

Qualitätsbericht

der Johannesbad Saarschleife AG & Co.KG
für das Jahr 2010

erstellt von Andreas Kühn, QMB am 31.08.2011



Gesundheits-Zentrum
SAARSCHLEIFE

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	4
Qualitätsbericht – Geltungsbereich	5
1 Rehabilitation – Konzepte, Ergebnisse, Entwicklungen	5
1.1 Das Gesundheits-Zentrum Saarschleife (GZS).....	5
1.1.1 <i>Anschrift</i>	5
1.1.2 <i>Ansprechpartner</i>	5
1.1.3 <i>Lage der Klinik</i>	7
1.1.4 <i>Räumliche Ausstattung</i>	9
1.1.5 <i>Träger der Einrichtung</i>	12
1.1.6 <i>Beleger, Zulassungen und Verträge</i>	12
1.2 Das Rehabilitationskonzept (Einrichtungskonzept)	15
1.3 Qualitätsverständnis.....	16
1.4 Therapie- und Rehabilitationsangebote (Leistungsspektrum)	17
1.4.1 <i>Physiotherapie</i>	17
1.4.2 <i>Sporttherapie/Medizinische Trainingstherapie</i>	18
1.4.3 <i>Physikalische Therapie</i>	19
1.4.4 <i>Ergotherapie</i>	20
1.4.5 <i>Klinische Psychologie</i>	21
1.4.6 <i>Diätassistenz und Ernährungsberatung</i>	22
1.4.7 <i>Pflege</i>	22
1.4.8 <i>Sozialdienst/Kurseelsorge</i>	23
1.4.9 <i>Weitere Therapieangebote</i>	25
1.5 Das Therapiekonzept „Musculoskeletale Krankheiten (MSK)“	26
1.5.1 <i>Medizinisch-konzeptionelle Grundlage des Therapiekonzeptes - MSK</i>	26
1.5.2 <i>Klinische Behandlungspfade im Allgemeinen</i>	26
1.6 Rehabilitationsziele im Allgemeinen	27
1.7 Kontextfaktoren des Therapiekonzeptes - MSK.....	29
1.8 Die klinischen Behandlungspfade - Therapiekonzepte	30
1.8.1 <i>Übersicht zum klinischen Behandlungspfad: „Arthrotische Gelenkerkrankung – Hüft-/Knie-Totalendoprothese (Hüft-Knie-TEP)“</i>	31
1.8.2 <i>Erläuterungen zum klinischen Behandlungspfad „Hüft-Totalendoprothese (Hüft-TEP)“</i>	33
1.8.3 <i>Erläuterungen zum klinischen Behandlungspfad „Knie-Totalendoprothese (Knie-TEP)“</i>	36
1.8.4 <i>Übersicht zum klinischen Behandlungspfad: „Chronischer Rückenschmerz, Bandscheibenschäden, Stenose/Wirbelsäulenoperationen“</i>	39
1.8.5 <i>Erläuterungen zum klinischen Behandlungspfad „Chronischem Rückenschmerz“</i>	41
1.8.6 <i>Erläuterungen zum klinischer Behandlungspfad „Wirbelsäulenerkrankungen – operativ versorgt“</i>	43
1.8.7 <i>Übersicht zum klinischen Behandlungspfad: „Schulter (Impingement/ Schulter-TEP)“</i>	46
1.9 Besondere Betreuungsstrukturen – ICF-Orientierung	48
2 Dokumentation – Zahlen, Daten, Fakten	49
2.1 Strukturqualität.....	49
2.1.1 <i>Personelle Ausstattung</i>	49
2.1.2 <i>Therapeutische Behandlungen, Schulungen und Patientenbetreuung</i>	50
2.1.3 <i>Medizinisch-technische Ausstattung</i>	50
2.1.4 <i>Medizinische Notfallversorgung</i>	51
2.2 Ergebnisqualität	51
2.2.1 <i>Fallzahlen und Verweildauer</i>	51
2.2.2 <i>Sozialmedizinische und sozialdemographische Merkmale der Patienten</i>	51

2.2.3	<i>Lebenssituation zu Beginn der Rehabilitation</i>	52
2.2.4	<i>Impairmenthauptgruppen</i>	52
2.2.5	<i>Impairmentuntergruppen</i>	52
2.2.6	<i>Komplikationen</i>	53
2.2.7	<i>Entlassungsstatus, Rehaziele und klinischer Eindruck (Arzt – CGI)</i>	54
2.2.8	<i>Patientenbefragung</i>	55
2.2.9	<i>Weiterentwicklung der Rehabilitationskonzepte</i>	56
2.2.10	<i>Zertifizierung</i>	57
2.2.11	<i>Therapiedichte (Leistungsmenge und Leistungsart pro Woche)</i>	57
3	Qualitätspolitik und Qualitätssicherung	58
3.1	Qualitätspolitik im Gesundheits-Zentrum Saarschleife	58
3.2	Aufbau des QM-Systems.....	59
3.2.1	<i>Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB)</i>	59
3.2.2	<i>QM-Moderatoren</i>	60
3.2.3	<i>Sonstige Befugnisse</i>	60
3.3	Unser Leitbild – Unsere Qualitätspolitik.....	60
3.4	Strategische und operative Ziele - Qualitätsziele	61
3.5	Umsetzung von Leitlinien.....	61
3.6	Umsetzung spezifischer rechtlicher Anforderungen.....	62
3.6.1	<i>Notfallmanagement</i>	62
3.6.2	<i>Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit</i>	62
3.6.3	<i>Hygienemanagement</i>	63
4	Qualitätssicherung im Gesundheits-Zentrum Saarschleife	64
4.1	Internes Qualitätsmanagement	65
4.1.1	<i>Jährliche Managementbewertung</i>	65
4.1.2	<i>Interne und externe Audits</i>	65
4.1.3	<i>Patientenbefragung</i>	66
4.1.4	<i>QM-Projekte/QM-Ziele</i>	66
4.1.5	<i>QM-Maßnahmen</i>	66
4.1.6	<i>Beschwerde- und Fehlermanagement</i>	66
4.1.7	<i>Qualifizierung der Mitarbeiter</i>	67
4.1.8	<i>Klinikinterne Fort- und Weiterbildung</i>	67
4.1.9	<i>Teilnahme an externen Fort- und Weiterbildungen</i>	67
4.1.10	<i>Laufzeit der Entlassberichte</i>	68
4.1.11	<i>Patientenbeschwerden</i>	68
4.1.12	<i>Fehlermanagement</i>	68
4.2	Externe Qualitätssicherung – QS-Reha GKV	70
4.2.1	<i>Zufriedenheit mit der Rehabilitation aus Patientensicht – QS-Reha-Verfahren</i> ..	70
4.2.2	<i>Behandlungserfolg im Patientenurteil – Größe der erzielten Rehabilitationseffekte – QS-Reha-Verfahren</i>	70
4.2.3	<i>Peer Review-Verfahren (Prüfung der Qualität der Entlassungsberichte)</i>	72
4.3	Externe Qualitätssicherung – EVA-Reha (TK)	73
4.3.1	<i>Ergebnisdarstellung – EVA-Reha 2010</i>	74
5	Aktivitäten und Veranstaltungen	75
6	Ausblick und Aktuelles	77
7	Glossar	78
8	Impressum	82

Geleitwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

wir freuen uns, Ihnen den Qualitätsbericht der Rehabilitationsklinik Johannesbad Saarschleife AG & Co.KG (Gesundheits-Zentrum Saarschleife) für das Jahr 2010 vorlegen zu können. Auf diesem Weg wollen wir Ihnen die Leistungsfähigkeit unserer Klinik sowie ihre hohe Leistungsqualität näher bringen und transparent darstellen. Ein Höchstmaß an Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit sind unser erstes Ziel. Darum haben wir uns im Gesundheits-Zentrum Saarschleife 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), der DIN EN ISO 9001:2008, des IQMP-Reha-Modells und der KTQ zertifizieren zu lassen.

In diesem Qualitätsbericht sind die aktuellen Schwerpunkte der klinischen, therapeutischen und pflegerischen Kompetenz des Gesundheits-Zentrums Saarschleife 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 bietet Ihnen Informationen zur Klinik sowie zum Einrichtungs- und Therapiekonzept.
- Im zweiten Teil 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.

Wir wünschen uns von Ihnen eine aufmerksame und fördernd-kritische Begleitung bei der Umsetzung unserer Qualitätsziele. Ihnen allen wünschen wir eine interessante und abwechslungsreiche Lektüre.

Mit den besten Wünschen

Bernd Baumbach
Klinikmanager

Andreas Kühn
Qualitätsmanagementbeauftragter

Qualitätsbericht – Geltungsbereich

Dieser Qualitätsbericht bezieht sich auf das Gesundheits-Zentrum Saarschleife und wurde für das Jahr 2010 erstellt (Berichtszeitraum 01.01.2010 – 31.12.2010). Er bezieht sich auf die im Kalenderjahr 2010 entlassenen Patienten (=Fälle).

1 Rehabilitation – Konzepte, Ergebnisse, Entwicklungen

1.1 Das Gesundheits-Zentrum Saarschleife (GZS)

1.1.1 Anschrift

Johannesbad Saarschleife AG & Co.KG
Cloefstraße 1a
66693 Mettlach-Orscholz
Telefon 06865/90-0

Fax 06865/90-1800

www.saarschleife.de

info@saarschleife.de

1.1.2 Ansprechpartner

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

Klinikmanager

Bernd Baumbach
Tel. 06865/90-1900
Fax 06865/90-1944
bernd.baumbach@saarschleife.de

Ärztlicher Direktor

Prof. Dr. Wolfgang Menke
Tel. 06865/90-1830
Fax 06865/90-1850
wolfgang.menke@saarschleife.de

Sekretariat

Angelique Konz
Tel. 06865/90-1901
Fax 06865/90-1944
angelique.konz@saarschleife.de

Sekretariat

Claudia Schwarz
Tel. 06865/90-1830 oder 1840
Fax 06865/90-1850
claudia.schwarz@saarschleife.de

Qualitätsmanagement

Andreas Kühn
Tel. 06865/90-1935
Fax 06865/90-1850
andreas.kuehn@saarschleife.de

Assistentin des Klinikmanagers

Anja Platte
Tel. 06865/90-1903
Fax 06865/90-1800
anja.platte@saarschleife.de

Einkauf/Rechnungsprüfung

Patrick König
Tel. 06865/90-1953 o. 1826
Fax 06865/90-1944
patrick.koenig@saarschleife.de

Technik/Arbeitssicherheit

Werner Reinert
Tel. 06865/90-1951
Fax 06865/90-1920
werner.reinert@saarschleife.de

Patientenverwaltung

Nicole Wagner
Tel. 06865/90-1801
Fax 06865/90-1800
nicole.wagner@saarschleife.de

Buchungszentrale

Johanna Engel
Tel. 06865/90-1904 oder 1905
Fax 06865/90-1909
johanna.engel@saarschleife.de

Ulrike Löffelbein

Tel. 06865/90-1804
Fax 06865/90-1800
ulrike.loeffelbein@saarschleife.de

Badekasse/Wellnessbüro

Aline Feller
Tel. 06865/90-1929
Fax 06865/90-1930
aline.feller@saarschleife.de

Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)

Alexander Pan
Tel. 06865/90-1725
Fax 06865/90-1800
alexander.pan@saarschleife.de

Physiotherapie/Physikalische Therapie

Steffanie Pitz
Tel. 06865/90-1827
Fax 06865/90-1930
steffanie.pitz@saarschleife.de

Sekretariat

Hanna Philippi
Tel. 06865/90-1869
Fax 06865/90-1800
hanna.philippi@saarschleife.de
silke.loser@saarschleife.de

Sporttherapie/MTT

Andreas Kühn
Tel. 06865/90-1935
Fax 06865/90-1850
andreas.kuehn@saarschleife.de

Pflegedienst

Beatrix Lichtner/Alexander Reddich
Tel. 06865/90-1834
Fax 06865/90-1850
beatrix.lichtner@saarschleife.de
alexander.reddich@saarschleife.de

Ergotherapie

Kirsty Meyer
Tel. 06865/90-1842
Fax 06865/90-1930
kirsty.meyer@saarschleife.de

Labor/Röntgen

Anke Becker
Tel. 06865/90-1832
Fax 06865/90-1944
anke.becker@saarschleife.de

Psychologische Abteilung

Tanja Birling
Tel. 06865/90-1844 oder 1845
Fax 06865/90-1850
tanja.birling@saarschleife.de

Sozialdienst

Bettina Herp
Tel. 06865/90-1879
Fax 06865/90-1944
bettina.herp@saarschleife.de

1.1.3 Lage der Klinik

Ihre Anreise

Bundesweite Anfahrt:



Detailanfahrt:



➔ mit dem Auto aus Richtung Koblenz

über die **A 48** bis Ausfahrt Trier, über die **B 51** Richtung Konz, bis Mettlach, Beschilderung bis Orscholz folgen.

➔ mit dem Auto aus Richtung Mannheim/Kaiserslautern

über die **A 6** bis zum Autobahnkreuz Saarlouis und weiter Richtung Luxemburg bis Autobahnausfahrt Orscholz. Beschilderung bis Orscholz folgen.

➔ per Bahn

Die Anreise mit der Bahn erfolgt über Trier oder Saarbrücken bis zur Bahnstation "Mettlach" oder "Merzig".

➔ per Flugzeug

Zielflughafen Luxemburg oder Saarbrücken-Ensheim.

Architektur



Das Gesundheits-Zentrum Saarschleife befindet sich im Naturpark Saar-Hunsrück neben der Saar etwa 300 m vom Aussichtspunkt auf das Naturschauspiel „schönste und vollendete Flussschleife Deutschlands“ im Ort Orscholz nahe an der Grenze zu Luxemburg.

Seit dem Kalenderjahr 2004 ist die Gemeinde Orscholz als heilklimatischer Luftkurort anerkannt.

Die „Cloef“, beliebter Aussichtspunkt mit Blick auf das Naturdenkmal Saarschleife ist nur wenige Schritte entfernt. Weitere attraktive Ausflugsziele bieten sich im nahe gelegenen Trier oder Luxemburg an.

Der Spatenstich zum Gesundheits-Zentrum Saarschleife ist datiert auf den 15. August 1991. Richtfest war am 5. Mai 1993 und die Eröffnung vom Gesundheits-Zentrum Saarschleife ist am 22. Oktober 1993 erfolgt.

Die Klinik wurde 1993 zusammen mit dem Gesundheits-Zentrum in Betrieb genommen und ist als orthopädisch-rheumatologische Fachklinik nach § 111 SGB V zugelassen. Über die Anschlussrehabilitationen nach Operationen am Bewegungsapparat und die Heilverfahren hinaus, bietet die Klinik auch zahlreiche Präventionsprogramme mit spezifischen Therapiekonzepten an. Das Gesundheits-Zentrum Saarschleife ist eine moderne Rehabilitationsklinik, die sich durch eine hochqualifizierte interdisziplinäre Zusammenarbeit auszeichnet.

Alle Anforderungen des diagnostischen und therapeutischen Spektrums insbesondere auch die, die sich aus den zunehmend frühen Anschlussheilbehandlungen ergeben, können durch die personelle und apparative Ausstattung der Rehabilitationsklinik Saarschleife erfüllt werden. Darüber hinaus hat sich die Klinik durch besondere Schwerpunkte profiliert wie mit der Osteoporosetherapie, der Amputationsnachsorge und der Behandlung multikausaler Gangstörungen sowie der psychosomatischen Begleittherapie und den alternativen Therapieformen der Traditionellen Chinesischen Medizin.

Auf Grund der langen Erfahrung und ständigen Fortentwicklung ist das Gesundheits-Zentrum Saarschleife bei diesen Indikationen besonders geeignet. Das indikationsspezifische Gesundheitstraining ist in unser Therapiekonzept gleichwertig eingebunden. Aus psychologischer Sicht steht das Problem der Krankheitsbewältigung und -verarbeitung im Vordergrund. Ganzheitliche Rehabilitation bedeutet ein breites Spektrum von Einstellungs- und Verhaltensänderungen über aktive Bewältigungsstrategien bei chronischen Erkrankungen bis hin zur Entwicklung von Perspektiven für die berufliche und soziale Zukunft der Patienten.

Die genannten Maßnahmen finden im Rahmen eines zeitgemäßen indikationsübergreifenden Rehabilitationskonzeptes sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung der Patienten statt.

Das Ziel ist die Rehabilitation des Patienten, d. h. die Wiedereingliederung in das Alltags- und Berufsleben.

1.1.4 Räumliche Ausstattung

Der Baukörper des Gesundheits-Zentrums Saarschleife ist im Grundriss der „Saarschleife“ nachempfunden und gliedert sich in 6 Einzelhäuser mit jeweils 5 bzw. 6 Etagen, auf denen insgesamt 392 Zimmer vorgehalten werden. Alle Zimmer sind mit WC, Bad oder Dusche sowie TV und Telefon ausgestattet und verfügen über Terrasse oder Balkon. Von den insgesamt 67 behindertengerechten Zimmern sind 57 mit einem behindertengerechten Bad ausgestattet. Bisher sind 44 Pflegebetten auf der 1. Etage in der Nähe des Pflegedienstes vorhanden.

1. Etage:

Unmittelbar unter der Rezeption des Gesundheits-Zentrum Saarschleife liegt der medizinische Trakt, in dem die Ärztliche Abteilung, das (hausinterne) Schreibzimmer, die Röntgenabteilung, das Labor, das Biomechaniklabor mit der Osteoporosediagnostik sowie der Pflegedienst angegliedert sind. Ebenfalls angeschlossen an den medizinischen Trakt ist sowohl die Psychologische Abteilung mit deren Behandlungszimmern als auch der Sozialdienst.

2. Etage:

An die Rezeption schließt sich der Verwaltungstrakt an mit Buchhaltung, Zimmerplanung, Marketing und Therapieplanung. Dahinter liegt die TCM-Abteilung mit deren Behandlungsräumen der chinesischen Ärzte, den Vorbereitungsräumen und dem dazugehörigen Sekretariat. Ebenfalls in unmittelbarer Nähe zur Rezeption bzw. dem medizinischen Trakt liegen die Seminar- und Vortragsräume, die Lehrküche, die Patientenbibliothek, Lesezimmer, Fernsehzimmer, Billardraum (3. Etage) sowie die beiden Speisesäle.

Reha-Zentrum (3. Und 4. Etage):

Der Therapiebereich befindet sich auf der gegenüber liegenden Seite des gesamten Gebäudekomplexes mit einer zentralen Ruhezone in einem Palmengarten. Ebenerdig dazu liegt die Abteilung der Physiotherapie mit ihren Behandlungsräumen, angrenzend der Bäder- und Wassertherapiebereich. In der 1. Etage dieses Komplexes befindet sich die Medizinische Trainingstherapie (MTT) mit einer großen Sporthalle. Auf dieser Ebene befindet sich auch das Bistro, in der sich anschließenden Passage sind Friseur, Sanitätsladen, Zeitungskiosk, Kosmetikboutique untergebracht. Auf der gleichen Ebene sind die Ergotherapie sowie ein großzügiger Patientenaufenthaltsraum mit Wartezone für die Gruppentherapien „Ausdauertraining, Koordinationstraining, Bewegungsschiene, Therapieauto“ eingerichtet.

Bad- und Saunalandschaft (3. Etage):

Der Bäderbereich umfasst eine Wasserfläche von insgesamt 1000 qm mit 3 Therapiebecken mit einer Wassertemperatur von 32° und Größen von 43qm bis 66qm. Für die Therapiebecken stehen 3 Lifter für stärker behinderte Patienten zur Verfügung. Das Außenbecken umfasst eine Wasserfläche von 480qm mit einer Wassertemperatur von 26°. Es ist mit einer Gegenstromablage ausgestattet und von einer großen Liegewiese mit angrenzendem Beachvolleyballfeld umgeben. Der Innenbereich wird von einem 350 qm großen Wellenbecken dominiert, hier 1 Luftsprudelbecken, 2 Whirlpools sowie 2 Saunen und 2 Solarien installiert.

Lageplan der Räumlichkeiten im Gesundheits-Zentrum Saarschleife

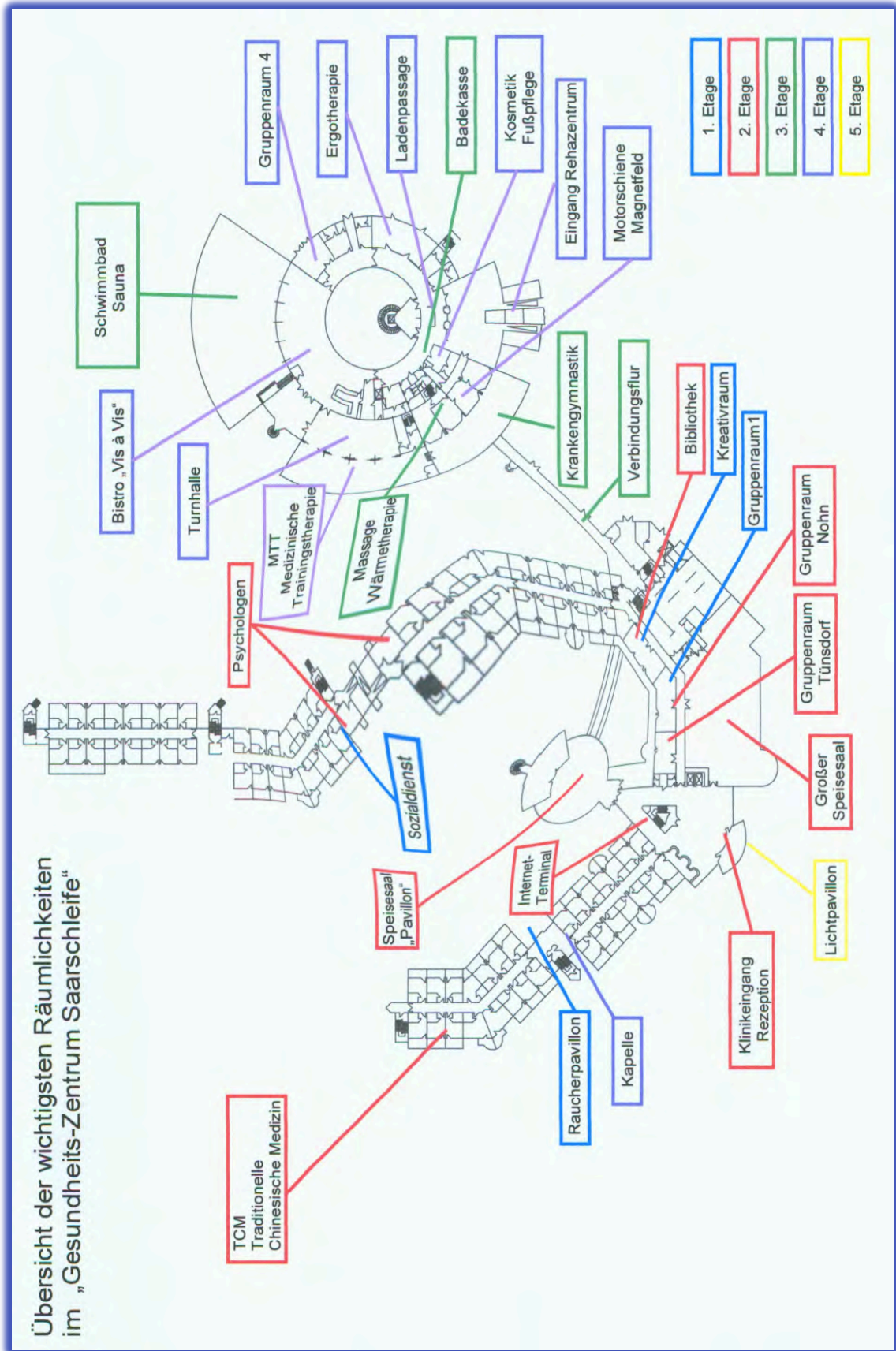


Tabelle 1: Räumliche Ausstattung im Gesundheits-Zentrum Saarschleife

Räumliche Ausstattung	
Zimmer	Ungefähre Größe
Patienteneinzelzimmer Standard	23 m ²
Patientendoppelzimmer Standard	23 m ² bis 28 m ²
Behindertengerechte Einzelzimmer	21 m ²
Behindertengerechte Zweibettzimmer	45 m ²
Patientenzweibettzimmer	38 m ²
Einzelzimmer Penthouse	26 m ²
Doppelzimmer Penthouse	26 m ² bis 70 m ²
Therapieräume	
Physikalische Therapie	440 m ²
Krankengymnastik Einzel	280 m ²
Turnhalle	230 m ²
Kältekammer	70 m ²
Medizinische Trainingstherapie	385 m ²
Ergotherapie	110 m ²
Psychologischer-Gruppenraum 1	68 m ²
Badbereich	
Schwimmbadgesamtläche	1.630 m ²
Therapiebecken 1	43 m ²
Therapiebecken 2	66 m ²
Therapiebecken 3	66 m ²
Luftsprudelbecken	33 m ²
Whirlpool 1	5 m ²
Whirlpool 2	5 m ²
Wellenbecken	300 m ²
Außenbecken	480 m ²
Sauna Innen- und Außenbereich	
Innensaunafläche	52 m ²
Außensaunafläche	200 m ²
Gastronomie	
Speisesaal	765 m ²
Pavillon	280 m ²
Bistro Vis à Vis	480 m ²
Veranstaltungsräume	
Raum „Tünsdorf“	54 m ²
Raum „Nohn“	73 m ²
Bibliothek	73 m ²
Raum für Gottesdienste	58 m ²
Angegliederte Gebäude	
Betriebshof bestehend aus: Lagerräumen, Archiv, Schreinerei, Gärtnerei und Büros	594,79 m ²

Das Gesundheits-Zentrum Saarschleife erfüllt zu 100% die Anforderungen bezüglich „Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung“, die im Rahmen des QS-Reha-Verfahrens an orthopädische Rehabilitationseinrichtungen gestellt werden. Der Durchschnitt der Vergleichskliniken liegt bei 94%-iger Erfüllung der Merkmale.

1.1.5 Träger der Einrichtung

Die Firmierung des Gesundheits-Zentrums Saarschleife (GZS) lautet:

„Johannesbad Saarschleife AG & Co. KG“.

Mit Rücksicht auf eine angemessene Öffentlichkeitswirksamkeit und -orientierung wird die Betriebsstätte als „Gesundheits-Zentrum Saarschleife“ bezeichnet.

Seit dem Januar 2004 befindet sich unsere Einrichtung in der Trägerschaft der Johannesbad Management AG, die wiederum zur Johannesbad Holding GmbH & Co. KG gehört, deren Inhaber Dr. med. Johannes Zwick ist.

Wir sind eine Fachklinik mit mehr als 200 Mitarbeitern. Wir verstehen uns als Dienstleistungsunternehmen. Mit unserem Namen "Johannesbad" stehen wir hinter den Leistungen unserer Häuser.

Im Johannesbad ist die individuelle Erfüllung der Bedürfnisse von genau definierten Zielgruppen ein Erfolgsrezept der Unternehmensphilosophie.

Unsere Häuser der Johannesbad-Gruppe grenzen sich durch ihren individuellen Charakter und ihre außergewöhnliche Architektur sowohl gegen die Mitbewerber als auch untereinander ab.

1.1.6 Beleger, Zulassungen und Verträge

Zulassungen

Das GZS gehört zu den großen Rehakliniken im Saarland und verfügt über folgende Vereinbarungsgrundlagen:

- Versorgungsvertrag nach § 111 Sozialgesetzbuch V (SGB V)
- Zulassung zur erweiterten ambulanten Physiotherapie durch Unfallversicherungsträger (EAP)
- Beteiligung an der Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW)

Belegungsträger:

1. Gesetzliche Rentenversicherungsträger
 - DRV-Saarland
 - Bundesknappschaft
2. Gesetzliche Unfallversicherungsträger
 - Berufsgenossenschaften
3. Gesetzliche Krankenversicherungen
 - Allgemeine Ortskrankenkassen
 - Betriebskrankenkassen
 - Innungskrankenkassen
 - Landwirtschaftliche Krankenkassen

- Bundesknappschaft
 - Ersatzkassen
4. Sonstige
- Versorgungsamt
 - Bundeswehr
 - Sozialamt
 - Private Krankenkassen
 - Selbstzahler

Genehmigungsverfahren/Verträge

1. § 23 SGB V
 - Medizinische Vorsorgeleistung
2. § 40 SGB V
 - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
3. § 111 SGB V
 - Versorgungsverträge mit Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen zur stationären Behandlung
4. § 124 SGB V
 - Leistungserbringung von Heilmitteln
5. § 125 SGB V
 - Abgabe ambulanter Heilmittel
6. Zulassung zum BGSW-Verfahren der Berufsgenossenschaften
7. §§ 140a ff SGB V
 - Verträge zur Integrierten Versorgung

Zulassungen/Konzessionen

- Weiterbildungsermächtigung für „Physikalische Medizin“
= 12 Monate
Ärztammer des Saarlandes
- Weiterbildungsermächtigung für „Orthopädie und Unfallchirurgie“
= 12 Monate
Ärztammer des Saarlandes
- Weiterbildungsermächtigung für „Physikalische Therapie und Balneologie“
= 12 Monate
Ärztammer des Saarlandes
- Weiterbildungsermächtigung für „Innere Medizin“
= 12 Monate
Ärztammer des Saarlandes
- Weiterbildungsermächtigung für „Rehabilitationswesen“
= 12 Monate
Ärztammer des Saarlandes
- zwei Badeärztinnen
- § 30 Gewerbeordnung – Betrieb Rehaklinik Saarschleife
- Zulassung als Weiterbildungsstätte gem. § 32 Abs. 3 des Heilberufsgesetzes für Orthopädie
Ärztammer des Saarlandes
- Zulassung als Weiterbildungsstätte für „Innere Medizin“ gem. § 21 (5) des Saarländischen Heilberufekammergesetzes

Ärzttekammer des Saarlandes

Zugehörigkeit zu Vereinen, Verbänden bzw. Institutionen

- Arbeitgeberverband Saarbrücken e. V.
- Arbeitskreis Gesundheit e. V.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
- Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V.
- Deutsche Akademie für Kurortwissenschaft und Rehabilitationsmedizin e. V.
- Deutscher Bäderverband e. V.
- Industrie- und Handelskammer Saarbrücken
- Touristikverband Saarland
- ZVK Saarland und Rheinland-Pfalz
- VPT Saarland
- Fibromyalgie Verband Rheinland-Pfalz-Saarland

1.2 Das Rehabilitationskonzept (Einrichtungskonzept)

Nach § 1 des Versorgungsvertrages analog § 111 SGB V vom 5. November 1992 erbringt das Gesundheits-Zentrum Saarschleife für die Versicherten von Mitgliedskassen der Krankenkassenverbände die Vorsorge (§ 23 Absatz 4 SGB V) und stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen einschließlich der Anschlussheilbehandlung (§ 40 Absatz 2 SGB V) mit Unterkunft und Verpflegung für folgende Indikationen bzw. Indikationsgruppen:

- **Orthopädie/Rheumatologie**

So werden Rehabilitanden (=Fälle) sowohl in der Anschlussheilbehandlung nach Operationen als auch im Heilverfahren klinisch betreut.

Das Ziel ist die Rehabilitation des Patienten, d. h. die Wiedereingliederung in das Alltags- und Berufsleben. Dabei werden die Patienten insbesondere im Rahmen rein konservativer Therapiepläne behandelt.

In erster Linie gehört die Behandlung von Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane als konservative Therapie mit den verschiedenen Verfahren der Physiotherapie, der physikalischen Therapie, der Ergotherapie und der Sporttherapie/Medizinischen Trainingstherapie (MTT) zu den Aufgaben unserer Rehabilitationsklinik.

In unserer Einrichtung wird die Anschlussheilbehandlung (AHB) für Patienten nach operativen Eingriffen wie Osteosyntheseverfahren und Endoprothesen, Amputationen mit Prothesenversorgung am Bewegungsapparat durchgeführt.

Die Indikationen zum stationären Aufenthalt sind den Therapiekonzepten des Gesundheits-Zentrums Saarschleife zu entnehmen. Es werden demzufolge Patienten aus dem orthopädischen und aus dem rheumatologischen Bereich sowie internistische und neurologische Begleiterkrankungen behandelt.

Im Zentrum der stationären Therapie stehen die so genannten Verschleißerkrankungen der Wirbelsäule als auch der Gelenke. Vorrangig zu nennen sind bei den wirbelsäulenabhängigen Schmerzzuständen die Zervikal- und Lumbalsyndrome und von Seiten der Gelenke die Arthrosen, speziell der Hüft-, Knie- und Schultergelenke.

Neben den genannten Erkrankungen werden auch Krankheiten mit entzündlicher Genese behandelt, in erster Linie die chronische Polyarthrit und die Spondylitis ankylosans. Weitere Schwerpunkte liegen in der Behandlung von Patienten mit Osteoporose sowie Fibromyalgie.

1.3 Qualitätsverständnis

Die Qualität unserer Arbeit überprüfen wir regelmäßig selbst und insgesamt durch zuvor festgelegte Verfahren.

Als neutralen Maßstab für Qualität sind wir seit Februar 2006 mehrfach erfolgreich nach **DIN-ISO 9001:2008**, **DEGEMED**, **IQMP-Reha** und **KTQ** zertifiziert und rezertifiziert.

Darüber hinaus erfüllen wir mit unserem internen Qualitätsmanagement nachweislich die **Anforderungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)**.

Die subjektiv empfundene Qualität des Patient(inn)en bzw. des Gastes ist uns wichtig.

Das bedeutet:

- klare Strukturen, Zuständigkeiten und Entscheidungswege sowie transparente Prozesse
- hohe Struktur- und Prozessqualität
- verbindliches, entscheidungsorientiertes Therapiekonzept
- kompetente Mitarbeiter
- Schaffung eines qualitativ hochwertigen Leistungsangebotes unter Berücksichtigung der Veränderungen des Marktes

Dies erreichen wir durch:

- Etablierung eines Qualitätsmanagementsystems
- ständige Ausrichtung des Therapiekonzeptes auf den neusten Stand der Wissenschaft
- Fort- und Weiterbildung
- ständige, flexible Weiterentwicklung der Klinik
- QM-Datenbank

Dies überprüfen wir anhand von:

- internen Audits
- Managementbewertung
- systematischer Auswertung des Fort- und Weiterbildungserfolges
- Patientenbefragung
- Mitarbeiterbefragung
- Mitarbeitergesprächen
- kontinuierlicher Prüfung und Aktualisierung des Therapiekonzeptes und der Standardtherapiepläne
- Benchmark im Konzern und extern
- Kennzahlenentwicklung

1.4 Therapie- und Rehabilitationsangebote (Leistungsspektrum)

Das Gesundheits-Zentrum Saarschleife gewährleistet ein breites Spektrum an Therapieangeboten, das individuell auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt.

1.4.1 Physiotherapie

Wichtig im physiotherapeutischen Umgang mit dem Rehabilitanden ist neben dem Schaffen einer Vertrauensbasis die Vereinbarung von Zielen mit dem Rehabilitanden im

Umgang mit seiner Erkrankung. In der Physiotherapie unterscheidet man zwischen Tages- Nah- und Fernzielen. Die physiotherapeutische Zielvereinbarung der Vergangenheit bzw. Gegenwart definierte sich mehr aus der Arzt- bzw. Therapeutesicht. Unter anderem gelten Mobilität, Gelenks- und Bewegungserweiterung, Verbesserung von diversen Defiziten wie Gleichgewicht und Koordination als Zielmodalitäten.

Das Prinzip der Teilhabe nach ICF richtet sich nun mehr nach den expliziten und impliziten Patientenwünschen. So ist im Erstgespräch zwischen Arzt und Patient herauszufinden, welches persönliche Rehabilitationsziel der Rehabilitand aus seiner Erwartungssicht erreichen möchte. Es müssen realitätsnahe Bedingungen für eine Anpassung des Patientendefizits geschaffen werden. Voraussetzung dafür ist eine ausreichend realitätsnahe Wahrnehmung des Defizits des Rehabilitanden und eine konstruktive, ausreichend bejahende Akzeptanz des Defizits durch den Rehabilitanden, seine Angehörigen und die soziale Umwelt. Der Rehabilitand muss darüber hinaus eine Umstellungsbereitschaft und -fähigkeit besitzen, was nicht nur voraussetzt, dass der Rehabilitand in der Lage sein muss, neue, vorher nicht geübte Lösungswege entwickeln zu können und sie im Alltag auch zu nutzen und einsetzen zu können.

Entscheidend für das Erreichen der persönlichen Ziele des Rehabilitanden sind eine Reihe von wesentlichen Faktoren. Es wird eine Prognose basierend auf der Erfahrung der Therapeuten gestellt, was an Funktionsverbesserungen erreicht werden kann. Weiterhin spielen Befunderfassung und -dokumentation, wie auch der Therapieverlauf mit den vereinbarten und zu realisierenden Rehabilitationszielen eine wesentliche Rolle.

Natürlich ist auch die Motivation wie auch die Selbständigkeit des Rehabilitanden wichtig, um die persönlichen und realistischen Ziele zu erreichen. Auch die Persönlichkeitsstruktur, die Lebensgewohnheiten vor der Erkrankung (Beruf, Hobbys), aber auch die häuslichen Faktoren, wie Treppen oder Bad, sind von elementarer Wichtigkeit (personenbezogene und umweltbezogene Kontextfaktoren).

In Betracht zu ziehen sind bei der therapeutischen Entscheidung auch die evtl. Gefährdung des Arbeitsplatzes und des wirtschaftlichen Status des Rehabilitanden. Ebenso müssen auch Angehörige und Lebenspartner in die Therapieentscheidungen mit einbezogen werden. Die notwendigen therapeutischen Rahmenbedingungen über die Rehabilitationszeit hinaus (Therapiezeit, -ort und -anzahl) sollten so adäquat angepasst sein, um Teilhaben nach ICF ermöglichen zu können.

Folgende Methoden stehen zur Verfügung:

Manuelle Therapie, Sportphysiotherapie, FBL (funktionelle Bewegungslehre), Behandlung nach Cyriax, Brügger, Wärme- und Kryotherapie, Schlingentischtherapie, Triggerpunktbehandlung, Therapie nach McKenzie, Bobath, PNF und E-Technik.

Neben diesen Einzel-Behandlungstechniken werden Gruppenbehandlungen (maximal 12 Teilnehmer) durchgeführt: Rückenschule (Information und Üben), Wirbelsäulengymnastik und TEP-Gruppen in der Halle und im Bewegungskolleg.

Es besteht die Möglichkeit, Rehabilitanden aus der Umgebung ambulant auf Rezept des behandelnden Arztes oder im ARENA-Nachsorgeprogramm der DRV Saarland weiterzubehandeln.

1.4.2 Sporttherapie/Medizinische Trainingstherapie

Die Sporttherapie versteht sich als ganzheitliches Verfahren, das mit geeigneten Mitteln des Sports gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen kompensiert, regeneriert, Sekundärschäden vorbeugt und gesundheitliches Verhalten fördert. Sporttherapie beruht auf biologischen Gesetzmäßigkeiten, bezieht besonders trainingswissenschaftliche, medizinische, pädagogisch-psychologische sowie sozialtherapeutische Elemente mit ein und versucht, eine überdauernde Gesundheitskompetenz herzustellen. Sporttherapie ist ärztlich indiziert und verordnete Bewegung, die vom Therapeuten geplant und dosiert, gemeinsam mit dem Arzt kontrolliert und mit dem Patienten alleine oder in der Gruppe durchgeführt wird.

Ziel ist die Ermöglichung der Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben unter Berücksichtigung der personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren. Die sporttherapeutischen Zielsetzungen beziehen sich auf die betroffene Struktur und deren Funktion selbst, auf die Einschränkungen der Patienten bezüglich der Alltagsaktivitäten (ADL) sowie deren Partizipation am gesellschaftlichen Leben. Die sporttherapeutische Intervention in der Rehabilitation umfasst dabei physische, psycho-soziale sowie edukative Inhalte und wird durch weitere Leistungen ergänzt:

- Physische Interventionen in Form von Medizinischer Trainingstherapie (MTT),
- Koordinationstraining/Gleichgewichtsschulung, Gangschule,
- Rückenschule,
- Frühgymnastik,
- Aquatherapie,
- (Nordic-) Walking,
- Ausdauer-/Ergometertraining,
- psycho-soziale und edukative Interventionen mit sporttherapeutischer Beratung und Patientenschulung (z. B. Endoprothesenschule)
- ergänzende Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben u. a. durch Überleitung in eine wohnsitznahe indikationsspezifische Reha-Sportgruppe und stufenweise Wiedereingliederung

Die Wirksamkeit der sporttherapeutischen Maßnahmen wird anhand wissenschaftlicher Assessmentverfahren evaluiert. So werden beispielsweise Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen mit dem Staffelstein-Score in den Versionen Hüfte und Knie dargestellt. Durch Rückenschmerzen beeinträchtigte Aktivitäten wurden mittels der Oswestry Disability Scale (ODI) abgebildet, wobei es sich hierbei um einen Patientenfragebogen handelt. Verletzungen des Arms, der Schulter und der Hand überprüft die Sporttherapie mit dem Fragebogen Quick-DASH. Zur Ermittlung der Sturzgefährdung der Patienten wird im Bereich des Koordinationstrainings und der Gangschule der Timed Up and Go (TUG), der Chair Rising (CR), der Functional Reach (FR) sowie ein eigenentwickelter Gehstest verwendet.

Die ermittelten Assessment-Daten ermöglichen somit eine Beurteilung der Rehabilitationserfolges durch den Vergleich von Aufnahme- und Entlassungszustand der Rehabilitanden.

Zur Verbesserung der Handlungs- und Krankheitskompetenz sowie zur Entängstigung und Krankheitsbewältigung werden neben dem täglichen Bewegungsprogramm indikations-spezifische Schulungen in Form von Vorträgen und Seminaren veranstaltet.

Im Anschluss an die Rehabilitationsphase kann eine Überleitung in ortsnahe Reha-Sport-Gruppen erfolgen.

1.4.3 Physikalische Therapie

Die physikalische Therapie ist ein wichtiger integraler Bestandteil bei der Behandlung der orthopädischen Rehabilitanden und unterstützt die aktive Therapie. Die Verordnung erfolgt durch den zuständigen Arzt und kann nach Rücksprache durch den Therapeuten modifiziert werden. Es stehen folgende Verfahren zur Verfügung:

- klassische Massage
- Lymphdrainage
- Fußreflexzonenmassage
- Bindegewebsmassage
- Unterwassermassage
- Stangerbäder
- Zwei- und Vierzellenbäder
- Tiefenfriktionsmassage nach Marnitz,
- Sandboxtherapie der Hände
- Fangopackungen

In der Elektro- und Wärmeabteilung werden die Rehabilitanden mit Nieder-, Mittel-, Interferenzstrom, Ultraschall, Sandwärmebank und Dezimeterwelle, Phonophorese, diodynamischen Strömen behandelt.

Zur Förderung der seelischen Ausgeglichenheit und zur Anregung der Selbstheilungskräfte und Gefäß- und Kreislauftraining werden folgende Kneipp'sche Anwendungen durchgeführt: Wechselgüsse, Blitzgüsse, Arm- und Fußwechselbäder, Hauffsche Teilbäder und Tretbecken.

1.4.4 Ergotherapie

Im Rahmen der Ergotherapie wird von Beginn an aus dem Blickwinkel des biopsychosozialen Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit gearbeitet. Die ergotherapeutische Aufnahme erfolgt in der Struktur der ICF-Items. Das Aufnahmegespräch beginnt mit der Erfassung der personenbezogenen Faktoren. Außerdem werden die Umweltfaktoren wie Informationen zum Wohnumfeld, zum sozialen Umfeld und zur beruflichen Situation erfragt bzw. über die Patientenakte eingesehen. Im weiteren Verlauf werden Schwierigkeiten und Ressourcen in den Aktivitäten wie beispielsweise der Körperhygiene, der Nahrungsaufnahme bzw. -zubereitung, dem Schreiben etc. erfasst. Auch der Bereich der Partizipation wird mit dem Rehabilitanden gemeinsam beleuchtet. Anschließend findet eine detaillierte Befunderhebung der Körperfunktionen und -strukturen statt. Gemeinsam mit dem Rehabilitanden werden dann die Ziele für die ergotherapeutische Behandlung gesetzt. Alle Interventionen arbeiten auf das interdisziplinäre Rehaziziel hin.

Als Ziel wird in der Ergotherapie die Partizipation des Rehabilitanden in seiner individuellen Lebenssituation gesehen. Ist beispielsweise das Ziel des Rehabilitanden, die Rückkehr in seine Wohnung, in der er allein lebt und sich selbst versorgt, dann ist es Aufgabe der Ergotherapie, zu prüfen, ob es Einschränkungen in den Körperfunktionen und/oder -strukturen gibt, die ihn daran hindern, sich in seinem Haushalt selbst zu versorgen. In diesem Fall wird die Ergotherapie auf der Struktur- und Funktionsebene an der Schultergelenksmobilisation arbeiten. Dabei wird immer wieder der Übertrag in den Alltag gesucht, so dass der Rehabilitand beispielsweise nach vorhergehender Mobilisation assistiv mit dem Therapeuten gemeinsam einen Teller oder ein Glas in den Schrank stellt. Außerdem wird der Rehabilitand im Bezug auf eine Wohnraumanpassung beraten. Zur Belastungserprobung, aber auch zur Vermittlung von Strategien im Umgang mit der körperlichen Einschränkung und zur Hilfsmittelerprobung findet in der Ergotherapie ein Küchentraining statt. Damit das Küchentraining so nah wie möglich an der Partizipationsebene des Rehabilitanden stattfindet, dauert das Angebot zweieinhalb Zeitstunden in der Kleingruppe. Die umfangreiche Dauer wurde gewählt, damit die Rehabilitanden nicht lediglich eine Sequenz aus der Nahrungszubereitung und -aufnahme erarbeiten, sondern an dem gesamten Prozess teilhaben können. Die Rehabilitanden sollen die Möglichkeit haben, die Mahlzeit vor- und zuzubereiten, gemeinsam zu essen und den Küchenbereich zu säubern. Ein weiteres Angebot der Ergotherapie auf der Aktivitäts- bzw. Partizipationsebene ist das Anziehtraining. Die Therapie findet direkt morgens beim Anziehen im Rehabilitandenzimmer statt. Damit sich der Rehabilitand wieder selbst anziehen kann, werden ihm Techniken demonstriert, mit denen er sich möglichst ohne Hilfsmittel selbstständig anziehen kann. Ist dieses nicht möglich, werden Hilfsmittel gezeigt und deren Handhabung geschult. Dabei ist wichtig, dass die Körperfunktionen und -strukturen wieder so weit in der funktionellen Einzeltherapie erarbeitet werden, um dieses zu ermöglichen.

Im Rahmen der Hilfsmittelberatung wird die räumliche Umwelt des Rehabilitanden auf Barrieren hin analysiert. Werden Barrieren ermittelt, so werden diese mit Hilfe von gezieltem Hilfsmiteleinsatz minimiert bzw. beseitigt, so dass dem Rehabilitanden die Partizipation wieder möglich ist. Dieses kann sich beispielsweise auf seinen Haushalt oder aber auch auf seinen Arbeitsplatz beziehen.

Zur Arbeitsplatzberatung steht unter anderem ein Büroarbeitsplatz mit verschiedenem Mobiliar zur Verfügung. Die Hilfsmittelversorgung findet bei Bedarf in Kooperation mit einem Sanitätshaus statt. Ein weiteres Angebot zur Anpassung der Umwelt bzw. zur Adaption auf Aktivitäts- und Partizipationsebene ist das Rücken schonende Arbeiten. In dieser Gruppentherapie werden den Rehabilitanden die verschiedenen rückengerechten Verhaltensweisen in Alltagssituationen gezeigt bzw. mit ihnen besprochen. Die Bereiche Haushalt und Küche, Garten, Kfz, Fahrradfahren bzw. Fahrradkauf und Arbeitsplatz mit stehenden, sitzenden Tätigkeiten, das Tragen schwerer Lasten, das Arbeiten über Kopf etc. werden dort individuell rückengerecht erläutert bzw. erprobt.

1.4.5 Klinische Psychologie

Der orthopädischen Abteilung stehen klinische Psychologen für die seelische Betreuung der Rehabilitanden zur Verfügung. Behandlungsbedarf besteht bei akuten Konfliktsituationen und chronischen Schmerzsyndromen. Die klinische Psychologie ist integrierter Bestandteil der orthopädischen Behandlung. Ziel der klinisch-psychologischen Diagnostik ist es, psychische Hintergründe und Anteile bei somatischen Krankheitsbildern erkennbar und auch therapeutisch behandelbar zu machen. Psychologische und psychotherapeutische Betreuung sind ein wesentlicher Bestandteil stationärer medizinischer Rehabilitation und zielen darauf ab, dem Rehabilitanden ein ganzheitliches Verständnis „seines Leidens“ zu vermitteln sowie neue Bewältigungsmöglichkeiten für den Alltag zu eröffnen. Dabei hat die Berufsorientierung einen hohen Stellenwert (ICF). Neben der klinisch-psychologischen Anamneseerhebung und biographischen Explorationen werden Testverfahren und Fragebögen zur Differentialdiagnostik eingesetzt. Die Diagnosezuordnung orientiert sich am ICD-10. Persönliche und umweltbezogene Ressourcen werden im Sinne der Kontextfaktoren gefördert und Hindernisse vermindert. Die psychologische Beratung und Psychotherapie umfasst 1 - 3 Termine pro Woche bei entsprechender Indikation, wobei auch Angehörige in die Behandlung mit einbezogen werden können. Ggf. werden die Patienten einer ambulanten Weiterbehandlung zugeführt. Ein weiterer Schwerpunkt der psychologisch/psychotherapeutischen Arbeit bildet die Gruppenarbeit, um den Rehabilitanden Möglichkeiten des sozialen Lernens anzubieten.

Die Krankheitsbewältigungsgruppe zur psychologischen Unterstützung der Verarbeitung eines Krankheitsereignisses und der damit verbundenen Folgen. Die Schmerzbewältigungsgruppe richtet sich an Rehabilitanden mit chronischen Schmerzen, die Alternativen zur medikamentösen Therapie kennenlernen können. Das autogene Training vermittelt Fähigkeiten zur Selbststeuerung gegen Nervosität, innere Unruhe und Spannungszustände. Die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson vermittelt Fähigkeiten der Körperwahrnehmung und Muskelentspannung. Die Dipl.-Psychologen unserer Klinik haben zum Teil abgeschlossene therapeutische Zusatzausbildungen in Gesprächspsychotherapie, Verhaltenstherapie, systemischer Familientherapie und neurolinguistischem Programmieren.

Ergänzt wird die psychologische Behandlung, die einzeln und in verschiedenen Gruppen (autogenes Training, progressive Muskelentspannung, Krankheitsbewältigung) durchgeführt wird, durch Gespräche mit der Klinikseelsorge.

1.4.6 Diätassistenz und Ernährungsberatung

Bei vielen orthopädischen Krankheitsbildern ist die Reduktion des Körpergewichtes wünschenswert und trägt dazu bei, Komplikationen oder Verschlechterungen zu verhindern. Die Aufgaben der Ernährungsberaterin liegen in der Ernährungsaufklärung, Hilfestellung zu einer gesunden Ernährung und speziellen Diätberatung in Absprache mit dem behandelnden Arzt, ebenso wie in der Zubereitung spezieller Diätkostformen und Kontrolle der Essensausgabe. Wöchentlich werden Gewichtskontrollen und Beratungen zur Verbesserung der Mitarbeit durchgeführt. Im Abschlußbericht wird der Gewichtsverlauf (BMI und Körperfettgehalt) in Maßeinheiten und graphisch dokumentiert. Der Rehabilitand soll seine Selbständigkeit bezüglich seiner täglichen Nahrungsaufnahme fördern, trainieren und erhalten. Dies wird angestrebt durch das Lebensmittelangebot in Büffetform morgens und abends. Der Rehabilitand soll selbst entscheiden, eigenverantwortlich aus einem Angebot das für ihn Richtige auszuwählen.

Im Einzelnen gehören zu den Tätigkeiten der Ernährungsberatung:

Diätberatung (Einzel- und Gruppenberatung von Rehabilitanden sowie deren Angehörigen), Vorstellung des Ernährungskonzeptes der Klinik, Vortrag im Bereich der Gesundheitsförderung „Gesunde Ernährung“, Kostbesprechung mit bettlägerigen Rehabilitanden, Arbeiten in der Lehrküche, Berechnung von Speiseplänen und bestimmten Kostformen, Speiseplangestaltung, Erstellung von Informationsmaterial für die Rehabilitanden.

Zielsetzung aller dieser Maßnahmen ist durch gezielte und effektive Ernährungsberatung die Grundprobleme im Bereich der Ernährung zu beheben, bzw. zu lindern. Erkennen und Benennen von Ernährungsfehlern, Hilfestellung für zu Hause zu geben, um die Kost auch weiterhin durchführen zu können, Folgeerkrankungen, die durch eine falsche Essgewohnheit hervorgerufen werden können, zu verhindern, Aufklärung der Rehabilitanden hinsichtlich einer gesunden Ernährung.

1.4.7 Pflege

Der Pflegedienst des Gesundheitszentrums Saarschleife ergänzt die medizinische Versorgung und arbeitet rehabilitativ nach KROHWINKEL an und mit dem Rehabilitanden. Das Team aus professionell arbeitenden Pflegekräften versteht sich als Bindeglied zwischen den Rehabilitanden, seinen Angehörigen, dem Arzt und den Therapeuten. Ziel der Rehabilitationspflege ist es, Menschen mit körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung und Menschen, die die Behinderung oder deren Folgen nicht selbst überwinden können, zu helfen, ihre Fähigkeiten und Kräfte zu entfalten, zu aktivieren und sie dabei zu unterstützen, um eine größtmögliche Selbstständigkeit zu erreichen. Hierzu gehören neben der pflegerischen Versorgung der Rehabilitanden eine gezielte Beratung und Anleitung zu den Aktivitäten des täglichen Lebens.

Schon während des pflegerischen Aufnahmegesprächs werden Ressourcen der Rehabilitanden erfasst und das pflegerische Rehabilitationsziel besprochen. Je nach Pflegebedürftigkeit und den Einschränkungen der einzelnen Aktivitäten des täglichen Lebens des Rehabilitanden wird eine Pflegeplanung erstellt. Ist zum Beispiel eine Wiederherstellung des ursprünglichen Gesundheitszustandes sowie der vollen Mobilität nicht mehr möglich, werden gemeinsam mit den Rehabilitanden Ersatzstrategien gesucht und eingeübt. So erhält jeder Rehabilitand ein auf seine speziellen Beeinträchtigungen und Fähigkeiten

ausgerichtetes pflegerisches Vorgehen. Durch die Kompensation und Zuwendung helfen wir den Rehabilitanden, seine Krankheit zu verarbeiten, um für ihn ein vertrauensvolles Umfeld zu schaffen. Auch dabei werden die Angehörigen frühzeitig mit einbezogen und angeleitet. Die Anwendung der Konzepte Kinästhetik, Bobath, Aromapflege, basale Stimulation, Kontinenzberatung, Beratung Angehöriger und der modernen Wundversorgung sind Kernbestandteile der Pflege und leisten damit einen hohen Beitrag zum Rehabilitationserfolg.

Pflegende sehen den Rehabilitanden als Individuum in seiner komplexen biopsychosozialen Ganzheitlichkeit und gehen in der Arbeit mit dem Rehabilitanden von der Betrachtung der noch verbleibenden Fähigkeiten aus. Das heißt, dass der Rehabilitand als aktiver Partner weitestmöglich in die Planung und Durchführung der Pflege einbezogen wird. Personenbezogene und umweltbezogene Kontextfaktoren werden berücksichtigt. In diesem Sinne bedeutet Rehabilitationspflege, den Rehabilitanden dort ausgleichend zu fördern und zu unterstützen, wo seine eigenen Möglichkeiten erschöpft sind (Selbstpflegedefizite), ihn aber da, wo Ressourcen vorhanden sind, zur Übernahme eigener Verantwortung zu motivieren. Diese Motivationsarbeit umfasst sowohl die emotionale und psychische Unterstützung, als auch das Angebot, dem Rehabilitanden und seinen Angehörigen als Ansprechpartner und Vermittler zur Verfügung zu stehen.

Die Ausübung der Pflege soll grundsätzlich auf aktuellsten Erkenntnissen basieren. Zu diesem Zweck werden für Pflegende intern und extern pflegefachliche aber auch interdisziplinäre und persönlichkeitsbildende Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten.

1.4.8 Sozialdienst/Kurseelsorge

In der Abteilung Sozialdienst wird für die orthopädischen Rehabilitanden und bei Bedarf auch für deren Angehörigen ein spezifisches Beratungsangebot bereitgehalten. Hauptschwerpunkt hierbei ist es, die Probleme, welche in Verbindung mit der vorliegenden Erkrankung / Behinderung des Rehabilitanden stehen, aufzugreifen und mit dem Rehabilitanden Handlungsspielräume und vorhandene Reserven auszuschöpfen, die die Bereiche Familie, Alter und Beruf betreffen.

Ziel ist die Teilhabe am beruflichen und sozialen Leben unter Berücksichtigung der Personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren. Die Mitarbeiter der Rehaberatung sind beteiligt an der Erstellung der Sozialanamnese und entscheiden mit über die Hilfsmöglichkeiten sowie die erforderlichen Maßnahmen für die Sicherung der Nachsorge im Alltag. Daraus ergeben sich folgende Aufgabenschwerpunkte:

Beratungs- und Informationsaufgaben in sozialen, sozialrechtlichen, beruflichen und persönlichen Angelegenheiten der Patienten, bei psychosozialen Konflikten und Krisen der Rehabilitanden, in Fragen der Nachsorge sowie der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation.

Koordinationsaufgaben zwischen den Mitwirkenden am Rehaprozess, zwischen den Beteiligten im Rahmen der Nachsorge und der Rehabilitation.

Kooperationsaufgaben mit den beteiligten Berufsgruppen innerhalb der Klinik, mit den jeweils zuständigen Behörden, Fachdiensten und Personen nachsorgender Einrichtungen in interdisziplinären Konferenzen innerhalb der Klinik.

Grundlage für die Tätigkeit des Sozialdienstes ist das vom Arzt erstellte Leistungsbild des Rehabilitanden, das die körperlichen, sozialen und seelischen Fähigkeiten definiert. Wer unter medizinischen Gesichtspunkten körperlich oder seelisch krank ist, kann sich im Annehmen der Erkrankung und im Umgehen damit sowie in der Eingliederung in die Gesellschaft als gesund verstehen und verstanden werden. Krankheitsbewältigung ist in diesem Kontext oft wichtiger als Heilung in medizinischem Sinn. Es kann etwas heil werden auch dort, wo keine Heilung im „medizinischen“ Sinne erfolgt.

Die Kurseelsorge will den Rehabilitanden helfen, die Offenheit ihrer Lebenssituation als Chance zu nutzen und Antworten auf ihre Fragen zu finden. Damit leistet sie einen Beitrag zur Krankheitsbewältigung. Sie bietet den Rehabilitanden innerhalb des säkularen

Ortes einer Rehabilitationsklinik eine Gemeinde und Gemeinschaft auf Zeit an. Das ist besonders für die Patientinnen und Patienten wichtig, die auf Grund ihrer gesundheitlichen Situation räumlich an die Klinik gebunden sind. Gottesdienste oder Konzerte der örtlichen Kirchengemeinden werden besucht. Ein Gesprächsangebot wird allerdings im Haus gesucht. Daher macht die Kurseelsorge Angebote in der Klinik, durch die eine Gemeinde auf Zeit entsteht, in der Teilhabe an gemeinschaftlichem Leben wieder eingeübt werden kann. Es können verlässliche und tragfähige Bindungen entstehen durch die Hilfe für eine Neuorientierung im Leben und die eine Auseinandersetzung mit der Erkrankung und Bewältigung erwachsen kann.

Da die Angebote der Kurseelsorge im Rahmen aller anderen durch die Klinik angebotenen therapeutischen und freizeitpädagogischen Maßnahmen erfolgen, ist in jedem Fall das interdisziplinäre Gespräch notwendig. Mitarbeit und Teilnahme an Mitarbeiterfortbildungen des Hauses gehören zu den Aufgaben der Seelsorge, wenn es um seelsorgerliche und ethische Fragen geht. Bei aller Zusammenarbeit wird das Seelsorgegeheimnis und die damit verbundene Schweigepflicht in jedem Fall gewahrt. Die praktische Umsetzung erfolgt durch unterschiedliche Angebotsformen: durch seelsorgerische Gespräche und durch Veranstaltungen. In Einzelgesprächen wird auf individuelle Fragen und Probleme eingegangen. Solche Gespräche können durch Mitarbeitende in der Klinik vermittelt oder von den Rehabilitanden selbst gesucht werden.

Im Gesundheits-Zentrum Saarschleife finden regelmäßige Andachten und Gesprächskreise statt. Dazu kommen Sonderveranstaltungen wie offene Abende, offenes Singen, Themenabende, Musikabende und Gottesdienste zu besonderen kirchlichen Festen. Jede Veranstaltung steht grundsätzlich allen Rehabilitanden offen. Sogenannte „Grüne Damen“ unterstützen den Dienst der Seelsorge. Alle Veranstaltungen sind zeitlich mit dem therapeutischen und freizeitpädagogischen Programm der Klinik koordiniert. d.h. sie finden entweder nach Therapieschluss statt, oder sie sind so terminiert, dass mindestens ein Teil der Rehabilitanden sie in den Therapieplan integrieren kann.

1.4.9 Weitere Therapieangebote

➤ **Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)**

- Untersuchung
- Akupunktur:
 - Klassische Körperakupunktur
 - Akupunktur mit Dauernadeln
 - Ohrakupunktur
 - Elektrische Akupunktur
- Moxibustion
- Schröpfen
- TUINA–Therapie/Akupressur
- Akupressur für Säuglinge und Kleinkinder mit Elternberatung
- Kräuterrezept
- Ernährungsberatung
- Diätplan
- Vorträge Gesundheitstraining

➤ **Labor und Röntgen**

1.5 Das Therapiekonzept „Muskuloskeletale Krankheiten (MSK)“

1.5.1 Medizinisch-konzeptionelle Grundlage des Therapiekonzeptes - MSK

Die Rehabilitation hat sich im letzten Jahrzehnt zu einer eigenständigen medizinischen Fachdisziplin entwickelt mit eigenen Universitätsinstituten, einem eigenen Wissenschaft- und Forschungsbetrieb, mehreren auch internationalen Fachgesellschaften mit Publikationsorganen und regelmäßigen Kongressen und Fachveranstaltungen. Vor allem mit der Implementierung von Behandlungszielen angelehnt an die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), dem ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell zugrunde liegt, entwickelte in den letzten Jahren unter Führung der Rentenversicherung die Rehabilitation zunehmend eine eigenständige Rolle in der medizinischen Landschaft. Die Rehabilitation wird immer mehr als unverzichtbarer Teil der Behandlungskette erwerbsgeminderter oder erkrankter Menschen zur Wiedererlangung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gesehen. Diese Entwicklung zu fördern in Zusammenarbeit mit den Renten-, Kranken- und Unfallversicherern zum Wohle der Rehabilitanden ist auch Aufgabe des orthopädisch-rheumatologischen Gesundheits-Zentrums Saarschleife.

Wichtigste Voraussetzung einer erfolgreichen Rehabilitation ist die positive Bewertung von Rehabedürftigkeit, Rehaprognose und Rehafähigkeit. In der praktischen Umsetzung dieser Ziele spielt die Implementierung der ICF-Philosophie eine wichtige Rolle. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ist zielorientiert und verlangt das aktive Mitwirken des Rehabilitanden. Der Rehabilitand wird als gleichberechtigter Partner in den Rehabilitationsprozess einbezogen.

1.5.2 Klinische Behandlungspfade im Allgemeinen

Das Rehabilitationskonzept ist der wesentliche Kernpunkt der geplanten Leistungsqualität im Johannesbad Saarschleife. Es basiert auf der Einbeziehung modernster wissenschaftlicher Erkenntnissen bei der Erarbeitung und Durchführung spezifischer Rehabilitationsprogramme (= „Klinische Behandlungspfade“), welche durch die Mitarbeiter der einzelnen therapeutischen Bereiche umgesetzt und angewendet werden.

Das Gesundheits-Zentrum Saarschleife verfügt für die häufigsten Erkrankungen über speziell abgestimmte Rehabilitationskonzepte, die übereinstimmend mit den aktuellen medizinischen(-therapeutischen) Leitlinien erstellt worden sind. Sie dienen als Grundlage für den Therapieplan, der individuell auf die Bedürfnisse der einzelnen Patienten zugeschnitten wird.

Unter ärztlicher Führung des Rehabilitationsprozesses und begleitender medizinischer Behandlung kommt dabei der effektiven Zusammenführung diagnostischer, pflegerischer, therapeutischer und nachsorgender Leistungen für das Erreichen der folgenden Rehabilitationsziele die größte Bedeutung zu. Nur durch interdisziplinäre Zusammenarbeit aller beteiligten Gruppen (Ärzte, Pflege, Therapieabteilungen, Sozialdienst, Verwaltung, Technik) mit dem regelmäßigen Austausch des Behandlungsstandes und der Ergebnisse sowie Festlegung

aktuelle Ziele im Rahmen von Teambesprechungen ist es möglich, den Anforderungen jedes einzelnen Patienten bezüglich seiner individuellen Rehabilitation gerecht zu werden.

Für die häufigsten diagnose- und syndrombezogenen Krankheitsbilder wurden klinikspezifische therapeutische Leitlinien entwickelt. Grundlage für die klinikspezifischen Behandlungspfade sind die von der Deutschen Rentenversicherung veröffentlichten evidenzbasierten Leitlinien zum chronischen Rückenschmerz sowie zur Anschlussrehabilitation nach künstlichem Gelenkersatz der Hüfte bzw. des Knies. Die Leitlinien gewährleisten die wissenschaftliche Evidenz in der medizinischen Rehabilitation.

Die klinischen Pfade im Gesundheits-Zentrum Saarschleife stellen kein starres System dar. Sie sind jederzeit aufgrund neuer Erkenntnisse veränderbar und werden sowohl den individuellen Besonderheiten jedes Patienten als auch den jeweiligen Phasen angepasst. Ziel ist es, 80% aller Diagnosen durch standardisierte Therapiekonzepte abzudecken.

Eine qualifizierte Rehabilitation erfolgt auf der Basis differenzierter therapeutischer Konzepte (konzeptgestützte Rehabilitation). Darin sind die für eine fachgerechte Behandlung zu berücksichtigenden rehabilitationsspezifischen Problembereiche und Behandlungsansätze ausgewiesen und berücksichtigt. Die Mitwirkung und Mitbestimmung der Rehabilitanden sowie die psychischen und sozialen Aspekte der verschiedenen Krankheiten müssen in solchen Konzepten berücksichtigt werden.

Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen arbeiten dazu im Team mit Psychologen, Sozialarbeitern und speziell geschulten Therapeuten zusammen, mit dem Ziel einer interdisziplinären und ganzheitlichen Betreuung.

Entsprechend den Veränderungen der Indikationen und Zielgruppen werden die Konzepte angepasst oder, wo erforderlich, neuentwickelt.

Für die am häufigsten behandelten Erkrankungen sind im Gesundheits-Zentrum Saarschleife Rehabilitationskonzepte und klinische Pfade erstellt:

- Hüft-Totalendoprothese (Hüft-TEP)
- Knie-Totalendoprothese (Knie-TEP)
- Wirbelsäulenerkrankungen – operativ versorgt
- chronischer Rückenschmerz
- Schulterverletzungen

1.6 Rehabilitationsziele im Allgemeinen

Die individuellen Rehabilitationsziele werden unter Berücksichtigung von vorliegenden Schädigungen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe definiert. Die Rehabilitationsziele werden auch unter Berücksichtigung der Ätiologie, der zugrunde liegenden Erkrankung und des bisherigen Verlaufs formuliert.

Das übergeordnete Ziel der medizinischen Rehabilitation heißt „Reha vor Rente“ bzw. „Reha vor Pflege“. Für die Rehabilitanden in der Leistungsträgerschaft der Rentenversicherung stehen dabei die Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sowie die soziale Integration im Vordergrund. Bei den Rehabilitanden in der Leistungsträgerschaft der Krankenkassen hat die Anpassung an die Belastungen des Alltagslebens Vorrang.

Am Beginn der Rehabilitation steht grundsätzlich eine funktionsorientierte Diagnostik, auf deren Grundlage im gegenseitigen Einvernehmen mit dem Rehabilitanden die individuellen Rehabilitationsziele bestimmt werden und ein entsprechender Therapieplan aufgestellt wird.

Der hohe Anteil an Rehabilitanden mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität stellt besondere Anforderungen an das diagnostische und therapeutische Angebot und die Kompetenz des Rehabilitationsteams.

Wir streben ein ganzheitliches Therapiekonzept mit interdisziplinärer Zusammenarbeit an.

Tabelle 2: Übergeordnete Rehabilitationsziele im Gesundheits-Zentrum Saarschleife

Übergeordnete Rehabilitationsziele
Optimierung der Restfunktion bei eingetretenem Schaden
Einleitung vorbeugender Maßnahmen
Ausgleich psychosozialer Störungen
Berufliche Hilfe und Reintegration

Unter **Mitwirkung der Patienten** wird neben den übergeordneten Zielen auch das entsprechende therapeutische Ziel formuliert:

Tabelle 3: Rehabilitationsteilziele im Gesundheits-Zentrum Saarschleife

Rehabilitationsteilziele
Schmerzlinderung
Lokaler Heilungsprozess
Verbesserung des Bewegungsumfangs (range of motion – ROM)
Verbesserung der Kraft- und Ausdauerleistung
Verbesserung der Gesamtmobilität
Verbesserung der ADL-Fähigkeiten
Hilfsmittelversorgung
Psychische Stabilisierung
Sozialmedizinische Beratung

1.7 Kontextfaktoren des Therapiekonzeptes - MSK

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen alle Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren, die für die Gesundheit einer Person von Bedeutung sind. Die Kontextfaktoren stehen in Wechselwirkung mit allen **Komponenten der ICF** (Körperfunktion und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe).

Die Relevanz der Kontextfaktoren ist unterschiedlich je nach Erkrankung und durchgeführter Therapie.

In Tabelle 4 sind beispielhaft einige Kontextfaktoren genannt:

Tabelle 4: Beispielhafte Kontextfaktoren im Gesundheits-Zentrum Saarschleife

Kontextfaktoren
Multimorbidität
Vorliegende weitere Behinderungen
Psychosoziale Faktoren wie z. B. Stress
Soziale Einbindung und soziale Akzeptanz
Wohnverhältnisse
Sexualität

1.8 Die klinischen Behandlungspfade - Therapiekonzepte

Folgende klinischen Behandlungspfade (Therapiekonzepte) sind im Gesundheits-Zentrum Saarschleife erstellt:

- Arthrotische Gelenkerkrankung (Hüft- und Knie-Totalendoprothese (TEP))
- Chronischer Rückenschmerz, Bandscheibenschäden, Stenosen/Wirbelsäulenoperationen
- Schulter (Impingement, Schulter-TEP)

Das bestehende Leistungsspektrum/Therapie- und Rehabilitationsleistungen, die allgemeinen Rehabilitationskonzepte und die Mitarbeiterqualifikation sowie die technisch-medizinischen Leistungen der Klinik sind bereits allgemeinverständlich beschrieben.

Folgende ausführliche Darstellung ist vor allem für Experten gedacht.

Diese Therapiekonzepte münden in „klinisch-therapeutischen Pfaden“, sog. „Therapieverordnungsbögen“ anhand derer die ärztliche Verordnung gesteuert werden soll.

1.8.1 Übersicht zum klinischen Behandlungspfad: „Arthrotische Gelenkerkrankung – Hüft-/Knie-Totalendoprothese (Hüft-Knie-TEP)“

Tabelle 5: Therapiekonzept „Arthrotische Gelenkerkrankung (Hüft- und Knie-Totalendoprothese (TEP))“

KONZEPTION		
„Arthrotische Gelenkerkrankung (Hüft- und Knie-Totalendoprothese (TEP))“		
Diagnose (impairment)	Einschränkungen der Aktivitäten (activities)	Einschränkungen der Partizipation/Teilhabe (participation)
	<i>physisch</i>	<i>psycho-sozial</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Cox-, Gonarthrose • rheumatischer Formenkreis • Knochennekrose • Unfall, Tumor • angeborene Dysplasie • Fehlstellung des Knies/Beckens 	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen • Fehlbelastungen, Fehlhaltungen • Einschränkung der Beweglichkeit • Einschränkung der Koordination • Einschränkung der Sensomotorik • Teilverlust der Propriozeption • Störungen des Knochenstoffwechsels • Einschränkungen der ADLs 	<ul style="list-style-type: none"> • Störungen des seelischen Gleichgewichts • verändertes Aussehen der Gelenke • negatives Selbstkonzept • Bewegungs-, Belastungsangst • eingeschränkte Bewegungsspontanität • Verlust sozialer Kontakte • Leistungsverlust • Bedrohung wirtschaftlicher Existenz • Frühberentung
<i>medizinische Maßnahmen</i>		
OP: zementierte/nicht zementierte endoprothetische Versorgung		
ZIELSETZUNGEN		
	<i>physisch</i>	<i>psycho-sozial/edukativ</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Erhaltung/Wiederherstellung von: <ul style="list-style-type: none"> – Kraft, Ausdauer und Koordination – Flexibilität/Beweglichkeit • schadensspezifische Verbesserung der Alltags-, Berufs- und Freizeitmotorik • Scherzlinderung, Schmerzbewältigung • Verbesserung des Knochenstoffwechsels • Verbesserung des Gangbildes 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Handlungskompetenz • Verbesserung der Krankheitskompetenz • Schulung eigenverantwortlicher, gesundheitsbewusster Verhaltensweisen • Steigerung des Selbstwertgefühls • Entängstigung • Vermeidung von Risikoverhalten • Förderung der Interaktion/Kommunikation • Erfolgserlebnisse • Verbesserung der ADLs

REALISATION

Intervention in Prävention, Rehabilitation und im Heilmittelsektor

<i>physisch</i>	<i>psycho-sozial/edukativ</i>	<i>ergänzende Leistungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Muskelaufbautraining • Ausdauertraining (Ergometertraining) • Koordinationstraining • Gangschule • Physiotherapie • Motorschiene (CPM) • Lymphdrainage • Aquatherapie/Bewegungsbad 	<ul style="list-style-type: none"> • therapeutische Beratung (z. B. Hilfsmittel) • Patientenschulung (Endoprothesenschule) • Gruppen- und Einzelgespräche 	<ul style="list-style-type: none"> • Teilhabe am gesellschaftlichen Leben u. a. durch: <ul style="list-style-type: none"> – stufenweise Wiedereingliederung – Arbeitsplatzprogramme – Arbeitsplatzgestaltung – Überleitung in eine wohnortnahe Reha-Sportgruppe/ Funktionsgymnastikgruppe/Selbsthilfegruppe

KONZEPTION (Fortsetzung)**„Arthrotische Gelenkerkrankung (Hüft- und Knie-Totalendoprothese (TEP))“****EVALUATION**

- Pflege: Barthel-Index
- Visuelle Analogskala (VAS)
- Sporttherapie/MTT: Staffelstein Score (Hüfte oder Knie)
- Sporttherapie/Koordinationstraining: Functional Reach Test (FRT) - Reichweitentest, Timed Up and Go (TUG), Chair Rising (CR) - Aufstehetest, Treppensteig-Test (Eigenentwicklung)
- Physiotherapie: Funktionsmessung (Neutral-Null)
- Teilnahme am EVA-Reha-Programm

KONTRAINDIKATIONEN

- Hüfte: Adduktion, Rotation, Flexion > 90°, Stoßbelastungen, Kontaktsportarten
- Knie: rotatorische Bewegungen; Stoßbelastungen, Kontaktsportarten

HINWEISE

Zu berücksichtigen sind immer die individuell noch vorhandenen Möglichkeiten und Kompensationen der Aktivitäten und Partizipation, die Vorgaben des Operateurs sowie die jeweiligen Kontextfaktoren

kuan, Stand: 2010

1.8.2 Erläuterungen zum klinischen Behandlungspfad „Hüft-Totalendoprothese (Hüft-TEP)“

Rehabilitationsziele

Die Rehabilitationsziele bei der Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation ergeben sich aus den bekannten Kriterien der Ergebnisqualität, der Beweglichkeit gemessen nach Hüftbeugung, Hüftstreckung, Abspreizfähigkeit sowie der Kraft der Gesäßmuskulatur, der Leistungsfähigkeit im alltäglichen Leben gemessen an Gangbild und Gehstrecke, Treppensteigen, Aufstehen von Bett und Stuhl sowie Körperpflege und Toilettenbenutzung, sowie den subjektiven Beschwerden/Schmerzen in Ruhe und/oder unter Belastung.

Die Ergebnisqualität bzw. das Erreichen der Rehabilitationsziele wird von verschiedenen Faktoren beeinflusst, die zum einem operationsbedingt sind zum anderen aber auf Begleiterkrankungen sowie Vorschäden zurückgehen. Zu Ersteren zählen z. B. Gefäßverletzungen oder Nervenschäden, Implantatfehl- lage, Endoprothesenluxationen, Wundinfektionen, Wundhämatome sowie andere Komplikationen. Aufgrund dessen sind die Rehabilitationsziele individuell auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten anzupassen und die jeweiligen Therapiepläne zu modifizieren.

Beispielhafte Rehabilitationsziele:

- Schmerzlinderung ICF b28015, b28016
- Verbesserung der Beweglichkeit des Hüftgelenkes ICF b710
- Kräftigung der Becken-Bein-Muskulatur, insbesondere der Glutealmuskulatur ICF b730, b715
- Verbesserung der Muskelausdauer ICF b740
- Stabilisierung des Allgemeinzustandes ICF b139, b429
- Verbesserung des Gangbildes an Gehstöcken ICF d465, Wiedererlangung der physiologischen Gehfähigkeit ICF b770, d469
- Hilfsmittelversorgung, fakultativ Beinlängenausgleich ICF d465, d5402
- Prothesengerechtes Tragen, Bewegen und Handhaben von Gegenständen ICF d449
- Erlernen von Kompensationsfähigkeiten zur Bewältigung des Alltagslebens ICF d599
- Erlernen prothesengerechten Verhaltens im Alltag, Beruf und Freizeit ICF d810, d840
- Erwerb von Kenntnissen zur Prophylaxe einer Endoprothesen-Luxation oder Frühlockerung (Endoprothesen- und Osteoporoseschulung) ICF d810
- Kenntnisse der Möglichkeiten der sozialen Sicherung ICF d840
- Diätetische und/oder medikamentöse Einstellung von fakultativen internistischen Begleiterkrankungen einschließlich Schulung ICF d810

Grundprinzipien des Therapiekonzeptes

Ein wichtiges Kriterium zur Therapiesteuerung ist die Belastbarkeit des Implantates. Bei voller Belastbarkeit darf gegen Widerstand und mit langen Hebeln geübt werden (Steigerung je nach Schmerzsymptomatik und Kraftentwicklung).

Lateraler Zugang:

Bei lateralem Zugang mit Muskelablösung dürfen die seitlichen Hüftmuskeln (Hüftabduktoren) erst nach 6 Wochen gegen den Widerstand belastet werden. Das Gehen wird im 3-Punkte-Gang begonnen und je nach Schmerzsymptomatik in den 2-Punkt-Gang gesteigert. Die Unterarm - Gehstützen werden in jedem Fall für 6 Wochen genutzt. Das Bewegungsausmaß bleibt für 6 Wochen limitiert. Es dürfen keine Rotationsbewegungen (in Kombination mit Adduktion) und keine Hüftbeugung über 90° vollzogen werden.

Bei eingeschränkter Belastbarkeit ist ein Gehen für 6 Wochen mit max. 15 kg Teilbelastung vorgesehen.

In dieser Zeit darf das Bein nur mit kurzen Hebeln gegen die Schwere bewegt werden. Die Kräftigung der Beinmuskulatur wird lediglich isometrisch trainiert.

Dorsaler Zugang:

Beim dorsalen Op-Zugang erfolgt eine stärkere Limitierung der Mobilisation der Hüftbeugung (<60°), Adduktion-Innenrotation sind streng zu vermeiden, konsequentes Beibehalten des Arthrose-Sitzkissens und der Toilettensitzerhöhung.

Generell soll zur Vermeidung von Luxationen während der ersten 6 Wochen das Hüftgelenk nicht über 90° gebeugt werden, Rotationsbewegungen sollten vermieden werden ebenso das Übereinanderschlagen der Beine.

Hilfreich sind hierbei Hilfsmittel wie eine Toilettensitzerhöhung oder zum normalen Sitzen ein Sitzkeilkissen, um die Beugung im Hüftgelenk auf unter 90° zu halten.

Therapieplan

Das Nachbehandlungsschema trägt der jeweiligen Situation Rechnung, indem neben einer Basistherapie mit regelmäßiger Bewegungstherapie auf der Motorschiene, Ausdauertraining auf dem Fahrradergometer, Physiotherapie im Trockenen und im Wasser sowie Ergotherapie und Medizinische Trainingstherapie auch Behandlungsmaßnahmen wie Lymphdrainagen oder die elektrische Muskelstimulation zur Anwendung kommen, mit denen ganz gezielt die lokale Schmerzsymptomatik oder motorische und funktionelle Defizite angegangen werden.

Weitere Komponenten des Therapiekonzeptes sind die vielfältigen auf die jeweiligen Belastungsvorgaben abgestimmten Gruppentherapien, die Endoprothesenschule, die begleitenden Vorträge sowie die Selbsttherapien in Form von Bewegungsbädern und Gehübungen in und außerhalb der Klinik.

Je nach Vorgaben des Operateurs, Besonderheiten des jeweiligen Prothesentyps und bisherigem Verlauf sowie vorliegendem Befund sind Anpassungen des Therapieschemas erforderlich. So können bei schlecht heilenden Wunden keine

Therapien im Wasser gemacht werden und das Muskelaufbautraining muss reduziert werden. Ebenso wie bei größeren Ansammlungen von Blut und Gewebsflüssigkeit rücken stattdessen lokale Behandlungsmaßnahmen in den Vordergrund. Erst bei Abklingen der lokalen Symptome und bei ungefährdeter Wundheilung wird der aktive Teil des Therapieprogramms wieder aufgenommen.

Nachbehandlung und Ausblick

Ausgehend vom Entlassungsbefund und dem erreichten Rehabilitationsergebnis kann ein spezielles Nachbehandlungsprogramm erforderlich sein, das sich an den Anforderungen an das Hüftgelenk im Alltag orientiert. Nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme verfügt der Patient wieder über ein normales Gangbild mit einer ausreichenden Gehstrecke, kommt ohne fremde Hilfe im Alltag zurecht und kann auch wieder Auto fahren. Immerhin sind generell fast 10% der Patienten mit ihrer Hüftendoprothese nicht zufrieden sind, was vor allem aufgrund von verbleibenden Schmerzen, Gangstörungen und nicht zufrieden stellendem Leistungsvermögen in Alltag und Freizeit insbesondere auch bei sportlichen Aktivitäten zurückzuführen ist. Diesbezüglich ist eine eingehende Beratung und therapeutische Begleitung gegebenenfalls auch längerfristige Nachbehandlungskonzepte insbesondere bei Berufstätigen sowie sportlich Aktiven vorzusehen. Prinzipiell können mit einer Hüftendoprothese auch mittelschwere körperliche Arbeiten wieder aufgenommen werden. Sportlich Ambitionierte können in der Regel ihren Sport nach 6 Monaten wieder aufnehmen, Radfahren und Schwimmen sind bereits nach 3 Monaten wieder möglich.

Auch psychologische und sozialmedizinische Aspekte sind in langfristige Nachbehandlungskonzepte mit ein zu beziehen.

1.8.3 Erläuterungen zum klinischen Behandlungspfad „Knie-Totalendoprothese (Knie-TEP)“

Rehabilitationsziele

Die Rehabilitationsziele des Nachbehandlungsprogramms bei der Totalendoprothese des Kniegelenks entsprechen den allgemeinen Kriterien der Ergebnisqualität, die in vielen Scores und Bewertungsschemata zugrunde gelegt werden. Dies sind neben dem subjektiven Beschwerdebild, das zum einen von der Operation selbst herrührt, aber auch von den anatomischen und funktionellen Veränderungen durch das künstliche Gelenk bestimmt werden, die Funktion des Kniegelenks gemessen an Beweglichkeit und Muskelkraft, der Lokalbefund des Knies mit Weichteilschwellung, Erguss und Wundheilung sowie die Leistungsfähigkeit im Alltagsbereich, die anhand diverser Kriterien wie Gangbild und Gehstrecke, Treppensteigen, Aufstehen von Bett und Stuhl sowie Körperpflege und Toilettenbenutzung bestimmt wird.

Bei Festlegung und Bewertung der Rehabilitationsziele ist zu berücksichtigen, dass das Ergebnis von zahlreichen Faktoren beeinflusst wird, die mit der Rehabilitationsmaßnahme nicht in Zusammenhang stehen. Diese sind zum einen durch die Operation verursacht wie Nerven-, Gefäßschäden, Frakturen, Hämatome, Nachblutungen, Wundinfektionen werden aber auch von den Vorschäden am Kniegelenk sowie von allgemeinen Begleiterkrankungen bestimmt.

Beispielhafte Rehabilitationsziele:

- Schmerzlinderung ICF b28015, b28016
- Verbesserung der Beweglichkeit des Kniegelenkes ICF b710
- Kräftigung der Oberschenkelmuskulatur, insbesondere der kniegelenkstabilisierenden Muskulatur ICF b730, b715
- Verbesserung der Muskelausdauer ICF b740
- Verbesserung des Gangbildes an Gehstöcken ICF d465, Wiedererlangung der physiologischen Gehfähigkeit ICF b770, d469
- Hilfsmittelversorgung, fakultativ Beinlängenausgleich ICF d465, d5402
- Erlernen prothesengerechten Verhaltens im Alltag, Beruf und Freizeit ICF d810, d840
- Stabilisierung des Allgemeinzustandes ICF b139, b429
- Prothesengerechtes Tragen, Bewegen und Handhaben von Gegenständen ICF d449
- Erlernen von Kompensationsfähigkeiten zur Bewältigung des Alltagslebens ICF d599
- Erwerb von Kenntnissen zur Prophylaxe einer Endoprothesen-Frühlockerung (Endoprothesen- und Osteoporoseschulung) ICF d810
- Kenntnisse der Möglichkeiten der sozialen Sicherung ICF d840
- Diätetische und/oder medikamentöse Einstellung von fakultativen internistischen Begleiterkrankungen, einschließlich Schulung ICF d810

Grundprinzipien des Therapiekonzeptes

Zu den Grundprinzipien des Nachbehandlungskonzeptes bei der Knieendoprothese zählen die intensive, passive Mobilisation der Extension durch Gleit-, Traktions- und anguläre Techniken, die Steigerung der aktiv/assistiven Bewegungsübungen mit den Zielen Verbesserung der Beweglichkeit (Streckung und Beugung), aktive Durchführung von Beweglichkeitsübergängen unter Nutzung der gewonnenen Beweglichkeit, Erarbeiten eines möglichst physiologischen Gangbildes, Erreichen einer guten Stabilisationsfähigkeit, wobei nicht das Training der Maximalkraft, sondern das Erarbeiten einer guten Gleichgewichtsfähigkeit mit steigender Gewichtsbelastung im Mittelpunkt steht.

Alle vollbelastbaren Endprothesen, wozu in der Regel alle zementierten Prothesentypen zählen, können gegen Widerstand geübt werden. Übungen zur Steigerung der Kraft sind jedoch erst nach dem Abklingen des postoperativen Reizzustandes (Schmerz/Schwellung) sinnvoll. Ist das Kniegelenk in der Standbeinphase bei ausreichender Streckung in der Beinachse stabil (valgus- und varusstabil), wird je nach Schmerzsymptomatik in den 2-Punkte-Gang gesteigert.

Die Unterarm-Gehstützen werden in jedem Fall für 6 Wochen genutzt.

Alle Knieendoprothesen mit Spongiosaunterfütterung sollten für 6 Wochen weitestgehend entlastet werden, die Aufbelastung erfolgt erst nach Röntgenkontrolle. Dies bedeutet, dass aktiv/assistiv geübt werden darf, beim Halten des Beines gegen die Schwere soll der Hebel auf die Prothese durch Knieflexion kurz gehalten werden. Der Patient geht während der Entlastung im 3-Punkte-Gang und rollt den Fuß dabei ab. Ist die Vollbelastung erreicht, ist alternierendes Treppensteigen möglich. Bei Teilbelastung wird treppauf das OP-Bein nachgesetzt, treppab das OP-Bein vorausgesetzt.

Therapieplan

Der Therapieplan erstreckt sich über 3 Wochen. Entsprechend dem Heilungsverlauf und dem Fortschritt des Rehabilitationsprozesses sind wöchentliche Therapieanpassungen in den Plan eingearbeitet. Das Basisprogramm bestehend aus Motorschiene, Kälteanwendung, Magnetfeldtherapie, Ausdauertraining und Koordinationstraining/Gangschule ist als Gruppentherapie ausgelegt mit bis zu 10 Therapieplätzen, so dass auch bei hoher Patientenauslastung eine gleich bleibende Anzahl an Therapiemaßnahmen gesichert ist. Als Einzeltherapien kommen die krankengymnastische Übungsbehandlung und die manuelle Lymphdrainage hinzu. Weitere Komponenten sind die medizinische Trainingstherapie, die Gruppengymnastik im Wasser und Bewegungsbäder, die der Patient eigenständig durchführt. Ein Training von Alltagsaktivitäten, eine Endoprothesenschule sowie indikationsbezogene Vorträge, Schulungen und eine Hilfsmittelberatung komplettieren das Therapieprogramm. Bei symptomatischen Begleiterkrankungen können individuelle Therapieanwendungen zusätzlich verordnet werden.

Verlaufs- und befundabhängige Modifikation des Behandlungsablaufs sind als Schontherapie sowie als Intensivtherapie festgelegt. Bei Auftreten von Reiz- und Schwellungszuständen des Kniegelenks, die nicht nur schmerzhaft sind, sondern auch die Beweglichkeit beeinträchtigen, wird eine Schontherapie angesetzt, bei der die aktiven Therapiemaßnahmen ausgesetzt werden. Passive Behandlungen mit medikamentöser Begleittherapie rücken in den Vordergrund um

Verklebungen und Narbenbildung im Kniegelenk zu verhindern, die meist zu einer Kniegelenksversteifung führen.

Bei stärkeren Bewegungseinschränkungen des Kniegelenks wird die Frequenz der bewegungstherapeutischen Maßnahmen erhöht. Therapie-resistente Kontrakturen werden mit speziellen Lagerungstechniken und dynamischen Orthesen angegangen. In Abstimmung mit dem Operateur wird das weitere Vorgehen festgelegt, so dass auch invasive Maßnahmen wie Narkose-mobilisationen rechtzeitig geplant und umgesetzt werden können.

Nachbehandlung und Ausblick

Ausgehend vom Entlassungsbefund und dem erreichten Rehabilitationsergebnis kann ein spezielles Nachbehandlungsprogramm erforderlich sein, das sich an den Anforderungen an die Kniefunktion im Alltag orientiert. So muss das Knie beim Treppengehen treppauf 60° und treppab 65° gebeugt werden. Beim Schuhe anziehen sind es 105°, beim Aufstehen von einem Sessel oder beim Rad fahren werden dem Knie etwa 110° abverlangt. Von der technischen Seite her sind diese Beugegrade mit einer modernen Knieendoprothese ohne weiteres zu erreichen. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass sich die Kniebeweglichkeit im Laufe eines Jahres nach der Operation noch um 10° und mehr verbessern kann.

Allgemein ist zu beachten, dass fast 25% der Patienten mit ihrer Knieendoprothese nicht zufrieden sind, aufgrund von verbleibenden Schmerzen, Fehlstellungen und schlechter Beweglichkeit des Kniegelenks. Daher kommt der Einleitung frühzeitiger gezielter Therapiemaßnahmen schon in der Rehaklinik eine besondere Bedeutung zu.

Die Zufriedenheit des Patienten mit seiner Knieendoprothese auch abhängig vom Leistungsvermögen im Alltag und Freizeit wobei auch Sport eine wichtige Rolle spielt. Engmaschige Verlaufskontrollen sind bei entsprechender Beanspruchung zu empfehlen, um durch Überlastung verursachte Schmerz- und Reizzustände des Knies zu vermeiden. In diesem Zusammenhang werden geeignete sportliche Betätigungen mit zyklischen Bewegungsabläufen wie Schwimmen, Joggen, Radfahren empfohlen. Verletzungsträchtige Sportarten sind zu vermeiden, nach Wechseloperationen wird vom Sport ganz abgeraten.

Auch psychologische und sozialmedizinische Aspekte sind in langfristige Nachbehandlungskonzepte mit ein zu beziehen.

1.8.4 Übersicht zum klinischen Behandlungspfad: „Chronischer Rückenschmerz, Bandscheibenschäden, Stenose/Wirbelsäulenoperationen“

Tabelle 6: Therapiekonzept „Chronischer Rückenschmerz, Bandscheibenschäden und Stenosen/Wirbelsäulenoperationen“

THERAPIEKONZEPTION		
<i>„Chronischer Rückenschmerz, Bandscheibenschäden und Stenosen/Wirbelsäulenoperationen“</i>		
Diagnose (impairment)	Einschränkungen der Aktivitäten (activities)	Einschränkungen der Partizipation/Teilhabe (participation)
	<i>physisch</i>	<i>psycho-sozial</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Degeneration der Bandscheibe • Schädigung des Rückenmarks • Deformierung der Wirbelkörper • arthrotische Gelenkveränderungen • Tonusanomalien • Einschränkung der Beweglichkeit der Wirbelsäule 	<ul style="list-style-type: none"> • Senso- und neuromotorische Veränderungen • Schmerzen(Sitzen, Liegen, Gehen) • Fehlbelastungen, Fehlhaltungen • muskuläre Dysbalancen • Veränderung der Haltemotorik • Bewegungseinschränkungen • Nebenwirkung der Medikation • Einschränkung der ADLs 	<ul style="list-style-type: none"> • Störungen des seelischen Gleichgewichts • negatives Selbstkonzept • Bewegungs-, Belastungsangst • eingeschränkte Bewegungsspontanität • Verlust sozialer Kontakte • Störungen in der Partnerschaft/sexuelle Störungen • Leistungsverlust • Bedrohung wirtschaftlicher Existenz • Frühberentung
<i>medizinische Maßnahmen</i>		
OP: Bandscheiben-Op; Dekompression		
ZIELSETZUNGEN		
	<i>physisch</i>	<i>psycho-sozial/edukativ</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Erhaltung/Wiederherstellung von: <ul style="list-style-type: none"> – Kraft, Ausdauer und Koordination – Flexibilität/Beweglichkeit • schadensspezifische Verbesserung der Alltags-, Berufs- und Freizeitmotorik • Scherzlinderung, Schmerzbewältigung • Verlangsamung des Funktionsverlustes • Verbesserung der Wahrnehmung • Entlastung der Wirbelsäule • Vermittlung der Haltemotorik 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Handlungskompetenz • Verbesserung der Krankheitskompetenz • Schulung eigenverantwortlicher, gesundheitsbewusster Verhaltensweisen • Steigerung des Selbstwertgefühls • Entängstigung • Vermeidung von Risikoverhalten • Förderung der Interaktion/Kommunikation • Erfolgserlebnisse • Verbesserung der ADLs

REALISATION

Intervention in Prävention, Rehabilitation und im Heilmittelsektor

<i>physisch</i>	<i>psycho-sozial/edukativ</i>	<i>ergänzende Leistungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Muskelaufbautraining • Ausdauertraining (Ergometertraining, Walking, Nordic Walking) • Koordinationstraining • Wirbelsäulen-, Funktionsgymnastik/Rückenschule • Physiotherapie • Schmerztherapie • Elektrotherapie • Hydrojet/Massage • Aquatherapie/Bewegungsbad 	<ul style="list-style-type: none"> • therapeutische Beratung (z. B. Hilfsmittel) • Patientenschulung (Rückenschule) • Gruppen- und Einzelgespräche 	<ul style="list-style-type: none"> • Teilhabe am gesellschaftlichen Leben u. a. durch: <ul style="list-style-type: none"> – stufenweise Wiedereingliederung – Arbeitsplatzprogramme – Arbeitsplatzgestaltung – Überleitung in eine wohnortnahe, Reha-Sportgruppe/ Funktionsgymnastikgruppe/Selbsthilfegruppe (Rheumaliga)

KONZEPTION *(Fortsetzung)*

„Chronischer Rückenschmerz, Bandscheibenschäden und Stenosen/Wirbelsäulenoperationen“

EVALUATION

- Pflege: Barthel-Index
- Visuelle Analogskala (VAS)
- Sporttherapie/MTT: Oswestry Disability Index – Dt. Version (ODI-D)
- Sporttherapie/Koordinationstraining: Functional Reach Test (FRT) - Reichweitentest, Timed Up and Go (TUG), Chair Rising (CR) - Aufstehtest, Treppensteig-Test (Eigenentwicklung)
- Physiotherapie: Funktionsmessung (Neutral-Null)
- Teilnahme am EVA-Reha-Programm

KONTRAINDIKATIONEN

- potentiell gefährliche Pathologien („red flags“) wie z. B. Conus- oder Caudasyndromatik (Blasen-, Mastdarmstörung; Reithosenanästhesie, Potenzprobleme), konstanter Schmerz, Fieber oder unerklärbarer Gewichtsverlust (*Vergleich European Guidelines for Low Back Pain 2004*)

HINWEISE

Zu berücksichtigen sind immer die individuell noch vorhandenen Möglichkeiten und Kompensationen der Aktivitäten und Partizipation, die Vorgaben des Operateurs sowie die jeweiligen Kontextfaktoren

kuan, Stand: 2010

1.8.5 Erläuterungen zum klinischen Behandlungspfad „Chronischem Rückenschmerz“

Rehabilitationsziele

Die Rehabilitationsziele im Rahmen des Behandlungsprozesses von chronischen Rückenschmerzpatienten werden durch die in vielen allgemeinen Scores abgebildeten Kriterien festgelegt. Neben der Schmerzintensität stellt vor allem das Leistungsvermögen im Alltagsbereich ein entscheidendes Qualitätskriterium für den Rehabilitationsprozess dar, so dass Tätigkeiten wie Körperpflege, Heben, Gehen, Sitzen, Stehen, Schlafen, Reisen und Sozialleben in die Gesamtbewertung einfließen. Objektivierbare orthopädische und neurologische Befunde aus denen konkrete Behandlungsvorgaben abgeleitet werden, treten ergänzend hinzu.

Beispielhafte Rehabilitationsziele:

- Schmerzlinderung und Schmerzbewältigung ICF b28013
- Stabilisierung der Wirbelsäule durch Kräftigung der Rumpfmuskulatur ICF b730
- Ausgleich muskulärer Dysbalancen, Detonisierung verspannter Muskulatur ICF b735
- Verbesserung der Muskelausdauer ICF b740
- Anleitung zu rückengerechtem Verhalten ICF b755, b765, d810
- Haltungskorrektur ICF b7402
- Stabilisierung des Allgemeinzustandes.
- Gegenstände tragen, bewegen und handhaben ICF d449
- Selbstversorgung herstellen ICF d599
- Erlernen von Kompensationsfähigkeiten zur Bewältigung des Alltagslebens ICF d175
- Ggfls Leben mit dem chronischen Leiden ICF b28013
- Kenntnisse der Möglichkeiten der sozialen Sicherung ICF d840
- Psychische Stabilität ICF b1263

Grundprinzipien des Therapiekonzeptes

Das Therapiekonzept basiert auf den Leitlinien für die Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzpatienten der Deutschen Rentenversicherung. Bei der Anwendung dieser Leitlinie im klinischen Bereich ist zu beachten, dass in dieser Leitlinie nicht der einzelne Patient mit seinem individuellen Krankheitsbild im Mittelpunkt steht, sondern entsprechend der Aufgabenstellung der Rentenversicherung als Kostenträger die Gesamtheit aller Patienten dieser Indikationsgruppe betrachtet werden. Dies bedeutet in der praktischen Umsetzung der Leitlinie, dass Abweichungen und Ergänzungen zu den vorgegebenen Therapiemodulen im Einzelfall möglich sind. Die Liste der evidenzbasierten Therapiemodule für die Rehabilitation bei chronischen unspezifischen Rückenschmerzen neben der Bewegungstherapie, unter der über 40 verschiedene Anwendungsformen vom Ausdauertraining über Koordinationstraining bis hin zur Wirbelsäulengymnastikgruppe aufgeführt sind, weitere übergeordnete Module aus dem Bereich der psychologischen Behandlungsverfahren, der sozialmedizinischen Beratung und Betreuung. Die vielfältigen Ausschlussdiagnosen, die von der Spinalstenose über die segmentale

Instabilität bis zur Wirbelkompression reichen, zeigen wie individuell das Therapiekonzept unter medizinischen Gesichtspunkten angepasst werden muss.

Therapieplan

Der Therapieplan basiert auf einem Basisprogramm mit regelmäßigem Ausdauertraining, Koordinationstraining, Medizinischer Trainingstherapie sowie alternativ bei weniger belastbaren Patienten Gruppenbehandlungen im Trockenen und im Wasser. Hinzu kommen Massagen und Wärmeanwendungen, sowie als optionale Therapieanwendungen Krankengymnastik als Einzelbehandlung, Elektrotherapie, Schmerzbewältigung in der Gruppe und vielfältige Entspannungsverfahren. Im Rahmen der Sport- und Bewegungstherapie sind weitere Therapiekomponenten wie Walking und Nordic Walking, Aquafitness und Frühgymnastik je nach Kondition und Allgemeinzustand des Patienten ergänzend möglich.

Nachbehandlung und Ausblick

Ausgehend vom Entlassungsbefund und dem erreichten Rehabilitationsergebnis ist ein spezielles Nachbehandlungsprogramm vorzusehen, das sich an den Anforderungen im Alltag und Beruf orientiert. Angesichts einer hohen Quote von Patienten mit wiederkehrenden Schmerzsyndromen oder Chronifizierungen ist die Organisation der Nachsorge von entscheidender Bedeutung. Dabei sind nicht nur verbliebene Defizite auf orthopädischem oder neurologischen Fachgebiet zu berücksichtigen, auch psychologische und sozialmedizinische Aspekte sind in langfristige Nachbehandlungskonzepte mit ein zu beziehen.

1.8.6 Erläuterungen zum klinischer Behandlungspfad „Wirbelsäulenerkrankungen – operativ versorgt“

am Beispiel der Nukleotomie und der Dekompressions-Op

Rehabilitationsziele

Die Rehabilitationsziele nach Bandscheiben- und Dekompressionsoperationen an der Lendenwirbelsäule werden bestimmt von der Schmerzreduktion sowie dem Leistungsvermögen im Alltagsbereich, wie Körperpflege, Heben, Gehen, Sitzen, Stehen, Schlafen und Sozialleben. Das Erreichen dieser Rehabilitationsziele wird von Faktoren beeinflusst, die zum einem operationsbedingt sind zum anderen aber auf bereits bestehende Faktoren wie Nervenlähmungen, lokale Schäden und Begleiterkrankungen zurückzuführen sind.

Beispielhafte Rehabilitationsziele:

- Schmerzlinderung und Schmerzbewältigung ICF b28013
- Stabilisierung der Wirbelsäule durch Kräftigung der Rumpfmuskulatur ICF b730
- Ausgleich muskulärer Dysbalancen, Detonisierung verspannter Muskulatur ICF b735
- Verbesserung der Muskelausdauer ICF b740
- Anleitung zu rückengerechtem Verhalten ICF b755, b765, d810
- Haltungskorrektur ICF b7402
- Stabilisierung des Allgemeinzustandes.
- Gegenstände tragen, bewegen und handhaben ICF d449
- Selbstversorgung herstellen ICF d599
- Erlernen von Kompensationsfähigkeiten zur Bewältigung des Alltagslebens ICF d175
- Ggfls Leben mit dem chronischen Leiden ICF b28013
- Kenntnisse der Möglichkeiten der sozialen Sicherung ICF d840
- Psychische Stabilität ICF b1263

Grundprinzipien des Therapiekonzeptes

Bei der Frühmobilisierung und der Behandlung in den ersten Tagen nach der Operation stehen das entlastete Bewegen der Lendenwirbelsäule und die entlastete Mobilisation des neuralen Systems im Vordergrund. Spätestens nach 6 Wochen sollte die natürliche Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule ohne Belastung besonders die Beuge-, Streckbewegung und eine freie neurale Gleitfähigkeit erreicht sein. Sitzen ist, wenn schmerzfrei, erlaubt ebenso wie Bewegen der Lendenwirbelsäule ohne Tragen oder Heben von Lasten. Die Bauchmuskulatur vor allem der M. transversus abdominis ist in verschiedenen Ausgangsstellungen aufzutrainieren. Fehlhaltungen sind zu korrigieren, Bewegungsübergänge und Alltagsbewegungen müssen mit stabiler, weitgehend lordotischer Lendenwirbelsäule durchgeführt werden. Periphere Bewegungen in einer schmerzfreen submaximalen Vorlagerung des neuralen Systems sowie abwechselnde kraniale und kaudale Spannungserhöhung im neuralen System unterstützen die neurale Gleitfähigkeit im Zuge der normalen Heilungsvorgänge.

Bei Vorliegen motorischer Defizite wird an der Kräftigung der teilparetischen Muskulatur gearbeitet.

Ab der 4. bis 6 Wochen nach der Operation ist ein schrittweises Aufbauen der natürlichen Belastbarkeit der Wirbelsäule durch teilbelastetes natürliches Bewegen vorgesehen. Das Bewegen im natürlichen Bewegungsablauf mit weiterlaufenden Bewegungen durch die Lendenwirbelsäule ist erlaubt. Lediglich beim Heben zunächst kleinerer Gewichte und beim Verweilen in einer Dauerstellung ist weiterhin die lordotische Stellung der LWS einzuhalten.

Hinzu tritt ein Gleichgewichtstraining in verschiedenen funktionellen Ausgangsstellungen mit dynamisch stabilisierter Lendenwirbelsäule unter Aktivierung der Bauchmuskulatur insbesondere des M. transversus abdominis.

Erst einige Monate nach der Operation ist die volle physiologische Belastungsfähigkeit wieder erreicht, d.h. die volle Beweglichkeit und Reaktions- und Belastungsfähigkeit ist in allen Wirbelsäulenpositionen wieder möglich. Bis dahin darf in Abhängigkeit von Beschwerden weiter aufbelastet werden. Eine Mobilisation der Wirbelsäulenbeweglichkeit unter Belastung sowie eine Steigerung der Bewegungsgeschwindigkeit und der Belastung bei Bewegungen durch das gesamte Bewegungsausmaß der Lendenwirbelsäule ist nun erlaubt. Der Aufbau der Sportfähigkeit durch eine langsame Steigerung von Propriozeptionsleistung, Geschwindigkeit und Belastung wird angestrebt.

Therapieplan

Der Therapieplan beinhaltet neben einem Basisprogramm mit regelmäßigem Ausdauertraining die Einzelkrankengymnastik und die medizinische Trainingstherapie (MTT) sowie gezielte lokale physikalische Behandlungsmaßnahmen und elektrische Muskelstimulation. Diese werden in Abhängigkeit von der jeweiligen Schmerzsituation und den motorischen und funktionellen Defiziten geplant und später durchgeführt.

Weitere Komponenten des Therapiekonzeptes sind die vielfältigen auf die jeweiligen Belastungsvorgaben abgestimmten Gruppentherapien, die Rückenschule, die begleitenden Vorträge sowie die Selbsttherapien in Form von Bewegungsbädern und dem Gehtraining in und außerhalb der Klinik.

Je nach Vorgaben des Operateurs und der Besonderheiten der durchgeführten Operation mit resultierenden Segmentinstabilitäten sind Anpassungen des Therapieschemas erforderlich. Zur äußeren Stabilisierung kann in der Mobilisierungsphase der vorübergehende Einsatz einer Orthese erforderlich sein, die in Zusammenarbeit mit dem Orthopädietechniker vor Ort angepasst wird.

Nachbehandlung und Ausblick

Ausgehend vom Entlassungsbefund und dem erreichten Rehabilitationsergebnis ist ein spezielles Nachbehandlungsprogramm vorzusehen, das sich an den Anforderungen im Alltag und Beruf orientiert. Angesichts einer hohen Quote von Patienten mit wiederkehrenden Schmerzsyndromen oder Chronifizierungen ist eine sorgfältige therapeutische und ärztliche Verlaufskontrolle angezeigt. Auch bei verbleibenden motorischen Defiziten verursacht durch Muskelparesen sind langfristige Nachbehandlungskonzepte erforderlich.

Die Wiederaufnahmezeit der Arbeit ist je nach Tätigkeit individuell unterschiedlich. Im Einzelnen sind Umgestaltungen des Arbeitsplatzes zu prüfen. Prinzipiell hat die Operation das Ziel, dass nach einer unterschiedlich langen Übergangszeit alle Tätigkeiten wieder aufgenommen werden können. Auto-

fahren ist als Beifahrer sofort möglich, als Fahrer meist nach Abschluss der stationären Rehabilitation. Sportliche Aktivitäten können nach einigen Monaten wieder aufgenommen werden, Joggen und Radfahren nach 2 bis 3 Monaten ebenso ein Krafttraining zunächst unter qualifizierter Aufsicht. Squash, Skifahren, Tennis, Golf sind nach 6 Monaten wieder möglich.

Auch psychologische und sozialmedizinische Aspekte sind in langfristige Nachbehandlungskonzepte mit ein zu beziehen.

1.8.7 Übersicht zum klinischen Behandlungspfad: „Schulter (Impingement/ Schulter-TEP)“

Tabelle 7: Therapiekonzept „Schulter (Impingement, Schulter-TEP)“

THERAPIEKONZEPTION		
<i>„Schulter (Impingement, Schulter-TEP)“</i>		
Diagnose (impairment)	Einschränkungen der Aktivitäten (activities)	Einschränkungen der Partizipation/Teilhabe (participation)
	<i>physisch</i>	<i>psycho-sozial</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Engpassyndrom zwischen Caput humeri, Acromion und Processus coracoideus • Ödembildung • Fibrosierung • Kapselverdickung • Bursitis • Labrumläsion • (in-)komplette Rupturen (Supraspinatus) • anatomische Veränderungen des Acromions (Osteophyten) • atrophische Rotatorenmanschette • Verkalkungen (lange Bizepssehne) 	<ul style="list-style-type: none"> • Senso- und neuromotorische Veränderungen • Schmerzen(bes. Elevation, Abduktion, Innenrotation, Überkopparbeiten) • Fehlbelastungen, Fehlhaltungen • muskuläre Dysbalancen • Veränderung der Haltemotorik • Bewegungseinschränkungen • Einschränkung der ADLs 	<ul style="list-style-type: none"> • Störungen des seelischen Gleichgewichts • negatives Selbstkonzept • Bewegungs-, Belastungsangst • eingeschränkte Bewegungsspontanität • Verlust sozialer Kontakte • Störungen in der Partnerschaft • Leistungsverlust • Bedrohung wirtschaftlicher Existenz
<i>medizinische Maßnahmen</i>		
OP: Dekompression; endoprothetische Versorgung		
ZIELSETZUNGEN		
	<i>physisch</i>	<i>psycho-sozial/edukativ</i>
	<ul style="list-style-type: none"> • Erhaltung/Wiederherstellung von: <ul style="list-style-type: none"> – Kraft (Zentrierung des Humeruskopfes), Ausdauer und Koordination – Flexibilität/Beweglichkeit • Erweiterung des subacromialen Raums • schadensspezifische Verbesserung der Alltags-, Berufs- und Freizeitmotorik • Scherzlinderung, Schmerzbewältigung • Verlangsamung des Funktionsverlustes • Verbesserung der Wahrnehmung 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung der Handlungskompetenz • Verbesserung der Krankheitskompetenz • Schulung eigenverantwortlicher, gesundheitsbewusster Verhaltensweisen • Steigerung des Selbstwertgefühls • Entängstigung • Förderung der Interaktion/Kommunikation • Erfolgserlebnisse • Verbesserung der ADLs

REALISATION

Intervention in Prävention, Rehabilitation und im Heilmittelsektor

<i>physisch</i>	<i>psycho-sozial/edukativ</i>	<i>ergänzende Leistungen</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Muskelaufbautraining • Ausdauertraining (Oberkörperergometer) • Koordinationstraining • Physiotherapie • Schulterschiene (Motorschiene) • Schmerztherapie • Aquatherapie/Bewegungsbad 	<ul style="list-style-type: none"> • therapeutische Beratung (z. B. Hilfsmittel) • Patientenschulung • Gruppen- und Einzelgespräche 	<ul style="list-style-type: none"> • Teilhabe am gesellschaftlichen Leben u. a. durch: <ul style="list-style-type: none"> – stufenweise Wiedereingliederung – Arbeitsplatzprogramme – Arbeitsplatzgestaltung – Überleitung in eine wohnortnahe, Reha-Sportgruppe/ Funktionsgymnastikgruppe/Selbsthilfegruppe (Rheumaliga)

KONZEPTION *(Fortsetzung)*

„Schulter (Impingement, Schulter-TEP)“

EVALUATION

- Pflege: Barthel-Index
- Visuelle Analogskala (VAS)
- Sporttherapie/MTT: Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (Quick-DASH)
- Physiotherapie: Funktionsmessung (Neutral-Null)
- Teilnahme am EVA-Reha-Programm

KONTRAINDIKATIONEN

- cave: Frozen shoulder

HINWEISE

Zu berücksichtigen sind immer die individuell noch vorhandenen Möglichkeiten und Kompensationen der Aktivitäten und Partizipation, die Vorgaben des Operateurs sowie die jeweiligen Kontextfaktoren

kuan, Stand: 2010

1.9 Besondere Betreuungsstrukturen – ICF-Orientierung

Neben den bereits erwähnten Maßnahmen im physischen Bereich orientiert sich unser ganzheitliches Betreuungskonzept an den psycho-sozialen Einschränkungen der Patienten wie z. B. Störungen des seelischen Gleichgewichts oder Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Entsprechende Betreuungsangebote werden den jeweiligen Patienten während des Rehabilitationsaufenthaltes angeboten bzw. bereits vor Entlassung als Nachsorge geplant (z. B. ARENA-Programm der DRV).

Besondere Betreuungsschwerpunkte sind Kooperationen/Vernetzungen mit externen ambulanten Pflegediensten, Sozialdiensten, Psychologen, sonstigen Nachsorgeeinrichtungen (z. B. Pflegeheimen) oder großen regionalen Betrieben zwecks Wiedereingliederung der Rehabilitanden in ihr Berufsleben (z. B. Autohersteller Ford – IMBA-Konzept).

Intern sind neben den betreuenden Ärzten eine Sozialarbeiterin, die psychologische Abteilung und eine Klinikseelsorgerin verantwortlich zur Umsetzung dieser besonderen Betreuungsstrukturen.

Während des Klinikaufenthalts können die Patienten an entsprechenden Kreativangeboten teilnehmen.

2 Dokumentation – Zahlen, Daten, Fakten

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

2.1 Strukturqualität

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

2.1.1 Personelle Ausstattung

Tabelle 8: Mitarbeiteranzahl und deren Qualifikation im medizinisch-therapeutischen Bereich

Berufsgruppe		Qualifikationen
Ärzte		
Leitender Arzt (Chefarzt)	✓	Orthopädie und Rheumatologie, Orthopädische Chirurgie, Sportmedizin, Physikalische Therapie, H-Arzt, Sozialmedizin, Rehabilitationswesen, Osteologie DVO, Fachkunde Strahlenschutz
Oberärzte	✓	Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Allgemeinmedizin, Sportmedizin, Osteopathie, Fachkunde Strahlenschutz,
Assistenzärzte	✓	Sportmedizin, Manualmedizin, Physikalische Therapie, Fachkunde Strahlenschutz
TCM-Ärzte	✓	Akupunktur, Elektroakupunktur, Akupressur, Schröpfbehandlung, Moxibustion, Tuina; Qi Gong, Tai Chi
Pflegedienst		
Pflegedienstleitung	✓	Examierte Pflegekraft
Pflegekräfte	✓	Examierte Pflegekraft
MTA	✓	Examierte Pflegekraft, Fachkunde Strahlenschutz
Therapeuten		
Psychologische Abteilung	✓	Diplom-Psychologen, Verhaltenstherapie, Schmerztherapie
Physiotherapeuten	✓	Manualtherapie, Osteopathie, Feldenkrais, Sportphysio, Bobath, Brunkow, Mulligan, McKenzie, Craniosacraltherapie, PNF, EAP, Rückenschule
Diplom-Sportlehrer, Sport- und Gymnastiklehrer	✓	DVGS-Sporttherapeut Orthopädie/ Rheumatologie/Traumatologie und Innere Erkrankungen, Rückenschule, Nordic Walking, EAP-Zulassung, Aquatherapie
Masseure	✓	Lymphdrainage, Fußreflexzonenbehandlung, Dorn, APM, Terrier, Narbenbehandlung, Hot Stone, Ayurveda

Tabelle 7: Mitarbeiteranzahl und deren Qualifikation im medizinisch-therapeutischen Bereich (Fortsetzung)

Ergotherapeuten	✓	Bobath
Diplom- Sozialpädagogin	✓	
Ernährungsberatung	✓	Diätassistentin

Das Gesundheits-Zentrum Saarschleife erfüllt die Anforderung des QS-Reha-Verfahrens zu 100%. Im Durchschnitt werden von den Vergleichskliniken 87% im Bereich „Personelle Ausstattung“ erfüllt.

2.1.2 Therapeutische Behandlungen, Schulungen und Patientenbetreuung

Das Gesundheits-Zentrum Saarschleife verwirklicht 91% der im QS-Reha-Verfahren verlangten Strukturmerkmale im Bereich „Therapeutische Behandlungen, Schulungen und Patientenbetreuung“. Durchschnittlich 94% der Anforderungen erreichen die Vergleichskliniken.

2.1.3 Medizinisch-technische Ausstattung

Tabelle 9: Medizinisch-technische Ausstattung

Medizinisch-technische Leistungen und apparative Versorgung	
Monitoring, Oxymetrie, Sauerstoffbeatmung, Defibrillator	✓
Farbdopplersonographie	✓
Ruhe- und Belastungs-EKG - Messplatz	✓
Röntgen / Tomographie für:	
- Skelettsystem	
- Herz	✓
- Lunge	
Klinisch-chemisches Labor	✓
Spirometrie	✓
Knochendichtemessung mit DEXA und Ultraschall	✓
Ganzkörperfett- und Gewebeanalyse mit DEXA	✓
3D-Wirbelsäulenform- und Funktionsanalyse	✓
Oberflächenelektromyografie (EMG)	✓
Isokinetische computergestützte Muskeldiagnostik	✓
Laktatdiagnostik	✓
Kältekammer (-60°C)	✓

Im QS-Reha-Verfahren umfasst der Bereich „Medizinisch-technische Ausstattung“ insgesamt zwölf Basiskriterien, die vom Gesundheits-Zentrum Saarschleife zu 92% erfüllt werden. Der Durchschnitt der Vergleichskliniken liegt bei einer Erfüllung der Merkmale von 91%.

2.1.4 Medizinische Notfallversorgung

Für die medizinische Notfallversorgung unserer Klinik ist der leitende Chefarzt verantwortlich. Die Regelung ist im QM-Handbuch anhand einer Richtlinie dokumentiert.

Die Notfallkoffer werden an zentralen Stellen der Klinik aufbewahrt. Für die regelmäßige Kontrolle ist der Pflegedienst verantwortlich.

Regelmäßige Schulungen finden mindestens einmal jährlich durch den internistischen Oberarzt und die Pflegedienstleitung statt. Die Schulungsunterlagen sind ebenfalls im QMH hinterlegt.

Darüber hinaus werden seit 2010 Ersthelfer durch einen externen Dienstleister ausgebildet.

2.2 Ergebnisqualität

Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheits-Zentrums Saarschleife 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.

2.2.1 Fallzahlen und Verweildauer

Im Jahr 2010 wurden im Gesundheits-Zentrum Saarschleife 3.343 Patienten (=Fälle) aufgenommen und behandelt:

Tabelle 10: Fallzahlen der behandelten Patienten

Indikation	AHB/AR		HV		Ambulanz	
	Anschlussheilbehandlung/ Anschlussrehabilitation		Heilverfahren			
	Anzahl	Verweildauer	Anzahl	Verweildauer	Anzahl	Verweildauer
Orthopädie	2.830	21,6	513	22,4	57	15,2

Quelle: Entlassungsberichte 2010

2.2.2 Sozialmedizinische und soziodemographische Merkmale der Patienten

Tabelle 11: Geschlechts- und Altersverteilung

Geschlecht	weiblich			männlich			gesamt					
	prozentual			44,8			55,2			100,0		
Alter (Jahre)	Median			73,7			71,0			72,1		

Quelle: Jahresbericht 2010 TK EVA-Reha

2.2.3 Lebenssituation zu Beginn der Rehabilitation

Tabelle 12: Lebenssituation zu Beginn der Rehabilitation

Lebenssituation zu Beginn	Anteil in Prozent
Familie/Partner	68,8
allein in Privatwohnung	31,3
unbekannt, unklar	0,0
Wohnheim/Behinderteneinrichtung	0,0
Pflegeheim	0,0

Quelle: Jahresbericht 2010 TK EVA-Reha

2.2.4 Impairmenthauptgruppen

Im folgenden Abschnitt werden die besonderen Betreuungsschwerpunkte in Verbindung mit den jeweiligen Behandlungsdiagnosen und den rehabilitativen Leistungen anhand von Impairmenthauptgruppen erfasst.

Tabelle 13: Impairmenthauptgruppen

Codierung	Impairmenthauptgruppen	Anteil in Prozent
08	Skeletterkrankungen	100,0
07	Schmerzsyndrome	0,0
06	Arthritis/Arthrose	0,0
	sonstige	0,0
05	Amputationen	0,0

Quelle: Jahresbericht 2010 TK EVA-Reha

2.2.5 Impairmentuntergruppen

Tabelle 14: Impairmentuntergruppen

Codierung	Impairmentuntergruppen - Skeletterkrankungen -	Anteil in Prozent
08.21	Hüftgelenkersatz	42,7
08.22	Kniegelenkersatz	31,3
08.32	Wirbelsäulenerkrankungen u. -frakturen, operativ ohne Implantat	9,4
08.31	Wirbelsäulenerkrankungen u. -frakturen, konservativ	6,3
08.11	Fraktur untere Extremität, hüftgelenksnah	6,3
08.23	Schultergelenkersatz	3,1
08.12	Fraktur untere Extremität, kniegelenksnah	1,0

Quelle: Jahresbericht 2010 TK EVA-Reha

2.2.6 Komplikationen

Tabelle 15: Komplikationsrate - binär

Komplikationen - binär		
nein	ja	gesamt
95,8	4,2	100,0

Quelle: Jahresbericht 2010 TK EVA-Reha

Tabelle 16: Komplikationsrate - orthopädisch

Komplikationen - orthopädisch			
Art der Komplikation	nein	ja	
Luxation	100,0	0,0	
Fraktur	100,0	0,0	
Wundinfekt/Wundheilungsstörung	100,0	0,0	
tiefe Beinvenenthrombose	97,9	2,1	
Erguss/Hämatom/Serom (Punktion notwendig)	100,0	0,0	
Parese	100,0	0,0	

Quelle: Jahresbericht 2010 TK EVA-Reha

Tabelle 17: Komplikationsrate – nicht orthopädisch

Komplikationen – nicht orthopädisch			
Art der Komplikation	nein	ja	
Entgleister Diabetes mellitus	100,0	0,0	
Entgleiste arterielle Hypertonie	100,0	0,0	
Niereninsuffizienz mit Behandlungsaufwand	99,0	1,0	
Dialyse	100,0	0,0	
Kardiale Dekompensation	99,0	1,0	
Reanimation	100,0	0,0	
Akuter Infekt (fiebrhaft bzw. Isolierung)	99,0	1,0	
Transitorische ischämische Attacke	100,0	0,0	
Krampfanfall	100,0	0,0	
Conus-Cauda-Symptomatik	100,0	0,0	
MRSA-Befall mit Isolierung	99,0	1,0	
Dekubitus	100,0	0,0	
Lungenembolie	100,0	0,0	
Inkontinenz	100,0	0,0	

Quelle: Jahresbericht 2010 TK EVA-Reha

2.2.7 Entlassungsstatus, Rehaziele und klinischer Eindruck (Arzt – CGI)

Tabelle 18: Entlassungsart

Entlassungsart	Anteil in Prozent
regulär	100,0
Verlegung in Krankenhaus	0,0
Unzureichende Rehabilitationsfähigkeit	0,0
Gegen ärztlichen Rat	0,0
verstorben	0,0
sonstige	0,0

Quelle: Jahresbericht 2010 TK EVA-Reha

Tabelle 19: Lebenssituation nach Entlassung

Lebenssituation zu Beginn	Anteil in Prozent
Familie/Partner	69,8
allein in Privatwohnung	30,2
unbekannt, unklar	0,0
Wohnheim/Behinderteneinrichtung	0,0
Pflegeheim	0,0

Quelle: Jahresbericht 2010 TK EVA-Reha

Tabelle 20: Prozentuale Bewertung der vereinbarten Rehabilitationsziele

Reha-Ziele	verschlechtert	unverändert	gebessert	sehr gebessert
Mobilität in der Alltagsumgebung	0,0	0,0	68,9	31,1
Schmerzhäufigkeit/-intensität	0,0	4,8	61,9	33,3
Aktivitätsbeeinträchtigungen durch Schmerz	0,0	2,4	57,1	40,5
Selbstversorgung	0,0	4,8	61,9	33,3
Alltagsaktivitäten, Haushaltsführung	0,0	6,8	84,1	9,1
Krankheitsverarbeitung	0,0	18,8	56,3	25,0
Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	0,0	20,0	80,0	0,0
Nutzung von Hilfsmitteln	0,0	9,1	68,2	22,7
Lebensstiländerung	0,0	62,5	37,5	0,0

Quelle: Jahresbericht 2010 TK EVA-Reha

Tabelle 21: Ärztliche Beurteilung des klinischen Eindrucks bei Patientenentlassung

Klinischer Eindruck – CGI*							
sehr viel schlechter	viel schlechter	etwas schlechter	unverändert	nur wenig besser	viel besser	sehr viel besser	gesamt
0,0	0,0	0,0	1,0	11,5	68,8	18,8	100,0
0,1	0,3	0,5	1,5	10,9	66,2	20,4	100,0
0,1	0,3	0,5	1,5	10,9	66,2	20,4	100,0

Quelle: Jahresbericht 2010 TK EVA-Reha

*CGI: Global Clinical Impression

2.2.8 Patientenbefragung

Die Überprüfung der Ergebnisqualität findet im Rahmen der Qualitätssicherung auf der Grundlage einer Patientenbefragung in einem klinikübergreifenden Benchmark-Verfahren innerhalb des Konzerns der folgend aufgezählten Beurteilungskriterien nach einem Notenschlüssel von 1 (sehr gut) bis 5 (schlecht) statt. Die Beurteilungskriterien sind wiederum in Untergruppierungen aufgeteilt. Die Patientenfragebögen werden standortübergreifend, d. h. konzernweit ausgewertet.

Tabelle 19 stellt eine Übersicht der Patientenbefragung 2010 dar. Die Gesamthäufigkeit der negativen Rückmeldungen (Note 4 und 5) ist mit 5,7% (Vorjahr: 4,8%) als gering einzustufen. Der Wert entspricht in etwa dem des Vorjahres. 85,6% (Vorjahr: 85,3%) der Befragten beurteilen den Gesamteindruck „positiv“ (Note 1 und 2). 8,7% (Vorjahr: 9,8%) der Befragten waren geteilter Meinung (Note 3).

Nur 2,6% (Vorjahr: 1,8%) der befragten Patienten waren mit dem Reha-Aufenthalt insgesamt nicht zufrieden.

Das Ergebnis der Kundenbefragung stellt sich im Jahr 2010 gegenüber dem Vorjahr fast unverändert dar.

Tabelle 22: Gesamtübersicht der Patientenzufriedenheit in 2010 im Vergleich zum Vorjahr in Prozent

Zufriedenheit der Patienten / Gäste im Jahr 2010 in Prozent						
Bewertung	negativ		teils – teils	positiv		Σ
	5	4	3	2	1	
Ärztliche Versorgung	1,7	2,4	8,2	18,0	69,6	100
Therapiequalität	3,3	1,6	3,6	13,4	78,1	100
Therapieplanung	4,2	13,5	10,9	16,7	54,8	100
Unterbringung	0,9	1,6	7,2	17,2	73,1	100
Service/Verpflegung	0,8	1,6	8,2	16,7	72,7	100
Pflege	0,9	1,4	4,0	14,7	79,1	100
Seminare	4,3	3,7	12,1	24,3	55,6	100
Gesundheitsbildung	2,3	3,6	9,8	21,5	62,8	100
Rehabilitation	2,5	4,6	11,2	22,6	59,2	100
Zufriedenheit (insgesamt)	0,8	1,8	7,1	45,5	44,7	100
Rehabilitationsergebnis	2,3	2,9	13,4	25,0	56,4	100
Prozent 2010	2,2	3,5	8,7	21,4	64,2	100%
Prozent 2009	2,3	2,5	9,8	23,5	61,8	100%

Quelle: Jahresauswertung 2010 der internen Patientenbefragung

2.2.9 Weiterentwicklung der Rehabilitationskonzepte

Unser Einrichtungskonzept wird jährlich von der ärztlichen Leitung auf Angemessenheit und Aktualität überprüft. Dabei werden folgende Aspekte detailliert überwacht:

- das Indikationsspektrum
- die indikationsbezogenen Rehabilitationsangebote
- die jeweiligen Reha-Ziele und
- die Maßnahmen zur Reha-Nachsorge.

Dabei finden sowohl die Anforderungen der Leistungsträger als auch die aktuellen medizinischen Leitlinien Berücksichtigung.

Das Einrichtungskonzept ist in allen relevanten Abteilungen des Gesundheits-Zentrums Saarschleife bekannt.

2.2.10 Zertifizierung

Das Gesundheits-Zentrum Saarschleife verfügt seit Februar 2006 über ein auf der DIN EN ISO 9001:2008 und den Qualitätsgrundsätzen der Deutschen Gesellschaft für medizinische Rehabilitation (DEGEMED), der Kooperation für Transparenz und Qualität (KTQ) als auch des Integrierten Qualitätsmanagementprogramms-Reha (IQMP-Reha) basierendes Qualitätsmanagement-System.

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

Die Erstzertifizierung und die Re-Zertifizierung nach den o. g. Anforderungen erfolgte durch die unabhängige Zertifizierungsgesellschaft „LGA InterCert GmbH“.

2.2.11 Therapiedichte (Leistungsmenge und Leistungsart pro Woche)

Als Grundlage für die Therapiedichte wird die Klassifikation der therapeutischen Leistungen (KTL) der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV-Bund) herangezogen. Die Therapiedichte wird in Stunden pro Woche bei den Patienten der deutschen Rentenversicherung erfasst.

Die therapeutischen Leistungen werden auf die KTL-Gruppen A-M verteilt. Folgende Tabelle zeigt eine detaillierte Aufschlüsselung der abgegebenen therapeutischen Leistungen in den einzelnen KTL-Gruppen:

Tabelle 23: Übersicht über die therapeutischen Leistungen pro Fall und Woche

KTL-Gruppe	Fälle in KTL-Gruppe (%)	KTL-Anzahl pro Fall pro Woche (MW)	KTL-Dauer pro Fall pro Woche (h)
Sport-/Bewegungstherapie (A)	100	12,5	7,7
Physiotherapie (B)	100	4,1	1,7
Information, Motivation, Schulung (C)	100	1,7	1,0
Klinische Sozialarbeit (D)	39,1	0,2	0,1
Ergotherapie (E)	52,2	1,0	0,4
Psychologie (F)	13,0	0,3	0,3
Psychotherapie (G)	14,5	0,2	0,2
Reha-Pflege (H)	100	5,0	0,7
Physikalische Therapie (K)	88,4	7,4	2,5
Rekreationstherapie (L)	100	5,0	2,5
Ernährung (M)	13,0	0,9	0,5

Quelle: Interne Monatsauswertung Februar 2011

3 Qualitätspolitik und Qualitätssicherung

3.1 Qualitätspolitik im Gesundheits-Zentrum Saarschleife

Ein wesentlicher Bestandteil der allgemeinen Unternehmenspolitik des Gesundheits-Zentrum Saarschleife ist ihre Qualitätspolitik.

Bereits seit einigen Jahren lässt man sich in der Rehabilitationsklinik Saarschleife von der Überzeugung leiten, dass es von zentraler Bedeutung ist, die Qualität aller Strukturen, Prozesse und Ergebnisse permanent zu hinterfragen und zu dokumentieren, um sie reproduzieren und wenn möglich, noch verbessern zu können.

Die kontinuierliche Weiterentwicklung der Qualität in der medizinischen Rehabilitation ist seit Jahren unser zentrales Anliegen. Die stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation ist ein Versorgungsbereich im deutschen Gesundheitswesen, bei dem eine systematische und routinemäßige externe Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung Einzug gefunden hat.

Rehabilitationskliniken müssen Qualität immer mehr in den Mittelpunkt des gesamten Rehabilitationsablaufes stellen: nicht nur Qualität anbieten, Prozesse geeignet vorplanen, sondern auch deren interne Realisierung gewährleisten. In der Vergangenheit wurde die Forderung nach validen Aussagen zur Qualität im Gesundheitswesen aus politischer, gesellschaftlicher und berufspolitischer Sicht immer größer. Zudem wird zunehmend gefordert, geleistete Qualität nachzuweisen und diese kontinuierlich im Sinne der Patienten, des medizinischen Fortschrittes und zur Zufriedenheit der Kostenträger zu verbessern.

Das Klinikmanagement verpflichtet sich zur Schaffung eines wirksamen QM-Systems durch aktive Beteiligung bezüglich:

- strategischer Ziele,
- Leitbild/Qualitätspolitik (Firmenausrichtung)
- Analyse,
- Bewertung/Überwachung,
- Personalpolitik,
- Kommunikation sowie
- Vorbildfunktion.

Ziel ist es, die Vertrauenswürdigkeit der Organisation, ihres QM-Systems und ihrer Prozesse (Arbeitsabläufe) nach innen und außen zu gewährleisten, den Nutzen für alle Beteiligten zu erhöhen sowie die gesetzlichen und behördlichen Anforderungen zu erfüllen.

Das Qualitätsmanagement des GZS legt die Vorgehensweise zur Qualitätssicherung in allen Bereichen und Abteilungen fest und trägt zum einheitlichen Verständnis der qualitätssichernden Tätigkeiten bei.

Es stellt sicher, dass erforderliche Prozesse erkannt und in ihrem Ablauf und Wechselwirkung organisiert werden.

Es legt Kriterien und Methoden zur Durchführung und Lenkung der Prozesse fest und stellt die notwendigen Ressourcen und den Informationsfluss innerhalb des GZS zur Durchführung und Überwachung der Prozesse sicher.

Außerdem garantiert es durch Messungen, Überwachungen und Analysen der Prozesse die ständige Verbesserung.

Die Qualitätsmanagement-Maßnahmen werden durch alle Mitarbeiter der Klinik unterstützt. Dies gewährleistet eine ständige Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems.

Die Aufrechterhaltung des Qualitätsmanagementsystems garantiert, dass alle Forderungen der Vertragspartner, Bedürfnisse der Patienten/Gäste, Gesetzesvorschriften und Normen sowie eigene Forderungen erfüllt werden und somit nur Leistungen erbracht werden, die diesen Forderungen genügen.

Der Aufbau einer kundenorientierten Organisation mit dem Ziel des kontinuierlichen Fortschritts der Organisation wird angestrebt.

Folgende Qualitätssicherungsmaßnahmen werden eingesetzt:

- Kundenbefragungen (Benchmark-Verfahren),
- externe Qualitätssicherung (QS-Reha der GKV),
- Qualitätsziele,
- interne Audits,
- Fehler- und Beschwerdemanagement sowie
- Erstellung, Aktualisierung und Einhaltung von Richtlinien und Arbeitsanweisungen.

Das Qualitätsmanagementsystem ist im QM-Handbuch elektronisch hinterlegt.

3.2 Aufbau des QM-Systems

Die Zuordnung eindeutiger Verantwortungsbereiche ist innerhalb des GZS erfolgt. Ziel ist es, die Mitarbeiter zur Mitwirkung am Erreichen der Qualitätsziele zu motivieren, sich ständig zu verbessern und die Kundenanforderungen zu erfüllen.

3.2.1 Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB)

Die Ernennung eines Qualitätsmanagementbeauftragten durch die Klinikleitung zur:

- Leitung,
- Lenkung,
- Überwachung,
- Beurteilung,
- Beratung und Berichterstattung,
- Koordinierung sowie
- zur Bewusstseinsförderung des QM-Systems

mit dem Ziel, die Wirksamkeit des QM-Systems zu steigern, ist erfolgt. Der Qualitätsbeauftragte wird für die sachgemäße Durchführung dieser Aufgaben mit den erforderlichen Mitteln und Befugnissen ausgestattet.

3.2.2 QM-Moderatoren

Mit der Benennung von QM-Moderatoren verfolgt die Klinikleitung das Ziel, das interne QM-System bestmöglich zu vermitteln, um somit Qualitätsbewusstsein und Qualitätswissen bei allen Mitarbeitern zu schaffen und fortlaufend zu erweitern. Alle Mitarbeiter sollen das Ziel, das Vorgehen und ihre Rolle im QM-System des Unternehmens kennen und danach handeln. Das QM-Moderatorenteam setzt sich interdisziplinär zusammen. Überwiegend werden Führungskräfte bzw. Mitarbeiter aus den unterschiedlichen Bereichen eingesetzt. Der Aufgabenbereich der QM-Moderatoren ist festgelegt.

3.2.3 Sonstige Befugnisse

Wichtige Verantwortungen und Befugnisse sind innerhalb der Einrichtung vergeben und bekannt (Beauftragtenliste). Entsprechende Stellenbeschreibungen sind in den Personalakten und/oder beim Stelleninhaber hinterlegt. Für Stellen mit gleichen Funktionen sind Gruppenstellenbeschreibungen ausreichend.

3.3 Unser Leitbild – Unsere Qualitätspolitik

Die Klinikleitung verpflichtet sich gegenüber Patienten/Gästen, Vertragspartnern und Behörden alle Tätigkeiten und Dienstleistungen wie

- ärztliche Versorgung und Behandlung,
- Diagnostik, Pflege und Therapien sowie
- allgemeine und individuelle Patientenbetreuung inklusive Verpflegung

in den Phasen der Leistungserbringung in möglichst höchster Qualität und nach den gesetzlichen Vorschriften durchzuführen.

Die Festlegung des Leitbilds und der Qualitätsziele erfolgt unter Berücksichtigung von:

- Niveau und Art der Erfolgsfaktoren,
- Grad der erwarteten oder gewünschten Kundenzufriedenheit,
- Weiterentwicklung der Beschäftigten,
- benötigten Ressourcen sowie
- eigenen Bedürfnissen.

Ziel ist es:

- dem Leitbild näher zu kommen,
- angemessene Qualitätsziele abzuleiten,
- Leistungsverbesserung zu erreichen sowie
- Ressourcen zu planen.

Das Leitbild wird durch das QMH, über Handouts in den Begrüßungsmappen der neu eingestellten Mitarbeiter und durch die QM-Moderatoren sowie die

Abteilungsleitungen vermittelt. Eine Überwachung findet u. a. durch die internen Audits statt.

Die Angemessenheit des Leitbilds wird jährlich in einen berufsgruppen-übergreifenden Qualitätszirkel bewertet. Besprechungsprotokolle werden diesbezüglich geführt.

3.4 Strategische und operative Ziele - Qualitätsziele

Alle relevanten Bereiche der Einrichtung sind zur Festlegung, Bekanntmachung und systematischen Bewertung von messbaren Qualitätszielen auf der Grundlage des Leitbilds verpflichtet, um angemessene Maßnahmen zur Umsetzung der Qualitätspolitik festzulegen.

Bei der Festlegung der Ziele sollte folgendes berücksichtigt werden:

- Erfordernisse der Einrichtung und des Marktes,
- Feststellungen aus Management- und anderen Selbstbewertungen (z. B. IQMP-Reha-Selbstbewertung),
- aktuelle Dienstleistungen und Arbeitsabläufe,
- Grad der Kundenzufriedenheit,
- Verbesserungsmöglichkeiten sowie
- erforderliche Ressourcen zur Zielverfolgung und -erreichung.

Die Qualitätsziele werden von den relevanten Bereichen dokumentiert und bedürfen der Freigabe durch die Klinikleitung.

Die Überwachung der Qualitätsziele und deren Status finden auf der Grundlage eines jährlichen Projektplans (Q-Zielübersicht) statt.

3.5 Umsetzung von Leitlinien

Die Umsetzung der bestehenden Leitlinien wird durch eine fortlaufende Literaturanalyse im medizinisch-therapeutischen Bereich gewährleistet. Dabei steht die Evidenz für die Wirksamkeit einzelner und multidisziplinärer Therapieformen bei den Hauptdiagnosen im Vordergrund. Die Ergebnisse der Leitlinienprojekte der Deutschen Rentenversicherung werden gesichtet und in den klinischen Pfaden umgesetzt. Dabei stehen die Auswahl der Therapieform sowie die notwendige Häufigkeit und Dauer einzelner Therapien für deren Wirksamkeit im Fokus unserer Beobachtungen.

Beispielsweise werden die Ergebnisse verschiedener Studien beim Einsatz der elektrischen Bewegungsschiene (CPM) bei Knie-TEP (z. B. Cochrane Review Milne et al.), Krankengymnastik / Sport- und Bewegungstherapie bei Hüft-TEP bzw. Bewegungstherapie vs. Krankengymnastik an sich (z. B. Hesse et al 2003) oder Ergotherapie/Hilfsmittelberatung bei Hüft- und Knie-TEP (7 rein deskriptive Publikationen) kritisch geprüft und umgesetzt.

3.6 Umsetzung spezifischer rechtlicher Anforderungen

3.6.1 Notfallmanagement

Das GZS kommt der Verpflichtung und der Verantwortung zur Erfüllung eines strukturierten Notfallmanagements nach.

Die Vermeidung und Minimierung sowohl von Sach- als auch von Personenschäden, Imageschäden und daraus resultierenden unerwarteten Kosten für das Unternehmen soll erreicht werden.

Wichtige Informationen für den alltäglichen Betriebsablauf sind in den unterschiedlichen Abteilungen des GZS verfügbar, so dass in Not- und Ausnahmesituationen sicher und schnell reagiert werden kann.

Das Notfallmanagement umfasst die Bereiche Notfallplanung und Notfallbewältigung. Die Notfallplanung sichert in vielen Notsituationen nicht nur den Fortbestand des Unternehmens, sondern erhöht auch das Vertrauen der Kunden und Mitarbeiter in die Zuverlässigkeit des Unternehmens.

Notfallpläne existieren in gedruckter und elektronischer Form.

Eine kontinuierliche Verbesserung des Notfallmanagements wird angestrebt.

Ein Brandschutzbeauftragter und Ersthelfer sind im Unternehmen bekannt. Entsprechende Schulungen werden systematisch durchgeführt.

Notfälle können sein:

- Brandfall,
- Evakuierungsfall,
- Medizinischer Notfall.

3.6.2 Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit

Das Unternehmen kommt der Verpflichtung und der Verantwortung zur Erfüllung der Arbeitsschutzanforderungen, die in nationalen Gesetzen und Vorschriften enthalten sind, nach.

Ziel ist eine ständige Verbesserung der Arbeitsschutzleistung, um sowohl Gefährdungs- und Risikominderung als auch die Produktivitätserhaltung der Mitarbeiter zu erreichen.

Die Sicherheit und Gesundheit aller Mitarbeiter sollen durch die Verhütung arbeitsbedingter Verletzungen, Gesundheitsbeeinträchtigungen, Erkrankungen, Vorfälle/Beinaheunfälle und Todesfälle geschützt werden.

Darüber hinaus wird die Einhaltung der relevanten Arbeitsschutzgesetze und -vorschriften und sonstigen Anforderungen geregelt.

Die Mitarbeiter und ihre Vertreter (Betriebsrat) wirken aktiv an den Arbeitsschutzmaßnahmen mit. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt ist gewährleistet.

Eine kontinuierliche Verbesserung des Arbeitsschutzmanagements wird angestrebt.

Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit (FaSi) als auch Sicherheitsbeauftragte sind im Unternehmen ernannt. Arbeitsschutzausschusssitzungen (ASA-Sitzungen) finden systematisch statt und werden protokolliert. Schulungen werden systematisch durchgeführt.

3.6.3 Hygienemanagement

Durch die Einhaltung der Richtlinien der Krankenhaushygieneverordnung des jeweiligen Landes werden Krankenhausinfektionen verhütet und bekämpft. Die hausinternen Richtlinien regeln die maßgebenden Verfahren zur Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen sowie die Maßnahmen zur Vermeidung der Ausbreitung gastroenteridaler Infektionserkrankungen.

Ein hygienebeauftragter Arzt ist ernannt. Die Betreuung durch eine externe Hygienefachkraft ist ebenfalls sichergestellt.

Eine Hygienekommission ist zusammengestellt. Regelmäßige Hygienesitzungen finden statt. Protokolle der Hygienesitzungen werden erstellt.

4 Qualitätssicherung im Gesundheits-Zentrum Saarschleife

Im Gesundheits-Zentrum Saarschleife 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 durchgeführte interne und externe Audits wird die Einhaltung der anspruchsvollen Qualitätsgrundsätze der DIN-ISO 9001:2008, IQMP-Reha, DEGEMED und KTQ dokumentiert. Darüber hinaus erfüllen wir mit unserem internen Qualitätsmanagement nachweislich die Anforderungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (Ausgangsposition / Datenbasis s. 3.2.3).

4.1 Internes Qualitätsmanagement

Das Gesundheits-Zentrum Saarschleife nimmt am externen Qualitätssicherungsverfahren der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen teil.

Die Daten der Leistungsträger treffen oft 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 werden ggf. durch weitere Kennzahlen ergänzt werden.

4.1.1 Jährliche Managementbewertung

Der QMB ist von der Klinikleitung beauftragt am Ende eines Kalenderjahres eine Managementbewertung entsprechend den Anforderungen der DIN EN ISO zu erstellen. Eine Sicherstellung des Qualitätsmanagementsystems der Klinik auf dessen fortdauernde Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit wird angestrebt.

Die Bewertung enthält die Bewertung von Möglichkeiten für Verbesserungen des und den Änderungsbedarf für das Qualitätsmanagementsystems einschließlich der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele.

Alle verfügbaren, relevanten Daten bezüglich der Qualität der Dienstleistung und der Ablaufqualität werden in der Managementbewertung aufbereitet.

Die Klinikleitung sorgt für die Bereitstellung der notwendigen Daten und Statistiken durch die jeweiligen Bereiche bzw. zuständige Personen gegenüber dem QMB.

Ziel ist es, den derzeitigen Stand des Unternehmens in Bezug auf die bisherige Unternehmensentwicklung und die zukünftigen Entwicklungsnotwendigkeiten darzustellen. Dies geschieht unter Berücksichtigung von Folgemaßnahmen vorausgegangener Managementbewertungen.

4.1.2 Interne und externe Audits

Interne und externe Audits werden nach einer Richtlinie systematisch durchgeführt. Interne Audits finden einmal jährlich statt. Zu Beginn eines Kalenderjahres wird ein von der Klinikleitung genehmigter Jahres-Auditplan vom QMB an die Team-/Abteilungsleiter weitergeleitet und im QM-Laufwerk hinterlegt. Die Auditoren des Unternehmens sind ernannt worden und wurden von einem externen Berater vor Aufnahme ihrer Tätigkeit geschult. Die eingesetzten Auditoren auditieren nicht ihre eigenen Tätigkeiten. Die Objektivität und die Unparteilichkeit des Auditprozesses werden somit sichergestellt. Die Ergebnisse und Feststellungen dieser Audits werden anhand von Audit-Checklisten und Auditberichten durch den QMB dokumentiert. Notwendige Gegenmaßnahmen bei festgestellten Abweichungen werden umgehend durch die zuständigen Team-/Abteilungsleiter eingeleitet. Dies wird auf den erstellten Auditberichten dokumentiert.

4.1.3 Patientenbefragung

Über Patientenbefragungen anhand von Fragebögen und entsprechende Einleitung von Gegenmaßnahmen werden die Kundenanforderungen ermittelt und zufrieden gestellt. Die Befragungen erfolgen fortlaufend. Die Ergebnisse werden standortübergreifend im Sinne eines Benchmark-Verfahrens erfasst. Eine Durchsicht aller Fragebögen erfolgt vor der zentralen Auswertung am Standort selbst. Gegenmaßnahmen werden bei Bedarf zeitnah eingeleitet.

4.1.4 QM-Projekte/QM-Ziele

Die einzelnen Bereiche der Klinik verfolgen fortlaufende Qualitätsziele bzw. -projekte. Diese werden anhand von Formularen dokumentiert und geprüft. Eine Richtlinie und entsprechende Dokumentationsformulare sind im QM-System hinterlegt. Eine Überwachung erfolgt durch den QMB. Eine Übersichtliste aller Qualitätsziele des Gesundheits-Zentrums Saarschleife wird vom QMB erstellt und im QM-Laufwerk niedergelegt. In der Liste ist u. a. der Bearbeitungsstatus des jeweiligen Ziels festgehalten. Eine Berichterstattung durch den QMB erfolgt in den Besprechungen mit der Klinikleitung.

4.1.5 QM-Maßnahmen

Ziel ist es, die unterschiedlichen Aktivitäten und Maßnahmenpakete der einzelnen Abteilungen systematisch und zentral anhand einer „Maßnahmenliste“ zu dokumentieren. Eine Rückvollziehbarkeit der wichtigen Aktivitäten in den einzelnen Abteilungen soll gewährleistet werden.

Darüber hinaus erfolgt eine Kontrolle bezüglich fristgerechter Umsetzung und Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen.

Verantwortlich für die fortlaufende Dokumentation sind die jeweiligen Teamleitungen und deren Stellvertretung.

Die Maßnahmenliste wird in den Routinegesprächen zwischen der Klinikleitung und dem QMB besprochen und u. U. aktualisiert.

Die Maßnahmenliste wird am Ende eines Kalenderjahres in die Managementbewertung eingepflegt.

4.1.6 Beschwerde- und Fehlermanagement

Als weitere Maßnahmen zur Verbesserung des Managementsystems ist das Fehler- und Beschwerdemanagementsystem zu nennen. Beide Verfahren sind im QM-Wesen beschrieben. Eine Auswertung der internen Fehler als auch der Patientenbeschwerden erfolgt fortlaufend. Eine Beschwerde-Sprechstunde durch die psychologische Abteilung zur zeitnahen Umsetzung entsprechender Gegenmaßnahmen ist eingerichtet. Die Ergebnisse werden statistisch erfasst und fließen in die jährliche Managementbewertung des QMBs ein.

4.1.7 Qualifizierung der Mitarbeiter

Die Personalplanung orientiert sich u. a. an der Fachausrichtung der Klinik sowie der momentanen Belegungsstruktur des Gesundheits-Zentrums Saarschleife. Die Indikationsschwerpunkte der Klinik werden bei der Personalplanung beachtet, um die vertraglichen Vereinbarungen der Rehabilitationseinrichtung erfüllen zu können. Das Gesundheits-Zentrum Saarschleife verfügt über ein interdisziplinäres Rehabilitationsteam, dessen Mitarbeiter über ausreichende Qualifikationen und Berufserfahrung verfügt.

Das Rehabilitationsteam setzt sich aus folgenden Berufsgruppen zusammen:

- Arzt
- Physiotherapeut
- Masseur/Medizinischer Bademeister
- Ergotherapeut
- Psychologe
- Sozialarbeiter
- Diätassistent
- Krankenpflegekraft
- Sport-/Bewegungstherapeut

Die erforderlichen Qualifikationen des Personals bezüglich der verschiedenen Stellen/Verantwortlichkeiten sind im Gesundheits-Zentrum Saarschleife geregelt und dokumentiert.

4.1.8 Klinikinterne Fort- und Weiterbildung

Einmal im Monat findet im medizinisch-therapeutischen Bereich eine fachbezogenen Fort- und Weiterbildung statt.

4.1.9 Teilnahme an externen Fort- und Weiterbildungen

Tabelle 24: Themengegliederte Fort- und Weiterbildungsaktivitäten

Themen	Freistellung in Tagen
Physiotherapie	38,0
TCM-Abteilung	5,0
Physikalische Therapie	18,0
Ärztliche Abteilung	5,0
Sporttherapie	7,0
Psychologische Abteilung	1,0
Küche/Service/Diätassistent	9,0
Pflegedienst	15,0
Ergotherapie	8,0
Sozialdienst	2,0
Technik/Arbeitssicherheit	10,0
Verwaltung (Therapieplanung/IT/Schreibbüro/Rezeption/Hausdame/Sekretariat)	8,0

4.1.10 Laufzeit der Entlassberichte

Die Brieflaufzeiten betragen in 2010 im Mittel 11,1 Tage. Der Vergleich zum Vorjahr ergibt eine Verkürzung der durchschnittlichen Brieflaufzeit im Mittel um 4,4 Tage. Das interne Ziel von 14 Tagen wurde erreicht.

Die Brieflaufzeiten werden, ausgehend von einem Optimum von 14 Tagen, in 2010 mit 10 Punkten bewertet. Im Vorjahr war die Bewertung 1 Punkt schlechter.

4.1.11 Patientenbeschwerden

Das bereits bestehende Beschwerdemanagementsystem wurde in 2010 fortgeführt. Eine Hausdame kümmert sich u. a. weiterhin um den Bereich des Beschwerdemanagements. Alle Mitarbeiter nehmen Beschwerden entgegen und leiten sie innerhalb von 48 Stunden an die verantwortliche Stelle weiter.

2010 wurden tägliche Patientensprechstunden in der psychologischen Abteilung angeboten.

Die Anzahl der Beschwerden liegt im Kalenderjahr 2010 bei 80 Beschwerden und ist gegenüber dem Vorjahr um 6 Beschwerden gesunken.

Bezogen auf die Gesamtzahl der Fälle in 2010 ist die Beschwerderate mit 0,7 Prozent als äußerst gering zu werten.

4.1.12 Fehlermanagement

Innerhalb des Unternehmens ist eine Richtlinie festgelegt, um Regelungen für den Umgang mit fehlerhaften Leistungen zu treffen. Fehlerhafte Leistungen können Eigen- oder Fremdleistungen sein. Fehlerhafte Leistungen können darüber hinaus in fehlerhaften Richtlinien, Arbeitsanweisungen bzw. in der Organisation und Ausführung oder auch durch technischen Defekt begründet sein.

Dies beinhaltet:

- Fehlererfassung und -lenkung,
- Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten,
- Fehlerbewertung (Kategorien A bis C),
- Kennzeichnung zur Verhinderung des unbeabsichtigten Gebrauchs,
- Nachbesserungen und Korrekturmaßnahmen sowie
- Dokumentation der Fehlerart.

Ziel ist es, Korrekturmaßnahmen zu ergreifen, um mögliche Fehler zu vermeiden bzw. festgestellte Fehler zu beseitigen. Darüber hinaus soll eine Fehlerbewertung durchgeführt werden, um evtl. Fehlertendenzen zu erkennen.

Fehlerhafte Produkte:

Der Umgang mit erkannten fehlerhaften Produkten ist über Richtlinien und über Arbeitsanweisungen der einzelnen Bereiche beschrieben. Fehlerhafte Produkte können z. B. Lebensmittel, Medikamente, Behandlungsmaterialien, Büromaterialien u. ä. sein.

Fehlerhafte Fremdleistungen:

Neben der Lieferantenselbstbeurteilung, die zur Auswahl neuer Lieferanten dient, soll mit Hilfe der Lieferantenbewertung die erbrachten Leistungen von Lieferanten und externen Dienstleistungserbringern überprüft werden.

Weitere Korrekturmaßnahmen können sich ergeben aus:

- internen und externen Audits,
- Kundenbefragungen,
- Managementbewertungen,
- Besprechungen sowie
- Beschwerden.

Es werden drei unterschiedliche Fehlerarten (Kategorie A-C) unterschieden:

- Kategorie A: kurzfristige Fehler ohne Ablaufstörung
- Kategorie B: Fehler mit erheblicher Ablaufstörung
- Kategorie C: Fehler mit Gesundheitsgefährdung

Diese Fehlerarten werden bei der Auswertung unterschiedlich gewichtet (Faktor 1-3), um somit eine aussagekräftige Fehleranalyse durchführen zu können.

Insgesamt ist die Anzahl der gemeldeten Fehler mit 36 Fehlermeldungen in 2010 (Vorjahr: 32) als gering einzustufen.

Eine Zunahme um 12,5 Prozent an schriftlichen Fehlermeldungen gegenüber dem Vorjahr ist zu verzeichnen.

Obwohl der Gesamtzahl der Fehler in 2010 gegenüber dem Vorjahr zugenommen hat, erhöht sich der gewichtete Mittelwert um lediglich 0,2 Fehler. Es hat also eine Verschiebung der Fehler aus einer risikoreicheren Bewertungsgruppe hin zu einer weniger risikoreichen Gruppe stattgefunden.

*Tabelle 25: Übersicht über die internen Fehlermeldungen in 2010
im Vergleich zum Vorjahr*

Fehlermeldungen				
2010	2009	Veränderung		
absolut	absolut	absolut	Prozent	Gewichteter MW
36	32	+4	+12,5	+0,2

4.2 Externe Qualitätssicherung – QS-Reha GKV

Das Gesundheits-Zentrum Saarschleife nimmt am externen Qualitätssicherungsverfahren der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (**QS-Reha GKV**) und am Qualitätsprojekt der Techniker Krankenkasse („**EVA-Reha**“) teil. Die hier dargestellten Daten sind die zum Zeitpunkt der Berichterstellung aktuellsten vorliegenden Rückmeldungen.

4.2.1 Zufriedenheit mit der Rehabilitation aus Patientensicht – QS-Reha-Verfahren

Die folgende Tabelle gibt das erreichte Qualitätsniveau für die verschiedenen Bereiche, den Summenscore Zufriedenheit und die Gesamtbewertung des Rehabilitationsergebnisses im Gesundheits-Zentrum Saarschleife wieder (10 Punkte = bestmögliche Bewertung).

Tabelle 26: Mittelwerte der Patientenzufriedenheit in den einzelnen Bereichen

Skalen	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
Ärztliche Betreuung	175	8,4	2,1
Betreuung durch Pflegekräfte	148	7,9	1,7
Psychologische Betreuung	42	8,8	1,8
Behandlungen	120	9,0	1,2
Schulungen: Gesundheitsprogramm	28	8,1	1,7
Nicht-medizinische Dienstleistungen der Klinik	181	7,8	1,2
Freizeitmöglichkeiten	146	6,3	2,2
Summenscore Zufriedenheit	156	8,1	1,3
Bewertung des Rehabilitationsergebnisses	176	8,2	2,0

Quelle: QS-Reha-Verfahren Frühjahr 2006

4.2.2 Behandlungserfolg im Patientenurteil – Größe der erzielten Rehabilitationseffekte – QS-Reha-Verfahren

In diesem Abschnitt werden die erzielten Behandlungseffekte dargestellt, wobei zunächst auf die generischen Ergebnisse (IRES-Fragebogen) und im Anschluss auf die krankheitsspezifischen Ergebnisse (SMFA-D) fokussiert wird. Als statistischer Kennwert wird die Effektstärke wiedergegeben. Für die Interpretation der Größe der Effektstärken ist festgelegt, dass Effektstärken unter 0,4 als „geringe“ Effekte anzusehen sind, Effektstärken zwischen 0,4 und 0,8 als „mittlere“ und solche über 0,8 als „starke“ Effekte.

Tabelle 27: Rehabilitationseffekte im IRES-Fragebogen bezogen auf alle Patienten

IRES	Entlassungszeitpunkt					Effektstärke
	Anzahl	Aufnahme		Entlassung		
		M	SD	M	SD	
Somatische Gesundheit	142	4,20	1,84	5,49	1,95	0,76
Schmerzen	143	2,61	2,21	3,45	2,22	0,42
Psychisches Befinden	150	6,30	1,98	7,38	1,69	0,73
Gesundheitsverhalten	141	6,99	1,73	7,59	1,63	0,36
Reha-Status (Summenscore)	136	5,02	1,37	6,00	1,41	0,93

Quelle: QS-Reha-Verfahren Frühjahr 2006

Tabelle 27 zeigt, dass das Gesundheits-Zentrum Saarschleife zum Zeitpunkt Reha-Ende im IRES-Summenscore „Reha.Status“ einen starken Effekt erzielt. Die Effekte bezüglich der Dimensionen „Somatische Gesundheit“, „Schmerzen“ und „Psychisches Befinden“ liegen im mittleren Bereich. Hinsichtlich der Dimension „Gesundheitsverhalten“ wird ein geringer Effekt gemessen.

Tabelle 28: Rehabilitationseffekte im IRES-Fragebogen für die Patienten, die sich zu Rehabilitationsbeginn als hoch belastet beschreiben

IRES	Entlassungszeitpunkt					Effektstärke
	Anzahl	Aufnahme		Entlassung		
		M	SD	M	SD	
Somatische Gesundheit	104	3,44	1,26	5,07	1,90	0,98
Schmerzen	123	1,99	1,18	3,18	1,82	0,68
Psychisches Befinden	88	5,06	1,34	6,65	1,59	1,08
Gesundheitsverhalten	49	5,14	1,02	6,67	1,70	0,99
Reha-Status (Summenscore)	113	4,61	1,05	5,57	1,32	1,15

Quelle: QS-Reha-Verfahren Frühjahr 2006

Bei den belastungsorientierten Effektstärken in Tabelle 28 zeigt sich, dass das Gesundheits-Zentrum Saarschleife zum Zeitpunkt Reha-Ende hinsichtlich der IRES-Dimensionen „Somatische Gesundheit“, „Psychisches Befinden“ und „Gesundheitsverhalten“ sowie in Bezug auf den IRES-Summenscore „Reha.Status“ einen starke Effekte erzielt. Auf der Dimension „Schmerz“ wird ein mittlerer Effekt gemessen.

Tabelle 29: Effektstärken bezüglich SMFA-D; Wertebereich 1 (minimale Einschränkung) bis 100 (maximale Einschränkung)

SMFA-D	Entlassungszeitpunkt					Effektstärke
	Anzahl	Aufnahme		Entlassung		
		M	SD	M	SD	
Tägliche Aktivitäten	146	45,56	22,74	42,05	22,64	0,20
Emotionalität	146	43,18	14,34	38,07	15,12	0,39
Arm-/Handfunktion	144	15,88	17,81	14,64	18,75	0,14
Mobilität	146	45,36	18,70	37,48	19,75	0,52
Funktionsscore	147	37,82	15,33	33,34	16,62	0,39
Beeinträchtigungsscore	137	44,06	18,20	36,15	18,75	0,52

Quelle: QS-Reha-Verfahren Frühjahr 2006

Bezogen auf das krankheitsspezifische Instrument SMFA-D erzielt das Gesundheits-Zentrum Saarschleife hinsichtlich der Skala „Mobilität“ und des Beeinträchtigungsscores mittlere Effekte. Die Effekte der Skalen „Tägliche Aktivitäten“, „Emotionalität“ und „Arm-/Handfunktion“ sowie bezüglich des Funktionsscores sind gering (Tabelle 29).

4.2.3 Peer Review-Verfahren (Prüfung der Qualität der Entlassungsberichte)

Im Peer Review-Verfahren bewerten sog. Peers die Prozessqualität anhand der Angaben aus den Entlassungsberichten (Optimum = 10 Punkte).

Tabelle 30: Übersicht über die Mittelwerte der Qualitätspunkte

Datenbasis N = 20	Mittelwert	Standardabweichung
Anamnese	8,65	1,309
Diagnostik	8,45	1,050
Therapieziele und Therapie	8,50	1,277
Klinische Epikrise	8,80	1,152
Sozialmedizinische Epikrise	9,75	0,444
Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge	9,20	1,281
Gesamter Reha-Prozess	8,30	0,979

Quelle: QS-Reha-Verfahren Frühjahr 2006

Tabelle 30 zeigt die Bewertungen der Peers bezüglich der Prozessqualität im Gesundheits-Zentrums Saarschleife mittels Vergabe von „Qualitätspunkten“. Für alle Bereiche („Anamnese“, „Diagnostik“, „Sozialmedizinische Epikrise“, „Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge“ sowie die „Qualität des Reha-Prozesses insgesamt“) liegen die Bewertungen über dem Durchschnitt aller in den letzten drei Jahren am QS-Reha-Verfahren teilnehmenden Kliniken desselben Indikationsbereichs.

4.3 Externe Qualitätssicherung – EVA-Reha (TK)

Die Techniker Krankenkasse beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Rheinland-Pfalz, eine einheitliche Dokumentationsstruktur für die Erfassung qualitätsrelevanter Daten zu entwickeln, diese mit den am Projekt teilnehmenden Kliniken abzustimmen und die Daten in den Kliniken vollständig und valide mit der vom MDK Rheinland-Pfalz entwickelten Software EVA-Reha zu erfassen.

Der allgemeine Gesundheitszustand (Morbidity) wurde bis Ende 2009 mit der Cumulative Illness Rating Scale (CIRS-G) ärztlicherseits erhoben. Bei den Auswertungen ab 2007 zeigte sich, dass zumeist nur das reha begründete Organsystem als schwer betroffen eingestuft wurde. Auf Anregung der Nutzer wurde der CIRS-G durch eine Auswahlliste an typischen Komplikationen während der Rehabilitation erfasst, die orthopädische und nicht orthopädische Erkrankungen unterteilt wurden. Die funktionale Selbstständigkeit wird unverändert anhand des ATL-5-Ortho Assessments vom pflegerischen und/oder therapeutischen Personal eingestuft. Die Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen werden mit dem Staffelstein Scores in den Versionen Hüfte, Knie bzw. Amputation dargestellt. Durch Rückenschmerzen beeinträchtigte Aktivitäten werden mittels der Oswestry Disability Scale (ODI-D) abgebildet, wobei es sich hier um einen Patientenfragebogen handelt. Für alle Rehabilitanden ohne indikationsspezifisches Assessment – z. B. Nackenschmerzen, Arthrosen – wurde die EVA-Reha-Schmerzskala eingesetzt. Diese ist identisch mit der Subskala Schmerz des Staffelsteinscores.

Ab 2010 konnten typische Reha ziele ausgewählt werden. Die Zielerreichung wurde gemäß ärztlicher Einschätzung erfasst. Aus erfassungstechnischen Gründen konnte die TK erst Fälle ab 01.07.2010 auswerten. Erfragt wurde weiterhin der globale klinische ärztliche Eindruck (CGI = Clinical Global Impression) zum Entlassungszeitpunkt.

Weggefallen ist in der Version ab 2010 die Erfassung der Pflegestufe.

Der Umfang und die Art der therapeutischen Leistungen werden gemäß der Klassifikation therapeutischer Leistungen der Deutschen Rentenversicherung Bund in der Version 2007 (KTL 2007) pro Rehabilitand dokumentiert.

4.3.1 Ergebnisdarstellung – EVA-Reha 2010

Das Gesundheits-Zentrum Saarschleife wurde im Projekt EVA-Reha TK folgendermaßen bewertet:

Tabelle 31: Ergebnisdarstellung EVA-Reha in 2010

Ergebnisdarstellung			Kommentar
Erhebungszeitraum	2010		
Anschlussrehabilitation	97,9 %		Hohe Quote
Indikationen	Hüftgelenkersatz	42,7 %	
	Kniegelenkersatz	31,3 %	
Komplikationen	Komplikationen vorhanden	4,2 %	Niedrige Quote
Rehadauer	Tage	20,0 Md	
Verlegung KH	Anzahl	0 %	
KTL-Daten	Sport/Bewegung	207,1 min /Wo	
	Physiotherapie	230 min/Wo	
	Info/Schulung	111,7 min/Wo	
	Ergotherapie	38,5 min/Wo	
	Physik. Therapie	166,9 min/Wo	
Rehabilitationsziele	Zielerreichung (%)	73,3 Md	ab 01.07.2010 erfasst
Arztbewertung (CGI)	Häufigkeit verbessert	99,0 %	

Quelle: Jahresbericht 2010 TK EVA-Reha

5 Aktivitäten und Veranstaltungen

Tabelle 32: Veranstaltungen in 2010

Veranstaltungen 2010			
Monat	Veranstalter	Ort	Thema
Januar		Luxemburg	Vakanz
Januar		Mannheim	Reisemarkt
Januar	GZS	Luxemburg	Vortragsreihe
Januar	DBD Gesundheitskreis	Braunshausen	Sporttherapie-Vortrag
Januar	Stuttgart	Stuttgart	CMT-Messe
Januar	SH-Gruppe Fibromyalgie	GZS	Fibromyalgie
Januar	Firma Bosch	Homburg	Betriebliches Gesundheitsmanagement
Februar	GZS	GZS	Fortbildung Hüft-/Knie-TEP
Februar	Brüssel	Brüssel	Reisemesse
Februar	LGAIntercert	GZS	QM: Externes Überwachungsaudit
Februar	Luxemburg	Bereldange	Messe
Februar	Lions Club	Ayl	TCM-Vortrag
März	SH-Gruppe Fibromyalgie	GZS	Fibromyalgie
März	Senior Club	Scheffleng	TCM-Vortragsreihe
März	Hopital Kirchberg	GZS	Klinikbesichtigung
März	Merzig	Merzig	Seniorenmesse
März	AgoR	Bad Neuenahr	Treffen der AgoR
April	GZS	GZS	Fortbildung Nukleotomie
April	Karatebund Saarland	GZS	TCM/Sporttherapie
April	Johannesbad	Bad Hofgastein	Mitarbeiterolympiade
April	Senior Club	Bereldange	TCM-Vortragsreihe
April	Senior Club	Ettelbruck	TCM-Vortragsreihe
April	GZS	GZS	QM: Internes Audit
April	Lions Club	Luxemburg	TCM-Vortragsreihe
Mai	SH-Gruppe Postpolio	GZS	Postpolio
Mai	Senior Club	Remeleng	TCM-Vortragsreihe
Mai	Senior Club	Berchem	TCM-Vortragsreihe
Mai	Senior Club	Wasserbillig	TCM-Vortragsreihe
Mai	Zitha Klinik	GZS	Klinikbesichtigung
Mai	Senior Club	Strassen	TCM-Vortragsreihe
Mai	GZS	GZS	Fortbildung Rheuma
Juni	Klinik Esch	GZS	Klinikbesichtigung
Juni	Rheumaliga	GZS	Vorträge
Juni	SH-Gruppe Rheuma	GZS	Klinikbesichtigung
Juni	GZS	GZS	Fortbildung Sturzprophylaxe
Juni	SH-Gruppe Postpolio	GZS	Vortrag Physiotherapie
Juni	GZS/ETI	GZS	Tag der Bewegung
Juni	GZS	GZS	Sommerfest
Juni	Klinik N.	GZS	Klinikbesichtigung
Juli	Senior Treff Lux.	GZS	Klinikbesichtigung

Veranstaltungen 2010 (Fortsetzung)			
Monat	Veranstalter	Ort	Thema
August	GZS	GZS	Fortbildung Schulter-TEP
August	Dt. Turnerbund	Mettlach	Vortrag Prof. Dr. Menke
August	SH-Gruppe Diabetes	GZS	Klinikbesichtigung
August	Klinik Centre Hospital	GZS	Klinikbesichtigung / Vortrag
September	SH-Gruppe Osteoporose	GZS	Mehrtagesprogramm
September	Stadtverband SB	SB	Welt der Familie
September	SH-Gruppe Postpolio	GZS	Vortrag Ernährung
September	Senior Club	Mondercange	TCM-Vortragsreihe
September	DRK Rubenheim	GZS	Klinikbesichtigung
September	Ärztekammer Trier	Trier	48. Trierer Arzt-Patienten-Seminar
September	Johannesbad	Bad Füssing	JoBa bewegt sich
Oktober	SH-Gruppe Fibromyalgie	GZS	Tagesprogramm
Oktober	DRL	Kassel	50-jähriges Bestehen
Oktober	Rheumaliga Saar	Perl	Vortrag Prof. Dr. Menke
Oktober	GZS	GZS	Fortbildung Hüftendoprothetik
Oktober	SH-Gruppe Postpolio	GZS	Vortrag Psychologie
November	GZS	GZS	Sozialarbeitertag
November	GZS/SLOT	Canach	12. SLOT-Symposium
November	Pharama Roche	GZS	Vortrag Prof. Dr. Menke
Dezember	GZS	GZS	Fortbildung Knieendoprothetik

6 Ausblick und Aktuelles

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

Folgende Aktivitäten sind in den nächsten beiden Jahren geplant:

- Stabilisierung der Belegungssituation im Bereich der Orthopädie durch:
 - Gewinnung neuer Interessenspartner bzw. Verhandeln neuer Belegungsverträge wie z. B. Bundeswehr und
 - Ausbau der Außendiensttätigkeiten
- Ausbau der Indikationsbereiche durch „Psychosomatik“ (bis Mitte 2011) und „Onkologie“ (bis Mitte 2012)
- Verstärkung der Marketingaktivitäten (Außendarstellung)

7 Glossar

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.

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.

ICD-10-Codierung

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

Indikationen

Heilanzeige, 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 (**I**ntensivierte **R**ehabilitation**s**nach**s**orgeleistung) 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.

Qualitätsmanagementsystem nach DEGEMED

Das Qualitätsmanagementsystem nach 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.

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.

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.

Zertifizierungsstelle

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

Angesichts des begrenzten Umfangs soll der Qualitätsbericht nur einen Überblick über das Qualitätsmanagement geben. Bei Wunsch nach weitergehenden Informationen wird auf folgende Informationsquellen zu Beginn des Qualitätsberichts verwiesen.

8 Impressum

Johannesbad Saarschleife AG & Co.KG
Cloefstraße 1a
66693 Mettlach-Orscholz
Telefon: 06865/90-0
E-Mail: info@saarschleife.de

Verantwortliche für den Qualitätsbericht:

Andreas Kühn
Qualitätsmanagementbeauftragter
Telefon: 06865/90-1935
E-Mail: andreas.kuehn@saarschleife.de

Ansprechpartner:

Besuchen Sie uns im Internet unter: <http://www.saarschleife.de>

Ausgabedatum: 08/2011 Version 4.0.2010