wurden als rückfällig eingestuft.

Da die beiden Berechnungsformeln einen unteren bzw. oberen Wert der Schätzung in Bezug auf das Abstinenzkriterium erfolgreich behandelter Patienten markieren, wird ein „wahrer“ Wert zwischen diesen beiden Polen liegen.

-Ende Zusatz für Suchtkliniken -

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

3.2.4.2 Indikation 2

Patientenbefragung

Geben Sie hier Hinweise zu Konzeptbewertungen und Qualitätsbeurteilungen durch Patienten. Beschreiben Sie, wann und wie Sie Patientenbefragungen durchführen und wie Sie auf die Ergebnisse reagieren.

Erfassung der therapeutischen Leistungen

Hausintern werden monatlich Kennzahlen der Klinik erhoben und die Ergebnisse in einer Steuergruppe besprochen. Bei den therapeutischen Leistungen wird auf eine gleichmäßige Auslastung im Wochenverlauf geachtet.

Verweisen Sie hier auf das Kap. 2.2.2.6 bzw. Kap. 3.2.3.1

Reha-Therapiestandards

Die Daten zum Erfüllungsgrad der für die Fachabteilung gültigen Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung sollten aus eigenen Daten der Klinikdokumentation erstellt werden. Falls dies nicht möglich sein sollte, so sollte an dieser Stelle auf die entsprechenden Daten der externen Qualitätssicherung der DRV in Kap. 3.2.4 verwiesen werden.

Die Deutsche Rentenversicherung hat für einige der häufigsten Diagnosen Therapiestandards entwickelt, die sich aus evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) zusammensetzen. Die ETM bestehen aus fest zugeordneten KTL-Leistungen und legen somit fest, welche Mindestanforderungen die Klinik hinsichtlich der Durchführung der entsprechenden Therapien erfüllen soll. Die Erfüllung dieser Anforderungen – bezogen auf die Gesamtheit der mit der entsprechenden Diagnose behandelten Patienten – wird im Folgenden für den/die für die Fachabteilung Indikation 2 relevanten Reha-Therapiestandard/s dargestellt:

Das Schema ist an der Vorlage der jeweils aktuellen DRV-Rückmeldung auszurichten.

Versorgung der Rehabilitanden gemäß Reha-Therapiestandard					n = xxx	
<Name des Reha-Therapiestandards>		Anteil der Rehabilitanden ...				Mindestanteil
Entlassungszeitraum: Jan. xx – Dez. xx		ohne Leistungen des ETM	mit zu geringen		mit Mindestanforderungen	
ETM			unter 2/3	ab 2/3		
ETM 01:						
ETM 02:						
ETM 03:						
ETM 04:						
ETM 05:						
ETM 06:						

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

ETM 07:						
ETM 08:						
ETM 09:						
ETM 10:						
ETM 11:						
ETM 12:						
ETM 13:						
ETM 14:						
ETM 15:						
ETM 16:						
ETM 17:						
ETM 18:						
ETM 19:						
ETM 20:						

Quelle/Stand: bitte ergänzen

Laufzeit der Entlassungsberichte

Ergänzen Sie hier Ihre Angaben. Es werden die Kategorien der DRV verwendet.

Alle Entlassungsberichte werden intern erfasst, auch die, die an Krankenkassen und sonstige Träger gehen.

Indikation	durchschnittliche Laufzeit (in Tagen)	Laufzeit in %		
		bis 2 Wochen	zwischen 2 und 6 Wochen	mehr als 6 Wochen
Indikation 2				

Patientenbeschwerden

Ergänzen Sie hier Ihre Angaben.

Die Rehabilitationsträger erhalten durch die Klinik xxx im Monatsturnus eine Übersicht der eingegangenen Beschwerden. Wöchentlich finden Patientensprecherrunden bei der Verwaltungsleitung statt. Alle Mitarbeiter nehmen Beschwerden entgegen und leiten sie innerhalb von 48 Stunden an die verantwortliche Stelle weiter.

Katamnesen

Hier sind Angaben zu ggf. durchgeführten Katamnesen und deren Ergebnisse vorzustellen.

3.2.4.3 Komplikationen/Fehlermanagement

Hier können Sie fakultativ auch die Ergebnisse der Komplikationsstatistik vorstellen.

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

3.2.5 Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten

Verweisen Sie hier ggf. auf Teil 1 des Qualitätsberichts.

4 Aktivitäten und Veranstaltungen

In diesem Kapitel folgt eine Zusammenstellung von Aktivitäten, durch die die Konzepte und Erfahrungen der Rehabilitationsklinik in die gesamte Spannweite der externen Kunden vermittelt werden. Dies betrifft sowohl öffentliche Veranstaltungen (Reha-Tag, Tag der offenen Tür, Messe, Pressemitteilungen) als auch Fachveranstaltungen in der Klinik, wie Vorträge und Symposien auf klinischen und wissenschaftlichen Tagungen (z.B. das Rehabilitationswissenschaftliche Kolloquium der DRV), Veröffentlichung in formellen Publikationsmedien (Zeitschriftenartikel, Buchbeiträge) und die Mitarbeit in Fachgesellschaften oder in Gremien der Sozialversicherungsträger (z.B. Expertengruppen der DRV).

Die abschließenden Gliederungspunkte (4.2) eröffnen die Möglichkeit zur Darstellung der Beteiligung an neuen und besonderen Formen der Versorgung (z.B. Teilnahme an der Integrierten Versorgung – IV-Verträge, an Disease-Management-Programmen) und anderen Aktivitäten der Optimierung von Versorgungsschnittstellen.

Hier sollten Aktivitäten und Veranstaltungen aufgezählt und kurz dargestellt werden, evtl. auch mit kurzen Tagungsberichten. Auf ausführlichere Beschreibungen sollte verwiesen werden.

4.1 Vermittlung von Konzepten und Erfahrungen

Hier können detaillierte Informationen folgen zu:

1. Durchführung von Veranstaltungen in der Einrichtung für die Öffentlichkeit wie Reha-Tag, Tag der offenen Tür, Messen, Pressemitteilungen etc.
2. Durchführung von Fachveranstaltungen in der Einrichtung für die Fachöffentlichkeit
3. Aktive Teilnahme an klinischen und wissenschaftlichen Tagungen von Fachgesellschaften
4. Wissenschaftliche Aktivitäten und Veröffentlichungen sowie Mitarbeit in wissenschaftlichen und klinischen Beiräten
5. Mitarbeit in Fachgesellschaften und in Gremien der Sozialversicherungsträger

4.2 Sonstige Aktivitäten der Einrichtung

Hier können detaillierte Informationen folgen zu:

1. Teilnahme an besonderen Versorgungs- und Vernetzungsformen
2. Aktivitäten im Bereich der Prävention und der Nachsorge
3. Varia (z.B. Preise, Belobigungen, sonstige Auszeichnungen)

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

5 Ausblick und Aktuelles

Beschreiben Sie hier bereits abgeschlossene und/oder für die Zukunft geplante Entwicklungen nach Ende des Berichtszeitraums.

Der hier vorliegende Qualitätsbericht soll auch künftig jährlich neu erstellt werden.

6 Glossar

Hier können Sie Ihren Lesern ausgewählte Begriffe näher erläutern. Dieses Glossar müssen Sie noch an die in Ihrem Text vorkommenden Begriffe anpassen.

Audit

Audit ist die Bezeichnung für eine Begutachtung der Einrichtung durch entsprechend ausgebildete Personen. Die Gutachter sollen sich einen Eindruck von den Örtlichkeiten, den in einem Handbuch beschriebenen Prozessen und die gelebte Realität machen. Sie untersuchen ob Vorgaben, z.B. einer Norm oder einer Fachgesellschaft oder der Einrichtung selbst auch eingehalten, bzw. umgesetzt werden. Interne Audits führt die Einrichtung im Sinne einer Eigenüberprüfung selbst durch. Externe Audits werden i.d.R. von einer Zertifizierungsstelle durchgeführt. Auditoren sind Personen, die auf der Grundlage einer speziellen Ausbildung diese Audits durchführen.

BAR

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation hat im Auftrag des Gesetzgebers eine Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX erarbeitet, in der Anforderungen an eine entsprechende Zertifizierung von Rehabilitationseinrichtungen festgelegt wurden.

BQR

Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen. Verfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund mit Abbildung zur externen Qualitätssicherung mit Abbildung der Ergebnisse auf einer 100-Punkte-Skala.

BADO-Verfahren

Basisdokumentation, ein Verfahren mit dem wesentliche Patientendaten erhoben und ausgewertet werden, um herauszufinden, ob die Rehabilitationsbehandlung für den einzelnen Menschen sowie für die Gesellschaft sinnvoll und nachhaltig war. Eine Datenerhebung findet in der Regel bei Beginn der Rehabilitationsbehandlung, zum Ende und ca. 6 Monate nach Entlassung statt. Die Datenerhebung erfolgt mittels Fragebögen.

DEGEMED e.V.

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V., ein Fachverband der die Interessen der Leistungserbringer im System der medizinischen Rehabilitation vertritt. Der Verband wurde 1997 gegründet. Laut Satzung der DEGEMED müssen Rehabilitationskliniken, die Verbandsmitglieder werden wollen, ein Qualitätsmanagementsystem aufbauen und weiterentwickeln und sich nach den Qualitätsgrundsätzen der DEGEMED zertifizieren lassen. Internet: www.degemed.de

Externe Qualitätssicherung der DRV

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) hat vor einigen Jahren ein System entwickelt, welches es ermöglichen soll, die Qualität von Kliniken unter bestimmten Gesichtspunkten zu überprüfen. Dazu zählt eine Befragung von Patienten nach ihrer Rehabilitation, eine Überprüfung der Entlassberichte hinsichtlich ihrer Inhalte und zeitnahen Übersendung, die Erfassung von Anzahl und Dauer von Therapien und anderes mehr.

Fachverband Sucht e.V.

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) ist ein bundesweit tätiger Verband, in dem sich Einrichtungen zusammengeschlossen haben, die sich der Behandlung, Versorgung und Beratung von suchtkranken Menschen widmen. Er wurde 1976 gegründet und vertritt heute ca. 95 Einrichtungen mit über 6200 stationären und einer Vielzahl (ganztätig) ambulanter Behandlungsplätze. Ein wichtiger Bestandteil seiner Tätigkeit liegt in der Qualitätssicherung bestehender und sich entwickelnder Behandlungsangebote und der Förderung von Maßnahmen, die ein suchtfreies Leben ermöglichen. Internet: www.sucht.de

ICD-10-Codierung

Mit dem international verwendeten Diagnoseschlüssel ICD-10 können alle Krankheiten für Fachleute verständlich nach bestimmten Kriterien erfasst und beschrieben werden.

Indikationen

Heilanzeigen, aus ärztlicher Sicht der Grund für die Durchführung eines bestimmten Heilverfahrens.

Interessenspartner

Ein anderer und erweiterter Begriff für Kunde. Ein Unternehmen hat vielfältige Vertrags- und Geschäftspartner, wie z.B. Menschen die etwas kaufen wollen, Lieferanten, Mitarbeiter usw.. Jede natürliche oder juristische Person, die eine (Geschäfts)beziehung zum Unternehmen unterhält ist ein Interessenspartner. Die wichtigsten Interessenspartner einer Klinik sind: Die Patienten, die Leistungsträger, der Klinikträger, die Mitarbeiter, die Einweiser, die Konsiliardienste und die Lieferanten.

IRENA

Um die Nachhaltigkeit des Behandlungserfolgs der stationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung zu fördern, hat die Deutsche Rentenversicherung das IRENA-Programm (Intensivierte **R**ehabilitation**s**nachsorgeleistung) aufgelegt. Bereits während des Rehabilitationsaufenthalts in der Klinik bekommen interessierte Patienten Kontaktadressen zur IRENA vermittelt. Sie werden angehalten, Kontakt aufzunehmen und regelmäßig an den Veranstaltungen des Programms teilzunehmen.

Katamnese

Eine Katamnese ist eine Nachbefragung, die sowohl durch den Rentenversicherungsträger als auch die jeweilige Klinik (in der Regel nach einem Jahr) durchgeführt wird. In dieser Befragung sollen die Wirkungen der Rehabilitation auf ihren Erfolg hin durch die Befragten bewertet werden.

KTL (Klassifikation therapeutischer Leistungen)

Der KTL-Katalog umfasst die therapeutischen Leistungen, die während der Rehabilitation von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik durchgeführt werden. Dies betrifft z. B. Einzel- und Gruppengespräche, physikalische Therapien, Ergotherapie, Sporttherapie, Kreativtherapie u.v.m..

Peer-Review-Verfahren

Das Peer-Review-Verfahren ist eine Bewertung der durch einen Zufallsindikator pro Jahrgang herausgezogenen Entlassberichte durch entsprechend geschulte leitende Ärzte der Einrichtungen. In diesem Verfahren werden die Berichte nach vorgegebenen Kriterien und auf Vollständigkeit hin geprüft.

Psychoedukation

Als Psychoedukation werden Schulungen von Patienten mit z.B. Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen und Persönlichkeitsstörungen sowie Patientenschulungen im Rahmen der Behandlung körperlicher Erkrankungen bezeichnet. Ziel ist es, die Krankheit besser zu verstehen und besser mit ihr umgehen zu können, indem beispielsweise persönliche Erfahrungen mit der eigenen Erkrankung mit dem gegenwärtigen Wissen über die Erkrankung verbunden werden. Auch sollen eigene Ressourcen und Möglichkeiten kennen gelernt werden, um mögliche Rückfälle zu vermeiden und selbst langfristig zur eigenen Gesundheit beizutragen.

Reha-Therapiestandards der DRV

Die indikationsspezifischen Therapiestandards (ehemals Leitlinien) der DRV geben ein gewisses Gerüst für die stationäre Rehabilitation vor. Hier wird anhand sog. Evidenzbasierter Therapiemodule (ETM) festgelegt, welche Mindestanforderungen die Klinik hinsichtlich der Durchführung der entsprechenden Therapien (z.B. Einzel- und Gruppengespräche, therapeutische Leistungen, Kontakte zum Sozialdienst u.a.m.) zu erfüllen hat. Unabhängig von diesen das Gesamtkollektiv einer entsprechenden Diagnose(gruppe) betreffenden Vorgaben können die im Einzelfall verordneten Therapien voll und ganz auf die vorliegende individuelle medizinische Indikation abgestimmt werden.

Qualitätsmanagementsystem nach DEGEMED und FVS

Das Qualitätsmanagementsystem nach DEGEMED bzw. FVS/DEGEMED umfasst sowohl die branchenübergreifend gültigen Vorgaben der DIN EN ISO 9001 als auch die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gem. § 20 Abs. 2a Sozialgesetzbuch IX festgelegten Anforderungen an ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem. In der Auditcheckliste der DEGEMED bzw. dem Auditleitfaden nach FVS/DEGEMED wurden die Kriterien der DIN ISO auf die Anforderungen der Rehabilitation übersetzt und um wichtige Aspekte der DEGEMED bzw. FVS/DEGEMED-Qualitätsrehabilitation ergänzt.

Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001

DIN steht für Deutsche Industrie-Normungsgesellschaft, EN für Europäische Norm und ISO für internationale Standard Organisation. Die DIN EN ISO 9001 ist eine international gültige Darlegungsnorm für Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme. Hier sind Merkmale festgelegt, die eine Einrichtung aufweisen muss, um ein Zertifikat nach o.g. Norm zu erhalten. Das Vorhandensein der Merkmale wird im Rahmen einer Zertifizierung fortlaufend jährlich überprüft.

Visitationen

Unter Visitation versteht man im Zusammenhang mit Qualitätssicherung den Besuch eines Expertengremiums, welches die Ausprägung einzelner Qualitätsdimensionen in der Einrichtung nach bestimmten Vorgaben überprüft. Die Visitation der Deutschen Rentenversicherung ist Teil ihres Qualitätssicherungsprogramms.

Zertifizierung

Die Untersuchung einer Einrichtung durch ein unabhängiges autorisiertes Institut, darauf hin, ob Vorgaben z.B. einer Norm oder einer Fachgesellschaft oder der Einrichtung selbst auch eingehalten, bzw. umgesetzt werden. Wenn die Untersuchung zu dem Ergebnis kommt, dass die Vorgaben erfüllt sind, wird die Erteilung eines Zertifikats empfohlen, z.B. darüber, dass ein Qualitätsmanagementsystem nach DIN EN ISO 9001:2000 und DEGEMED bzw. FVS/DEGEMED eingeführt ist und weiterentwickelt wird.

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

Zertifizierungsstelle

Eine Institution, welche autorisiert ist Zertifizierungsaudits durchzuführen und im Erfolgsfall eine entsprechende Zertifizierung zu bescheinigen.

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

Angesichts des begrenzten Umfangs soll der Qualitätsbericht nur einen Überblick über das Qualitätsmanagement geben. Bei Wunsch nach weitergehenden Informationen wird daher hier auch auf andere Informationsquellen verwiesen.

Zu nennen sind

- 1) Verantwortliche(r) für den Qualitäts-Bericht
- 2) Ansprechpartner (z.B. Klinikleitung/Chefärzte, QM-Beauftragte, Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen)
- 3) Links (z.B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage)
- 4) Das Ausgabedatum

Beachten Sie bitte, dass es zu Redundanzen mit Ihren Angaben auf der Seite 2 kommen kann.

7 Impressum

Klinik xxx

Straße

PLZ Ort

Telefon: 0123/4560

E-Mail: info@klinikxxx.de

Verantwortliche für den Qualitätsbericht:

N.N.

Telefon: 0123/000-000

E-Mail: NN@klinikxxx.de

Ansprechpartner:

Links

Besuchen Sie uns im Internet unter: <http://www.klinik-xxx.de/>

Die Klinikgruppe im Internet: <http://www.XXXX.de/>

Ausgabedatum: xx/20yy Version 5.0.x

Anhang

Anleitung zur Erstellung des Qualitätsberichts Rehabilitation 3.0 DEGEMED/FVS

Der hier vorliegende Qualitätsbericht soll im jährlichen Turnus bis jeweils Ende August des Folgejahres erstellt und veröffentlicht werden. Er erscheint damit nicht – wie im Bereich der stationären Akutversorgung – nur alle zwei Jahre, sondern jährlich.

Die in einer Arbeitsgruppe von DEGEMED e.V. und Fachverband Sucht e.V. erstellte Vorlage zur Anfertigung eines Qualitätsberichtes soll es den Kliniken der DEGEMED und des Fachverbandes (es bestehen nur geringfügige Abweichungen) ermöglichen, einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen, der qualitätsrelevante Daten liefert und eine Vergleichbarkeit ermöglicht. Er soll einen systematischen Überblick über das Qualitätsmanagement der Rehabilitationsklinik in einer allgemeinverständlichen Form geben.

Der Qualitätsbericht ist von einer Rehabilitationsklinik und nicht etwa von einer Trägerschaft gemeinsam für mehrere Häuser auszufüllen. Bei einem Klinikträger mit mehreren Standorten ist der Qualitätsbericht grundsätzlich je Standort auszufüllen.

Im Falle eines Klinikverbundes mit mehreren Standorten innerhalb eines eng begrenzten Raumes (z. B. Stadtgebiet, bei dem Aktivitäten an den einzelnen Standorten im Rahmen des Zusammenschlusses konzentriert wurden, sodass diese nur noch an einem der Standorte vorgehalten werden) ist es möglich, einen Qualitätsbericht für alle Standorte innerhalb des eng begrenzten Raumes gemeinsam zu erstellen.

Wer darf den Bericht verwenden?

Der Qualitätsbericht Rehabilitation darf sowohl durch Mitgliedskliniken und -einrichtungen der DEGEMED und des Fachverbands Sucht als auch durch Nicht-Mitglieder ohne Einschränkung verwendet werden. Unterschieden wird allerdings in vier Varianten (a-d) bei der Ausgestaltung der Fußzeile.

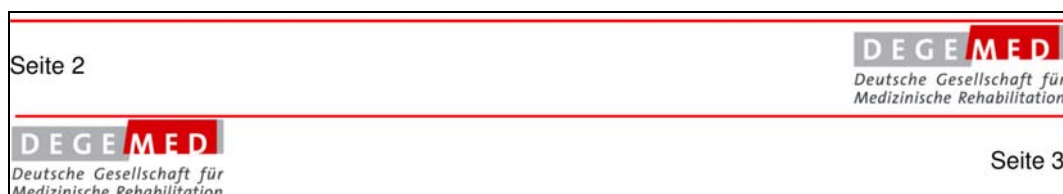
a) Mitglieder der DEGEMED und gleichzeitig des Fachverbands Sucht

Hier erscheinen beide Logos in der Fußzeile des Berichts im Rechts-Links-Wechsel. Auf ungeraden Seiten innen steht das DEGEMED-Logo, auf geraden Seiten innen das Logo des Fachverbands-Sucht.



b) Mitglieder der DEGEMED



Hier erscheint das DEGEMED-Logo auf geraden wie ungeraden Seiten jeweils innen.



Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

c) Mitglieder des Fachverbands Sucht

Hier erscheint das Logo des Fachverbands Sucht auf geraden wie ungeraden Seiten jeweils innen.

Seite 2	Fachverband Sucht e.V. 
Fachverband Sucht e.V. 	Seite 3

d) Nicht-Mitglieder

Nicht-Mitglieder sind gehalten, die Logos beider Verbände aus dem Bericht zu entfernen und stattdessen in der Fußzeile einzufügen: "Qualitätsbericht nach Standard DEGE-MED/Fachverband Sucht".

	Qualitätsbericht nach Standard DEGE-MED/Fachverband Sucht
Seite 2	
Qualitätsbericht nach Standard DEGE-MED/Fachverband Sucht	Seite 3

Die Paginierung der Seiten erfolgt jeweils in der Fußzeile außen am Rand.

Wie ist der Bericht aufgebaut?

Der Qualitätsbericht besteht aus sechs Teilen.

Teil 1: Rehabilitation – Konzepte, Ergebnisse, Entwicklungen,

ist für die Information von interessierten Betroffenen konzipiert worden.

Teil 2: Dokumentation – Zahlen, Daten, Fakten,

ist fachspezifisch orientiert und soll den Leistungsträgern Aussagen über die Struktur und Ergebnisqualität der Einrichtung liefern.

Teil 3 Qualitätspolitik und Qualitätssicherung

soll die strategischen und operativen Ziele der Qualitätspolitik der Rehabilitationsklinik kurz und prägnant darstellen.

Teil 4 Aktivitäten und Veranstaltungen

stellt klinikspezifische Aktivitäten und Veranstaltungen vor.

Teil 5 Ausblick und Aktuelles

beschreibt bereits abgeschlossene und/oder für die Zukunft geplante Entwicklungen nach Ende des Berichtszeitraums.

Teil 6 Glossar

erläutert als Lexikon übersichtlich Fachbegriffe

Hier bitte Ihren Kliniknamen und Ihr Kliniklogo einfügen.

Da in den beiden ersten Teilen adressatenspezifisch formuliert wird, können Redundanzen möglich sein. Insgesamt sollten die einzelnen Punkte aber knapp und verständlich formuliert werden, um die Lesbarkeit zu erhöhen.

Außerdem soll der Aufwand für die Erstellung des Qualitätsberichts überschaubar sein. Daher wird empfohlen, im Qualitätsbericht an entsprechenden Stellen auf weitergehende Informationen bzw. andere Informationsquellen zu verweisen (z.B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage, Ansprechpartner etc.).

Wie wird der Bericht ausgefüllt?

Der Bericht wird im Textverarbeitungsprogramm WORD erstellt. Dazu liegt eine Struktur-Datei vor, die zur leichteren Bearbeitung bereits formatiert und mit Überschriften versehen ist (vgl. „Technische Umsetzung“ unten). In diese Datei können Sie selbst Ihre Texte eintragen. Zusätzlich enthält die Struktur-Datei als Vorschlag einige **gelb markierte Textbausteine und Ausfüllhinweise**. Die Textbausteine müssen entsprechend angepasst bzw. gelöscht werden. Die Ausfüllhinweise greifen erläuterungsbedürftige Punkte des strukturierten Qualitätsberichtes auf und werden bei Bedarf fortgeschrieben bzw. bei Fertigstellung des Berichts gelöscht.

Der Musterbericht geht von 2 Fachabteilungen innerhalb der Reha-Einrichtung aus. Bei weniger oder mehr Fachabteilungen ist sowohl in den Tabellen als auch bei den Kapiteln eine entsprechende Anpassung vorzunehmen.

Grundsätzlich gilt: Im ersten Teil, der für die interessierten Betroffenen ausgestaltet wurde, sollten die Informationen schwerpunktmäßig über Text wiedergegeben werden, die übrigen Teile können formalisierter, d.h., z.B. mit mehr Tabellen ausgestaltet werden.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit verwendet der Bericht nur die männliche Form. Es bleibt den Kliniken und Einrichtungen überlassen, ob sie im Bericht die männlich/weibliche Form wählen.

Wie lang sollte der Bericht werden?

Der Seitenumfang kann flexibel gehandhabt werden, soweit die Gliederungs- und Strukturvorgaben eingehalten werden. Als Richtlinie gilt eine Größe von ca. 30-40 Seiten.

Müssen alle Unterpunkte ausgefüllt werden?

Aus Gründen der Vergleichbarkeit ist es erforderlich, sich bei dem Bericht an die Verbände exakt an die vorgegebene Gliederung zu halten. Je nach Klinik können die Tabellen Nichtsucht-/Suchtkliniken gelöscht werden. Bei mehr als zwei Indikationen werden die Unterpunkte analog fortgeschrieben. Kapitel oder Tabellen(teile) in denen keine Daten vorliegen bleiben leer. Eine Veränderung der Nummerierung darf nicht erfolgen. In Ihrer eigenen Version können Sie diese Kapitel bzw. Tabellen(teile) selbstverständlich komplett weglassen.

Wie genau müssen die Zahlenwerte sein?

Die Zahlen sollten generell nur mit einer Nachkommastelle angegeben werden. Das gilt auch für Prozentangaben.

Berichtszeitraum, Fristen und Veröffentlichung

Der Berichtszeitraum umfasst grundsätzlich das vergangene Jahr und berücksichtigt die Daten der im vergangenen Jahr entlassenen Patientinnen und Patienten. Der Bericht sollte deshalb jedes Jahr erstellt werden.

Im obligatorischen Teil können alle Tatbestände und Maßnahmen des Qualitätsmanagements Eingang finden, die in dem vorgenannten Zeitraum durchgeführt wurden bzw. Gültigkeit hatten. Es wird darauf verwiesen, dass sich alle im Bericht gemachten Angaben auf gültige Verträge und damit verbundene Leistungen des jeweiligen Berichtsjahres beziehen müssen. Im Erstellungszeitraum gültig gewordene neue Verträge und Vereinbarungen sowie aktuelle und geplante Veränderungen können im Kapitel 5 „Ausblick und Aktuelles“ dargestellt werden.

Wie wird der Bericht veröffentlicht?

Die Form der Veröffentlichung der Qualitätsberichte wird von den Verbänden vorbereitet und organisiert. Sie erfolgt als

- Website-Bericht (PDF)
Geschützte Form für die Veröffentlichung im Internet. Der Bericht sollte nur wenige Bilder und Graphiken enthalten, da diese viel Speicherkapazität erfordern und das Einsehen und Herunterladen für Interessierte zeitraubend ist.
- Maschinenlesbarer Bericht
Daneben ist der Qualitätsbericht in maschinenlesbarer Fassung der DEGE-MED/dem FVS zur Verfügung zu stellen. Die maschinenlesbare Form wird im Word-Format erstellt.

sowie optional als

- Druckbericht oder Website-Bericht Klinik auf der eigenen Homepage, der farbige Graphiken und Bilder beinhalten kann

Der Bericht sollte bis **spätestens 31. August des Folgejahres** für das Berichtsjahr übermittelt werden.

Technische Umsetzung

Zur Erstellung des Berichts können Sie die in Word erstellte Strukturdatei als Formatvorlage nutzen. Die bereits in der Struktur-Datei angelegten Absatzformate sind Gliederungsformate. Sie dienen neben der Textgestaltung der Strukturierung des Textes. Zur besseren Übersicht können Sie sich die Gliederung mit „Ansicht – Gliederung“ anzeigen lassen. Bitte beachten Sie, dass Sie neue Überschriften und Kapitel stets mit den entsprechenden Formatvorlagen formatieren. Änderungen können zu Komplikationen bei der automatischen Generierung des Inhaltsverzeichnisses führen.

Folgende Formate sind verfügbar:

1. Überschriften

QB Titel 20 pt

Zur Formatierung des Titels

Ebene 1

QB ÜS1, 14 Punkt fett, rot

Ebene 2

QB ÜS2 , Arial 12 Punkt fett

Ebene 3

QB ÜS3 , Arial 11 Punkt fett

Ebene 4

QB ÜS4 , Arial 10 Punkt fett

2. Textformate

Standard: QB Standard 11/14

Fließtext Arial 10 Punkt mit 14 Punkt Zeilenabstand

QB Zwischentitel fett

Formatiert fett geschriebene Zwischentitel,
Arial 10 Punkt fett mit 14 Punkt Zeilenabstand

QB Aufzählung

- Aufzählungen im Fließtext, Arial 10 Punkt mit 14 Punkt Zeilenabstand, eingerückt

QB Tabelle

Zur Formatierung

von Tabellen

QB Fußzeile gerade/ ungerade

Zur Formatierung der Fußzeile auf Seiten mit gerader bzw. ungerader Seitennummer

Erstellung eines PDFs

Um aus Ihrer Word-Datei ein PDF zu erstellen, bedienen Sie sich bitte, sofern noch nicht vorhanden, eines PDF-Writers bzw. PDF-Creators. Zusatzprogramme sind z.B. „PDF 995“, „BullZip PDF Printer“, „Tomahawk PDF+“, „pdfFactory“.

Diese Programme legen unter Windows einen virtuellen Drucker an. Wenn Sie diesen Drucker statt Ihres üblichen Arbeitsplatzdruckers auswählen und den Qualitätsbericht drucken, wird die Druckausgabe in eine Dateiausgabe als PDF umgeleitet. Diese eignet sich auch für die Online-Stellung des Qualitätsberichts im Internet.

Druck des Qualitätsberichts

Die Struktur-Datei wurde in Word bereits so angelegt, dass sie für den doppelseitigen Druck optimiert ist. Das heißt unter anderem, dass sie zwischen linken und rechten Seiten unterscheidet (zu erkennen am links-rechts-Versatz der Logo-Abbildungen in der Kopfzeile und den Seiten-Nummern). Wenn Ihr Drucker über dieses Leistungsmerkmal verfügt, wählen Sie bitte den doppelseitigen Druck aus. Beachten Sie bei automatischen Mittelheftungen, dass Publikationen nur in Vierer-Schritten gedruckt werden können (also 4, 8, 16, 20, 24, 28, 32, 36 Seiten) da sonst Leerseiten am Ende entstehen.

Wenn Sie Ihren Qualitätsbericht in einer Druckerei in größerer Auflage herstellen wollen, beachten Sie bitte, dass sich Word-Formate und die daraus generierten PDFs nicht für den Offsetdruck eignen, da Farben von Word grundsätzlich im RGB-Format angelegt werden, für den Druck aber CMYK-Farben benötigt werden. Druckereien verfügen in der Regel über keine Möglichkeit zur Konvertierung. Im Digitaldruck lassen sich – je nach technischer Möglichkeit der Druckerei – auch PDF-Dateien im RGB-Format nutzen. Fragen Sie deshalb vorher bei Ihrer Druckerei nach oder lassen Sie Ihre Word-Datei einem Layouter oder einer Agentur zukommen, die Ihnen die Daten für den Druck aufbereitet. Offsetdruck rechnet sich ab einer Größenordnung von ca. 300 Exemplaren.