Thurgau

**Anhang 2**

# Anforderungen in der Rehabilitation

Die Leistungserbringerin hat sowohl generelle Qualitätsanforderungen als auch leistungsspezifische Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Die generellen Qualitätsanforderungen müssen alle Rehabilitationskliniken unabhängig des Leistungsspektrums erfüllen. Die Leistungserbringerin ist verpflichtet, sämtliche für die Erfüllung des Leistungsauftrags notwendigen strukturellen und personellen Voraussetzungen zu gewährleisten. Sie sichert und fördert die Qualität der zu erbringenden Leistungen.

Zudem beachtet die Leistungserbringerin die Vereinbarungen mit den Tarifpartnern.

## Generelle Anforderungen

### Grundsatz der Behandlung, Pflege und Betreuung

Bei der Behandlung und Betreuung muss den psychischen, physischen und sozialen Bedürfnissen des Patienten und der Patientin unter angemessenem Ressourceneinsatz Rechnung getragen werden. Sie beinhaltet angemessene Massnahmen zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung der körperlichen Funktionen und der seelisch/geistigen, sozialen und kognitiven Fähigkeiten des Menschen. Zu diesem Zweck werden diagnostische, pflegerische und therapeutische Dienstleistungen angeboten.

Für allgemein und zusatzversicherte Patienten gelten die gleichen Bedingungen bezüglich der Qualitätsnormen wie auch bezüglich der Wartezeiten.

### Multiprofessionelles, zusammenarbeitendes Rehabilitationsteam

Ein multiprofessionelles, interdisziplinär zusammenarbeitendes Behandlungsteam, das aus Fachärztinnen und -ärzten, diplomierten Pflegefachpersonen, Therapeuten und Personen der Beratung (Ernährung, Psychologen, Sozialdienst) besteht.
Die individuell kurz- und langfristig orientierten Rehabilitationsziele und –planung werden gemeinsam von Arzt, Therapie und Pflege unter Einbezug der Patientinnen und Patienten und Angehörigen erarbeitet und rollend gegenseitig abgestimmt. Sie sind allen beteiligten Berufsgruppen zugänglich.
Es finden regelmässige, dokumentierte interdisziplinäre Teamrapporte mit definierter Koordination und Verlaufskontrolle unter Beteiligung von Arzt, Therapie und Pflege statt

### Leitung der Institution

Die Leitung der Institution sorgt dafür, dass der Betrieb vorschriftsgemäss entsprechend den gesetzlichen Grundlagen geführt wird. Sie ist dafür verantwortlich, dass die Dienstleistungen ausschliesslich von Personen erbracht werden, die über die dafür erforderlichen fachlichen Qualifikationen verfügen. Die Leitung der Institution hat den Nachweis zu erbringen, dass sie sowohl über eine entsprechende Aus- bzw. Weiterbildung in Betriebswirtschaft als auch über die erforderliche Sozial-, Fach- und Führungskompetenzen verfügt. Sie weist eine Weiterbildung in Führung und Organisation aus. Das Anstellungspensum beträgt im Minimum 80 %.

Sie hat die operative Verantwortung für die Einhaltung der Bewilligungsvoraussetzungen. Werden die Bewilligungsvoraussetzungen willentlich nicht eingehalten oder wird den Anforderungen der Aufsicht nicht nachgekommen, kann die Aufsichtsinstanz unter Kostenfolge die Einsetzung einer interimistischen Leitung anordnen.

### Ärztliche Leitung, Facharzt und Erreichbarkeit

Für jede Leistungsgruppe werden Anforderungen an die benötigten Fachärzte und die Verfügbarkeit von Ärzten und Konsiliardiensten festgelegt. Die Leitung jeder Leistungsgruppe muss mind. 80 Stellenprozente in Festanstellung umfassen. Die Leitung und Stellvertretung zusammen insgesamt mind. 130 Stellenprozente. In einer Übergangsfrist bis 31. Dezember 2019 gelten für die Leitung der geriatrischen Rehabilitation 50 Stellenprozent in Festanstellung.

## Konsiliardienste

Die Erbringung von Leistungen, die aus medizinischer Sicht konsiliarisch begleitet werden müssen, wird an Auflagen geknüpft.

## Pflege und Therapie

Die Qualifikation der Leitung (Facherfahrung, Führungsausbildung, Anstellungsgrad) sind nachzuweisen, auf Anfrage sind die ausreichende Personaldotation bezogen auf die Leistungen und die Personalfluktuation auszuweisen.

Die Bereichsleitungen Pflege und Therapie sowie die jeweiligen Stellvertretungen erfüllen jeweils mindestens die Anforderungen für eine selbständige Berufsausübung gemäss Gesetz über das Gesundheitswesen (RB 831.1). Die Bereichsleitungen Pflege und Therapie weisen zudem jeweils eine Führungsweiterbildung im Minimum auf Stufe Teamleitung und mind. zwei Jahre Führungserfahrung aus. Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung sind im Pflichtenheft auszuweisen und der Funktion entsprechend auszugestalten.

Das Anstellungspensum der Bereichsleitungen beträgt für jeden Bereich im Minimum 50 %.

Die Bereichsleitung Pflege bzw. Therapie und deren jeweilige Stellvertretung betragen zusammen im Minimum 120 Stellenprozent

## Konzeptionelle Grundlagen:

Qualitätsmanagementkonzept mit den Mindestanforderungen zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität; darin ist eine Qualitätsleiterin oder ein Qualitätsleiter ernannt, deren oder dessen Aufgaben in einem Pflichtenheft festgehalten sind. Zudem ist je ein Mitglied des Ärztekollegiums, der Therapeuten und der Pflegefachpersonen als Ansprechperson für medizinische, therapeutische oder pflegerische Qualitätsfragen definiert.

## Leistungsspezifische Konzepte:

Patientenversorgungskonzept, dieses beinhaltet leistungsauftragsorientierte Krankheits- bzw. störungsspezifisch aufgebaute Behandlungs-, Therapie- und Pflegekonzepte mit strukturierten Angaben zu Diagnostik, Therapie und Rehabilitation.

Konzept zu Eintritts- und Austrittsmanagement mit den wichtigsten vor- und nachgelagerten Institutionen.

Notfallkonzept; darin ist u.a. ein Sicherheitsbeauftragter bestimmt.

Hygienekonzept, dessen Einhaltung wird durch ein geeignetes System überwacht. Darin ist ein Hygieneverantworlicher bestimmt. Alle Mitarbeitenden werden regelmässig in der Klinikhygiene geschult.

## Mindestfallzahlen:

Die Leistungserbringerin hat pro Standort und Kalenderjahr als Mindestfallzahl 250 abgerechnete Fälle auszuweisen. Umfasst der Auftrag mehrere Leistungsgruppen, reduziert sich die Anzahl auf 150 Fälle pro Leistungsgruppe.

## Voraussetzungen der Infrastruktur:

Die betriebsbewilligungsbedingten Voraussetzungen der Infrastruktur (baulich und medizintechnisch) sind zu erfüllen. Bei Neubauten und Umbauten ist dem Standard für behindertengerechtes Bauen vollumfänglich zu entsprechen.

## Detaillierte Zusammenstellung der generellen Qualitätsanforderungen

| | |
|---|---|
| 1 Konzeptionelle Grundlagen Rehabilitation | |
| 1.1 Qualitätssicherungskonzept gem. Art. 77 KVV | |
| | Dokumentiert und auf Nachfrage einsehbar |
| | Angaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität |
| | Regelmässige Überprüfung und ggf. Überarbeitung (mind. alle 3 Jahre) |
| | Qualitätsverantwortlicher bzw. Qualitätsverantwortliche (Pflichtenheft / personalisierte Stellenbeschreibung) |

| | |
|---|---|
| 1.2 Behandlungs-, Therapie- und Pflegekonzepte | |
| Strukturierter patientenbezogener Behandlungsprozess mit Einsatz anerkannter Assessmentinstumente, Definition von Rehabilitationszielen, Pflege- und Therapieplanung, Überprüfung der Zielerreichung und koordiniertem Ein- und Austrittsmanagement: | |
| Krankheits- bzw. störungsspezifisch (z.B. auf ICF) aufgebaut: | Enthält Angaben zur rehabilitativen Diagnostik und Therapie sowie den allgemeinen und spezifischen Rehabilitationszielen<br>Dokumentiert und auf Nachfrage einsehbar<br>Regelmässige Überprüfung und ggf. Überarbeitung (mind. alle 3 Jahre) |
| 1.3 Notfall- und Sicherheitskonzept | |
| Kooperationsvereinbarung mit Notfallstation Akutspital | Dokumentiert und auf Nachfrage einsehbar |
| Notfall- und Sicherheitskonzept | Regelmässige Überprüfung und ggf. Überarbeitung (mind. alle 3 Jahre), Themen analog kantonale Weisungen für Pflegeheime[1] |
| Sicherheitsverantwortlicher | Benennung einer sicherheitsverantwortlichen Person mit definierten Aufgaben und Kompetenzen (Pflichtenheft / personalisierte Stellenbeschreibung) |
| 1.4 Spitalhygiene/Infektiologie | |
| Hygiene-Konzept | Dokumentiert und auf Nachfrage einsehbar, Themen vgl. kantonale Weisungen für Pflegeheime;<br>- spezifische Hygiene für Wellness, Duschanlagen und Bäder<br>- Isolationsmassnahmen (Norovirus, Pandemie, MRSA) |
| | Regelmässige Überprüfung und ggf. Überarbeitung (mind. alle 3 Jahre) |
| | Regelmässige Schulung des klinischen Personals (mind. 1 mal p.a.) und Dokumentation der Teilnahme |
| Hygieneverantwortliche | Benennung einer hygieneverantwortlichen Person resp. Hygiene-Kommission mit definierten Aufgaben und Kompetenzen (Pflichtenheft / personalisierte Stellenbeschreibung).<br>Protokollierung der Tätigkeit und Mitteilung der Ergebnisse an die Klinikleitung. |
| Infektiologie/Antibiotika | Dokumentiert und auf Nachfrage einsehbar:<br>- Erhebung und Auswertung von nosokomialen Infektionen und von Resistenzentwicklungen |

| | |
|---|---|
| 2 Behandlungsprozess | |
| 2.1 Sicherstellung der integrierten Behandlungskette (inkl. Eintritts- und Austrittsmanagement) | |
| | Kooperationsvereinbarungen mit denjenigen Institutionen, die die meisten Patientinnen und Patienten einweisen oder nachgelagert versorgen |
| | Einsatz eines multiprofessionellen Eintritts- und Entlassungspfades |
| | Kurzbericht bei Austritt z. Hd. des Patienten |
| | Ausführlicher Entlassungsbericht innert 10 Tagen an die nachbetreuenden Stellen |
| 2.1 Anerkannte Assessmentinstrumente | |
| Einsatz bei Aufnahme und Entlassung sowie als Verlaufskontrolle | Regelmässige Anwendung gemäss Klinikkonzept (zur laufenden Rehabilitations-Prognose und Sicherstellung der individuell optimalen Therapieintensität).<br>Dokumentation der Ergebnisse in der Patientenakte |
| 2.2 Rehabilitations-Ziele | |
| | Strukturiert (z.B. ICF-basiert) und patientenbezogen festgelegt |
| | Vollständige Dokumentation in der Patientenakte |
| 2.3 Pflege- und Therapieplanung | |
| | Strukturiert (z.B. ICF-basiert) und patientenbezogen festgelegt |
| | Vollständige Dokumentation in der Patientenakte |
| | Allen Fachbereichen (Ärzte, Pflege und Therapie) zugänglich, individuelle kurz- und langfristig orientierte Rehabilitationsziele und –planung |
| 2.4 Rehabilitations-Ergebnisse/Zielerreichung | |
| | Patientenbezogen interdisziplinär evaluiert und dokumentiert |
| | Miteinbezug des sozialen Umfeldes und der Angehörigen während Rehabilitation (z. B. durch deren Beratung, Anleitung und Betreuung) |
| 2.6 Angehörigeninformation | |
| | Ärztliche Angehörigengespräche nach Vereinbarung |

| | |
|---|---|
| 3 Medizinische Patientenbetreuung | |
| 3.1 Erstuntersuchung/-gespräch | |
| Facharzt | Erster Kontakt spätestens 24 Std. nach Eintritt |
| Dienstarzt | Aufnahmeverfahren mit Eintrittsuntersuch in der Regel am Eintrittstag (Anamnese und Status müssen am Eintrittstag erfolgen) |
| 3.2 Arztvisite | |
| Chefarzt / Leitender Arzt bzw. Stellvertretung | 1 mal pro Woche |
| Facharzt | 1 mal pro Woche (Ausnahme: Frühreha hier täglich) |
| Dienstarzt | s. leistungsspezifische Anforderungen |
| 3.3 Nachgewiesene, zielorientierte interdisziplinäre Leistungskoordination und –planung (z. B. interdisziplinäre Fallbesprechung) | |
| Regelmässigkeit | 1 mal pro Woche (Ausnahme: Frühreha 2 x pro Woche) |
| Interdisziplinarität | Unter Beteiligung von Arzt, Pflege und Therapie |
| Durchführung | Strukturiert (z.B. ICF basiert) und dokumentiert |
| 3.4 Behandlung | |
| Therapiebeginn | An Wochentagen: innerhalb der ersten 24 Std. |
| 3.5 Abschlussuntersuchung/-gespräch | |
| Zeitpunkt | Frühestens 3 Tage vor Entlassung |
| | Systematische Planung und Vorbereitung der Klinikentlassung zur Förderung der Rückkehr des Patienten in sein bisheriges soziales Umfeld (gemäss Checkliste oder einem definierten Teilprozess: rechtzeitige Abklärung der zu erwartenden häuslichen Situation, antizipieren nötiger baulicher Anpassungen |
| | Genaue Instruktion über das weitere Procedere |
| | Informationen über bzw. Vermittlung/Einleitung/Strukturierung der Nachsorge |

| | |
|---|---|
| 4 Qualitätsmessungen | |
| 4.1 Routine Qualitätsmessungen | |
| | Regelmässige Teilnahme an routinemässigen Erhebungen und Auswertungen von Qualitätsmessungen (inkl. Benchmarking), mindestens ANQ-Messungen.<br>Die Leistungserbringerin verpflichtet sich auf Verlangen die an den ANQ gelieferten Daten an das Amt für Gesundheit einzureichen |
| 4.2 Fehlermeldesystem (Critical Incident Reproting System, CIRS) | |
| | Führung eines Zwischenfallmeldesystems (Critical Incident Reporting System; CIRS) mit Analyse der Eingabemeldungen und Umsetzung der notwendigen Massnahmen |
| | Koordinierte Erfassung und Analyse von (Beinah-)Fehlern |
| | Regelmässige Auswertung und Erarbeitung des Verbesserungspotentials |
| | Regelmässig anonyme Information an die ärztliche, pflegerische, betriebliche Leitung |
| | Schulung aller Mitarbeitenden |
| | Zugang zu CIRS für alle Mitarbeitenden möglich |
| 4.3 Patientenzufriedenheit (bzw. deren Vertreter) | |
| | Durchführung regelmässiger, vergleichbarer Patientenbefragungen |
| | Öffentliche Bekanntgabe der Befragungsergebnisse |
| 4.4 Zuweiserzufriedenheit | |
| | Durchführung regelmässiger, vergleichbarer Zuweiserbefragungen |
| 5 Personalentwicklung | |
| 5.1 Stellenbeschreibung | |
| | Für jede Funktion vorhanden, personalisiert in der Personalakte abgelegt |
| 5.2 Fachspezifische Fort- und Weiterbildungsprogramme | |
| | Für das Fachpersonal ist der Zugang zu einem fachspezifische Fort- und Weiterbildungsproramm gewährleistet.<br>Dokumentiert und auf Nachfrage einsehbar |

| | |
|---|---|
| 6 Bauliche und infrastrukturelle Voraussetzungen | |
| 6.1 Räumliche Trennung | - Eigene Station für Rehabilitationspatienten (örtlich/räumlich weitgehend getrennt von anderen Bereichen wie Akutspital, Pflegeheim, etc.) |

| | |
|---|---|
| 6.2 Rollstuhlgängige und behindertengerechte Gesamtanlage und Ausstattung | - Barrierefreier Zugang gewährleistet gemäss Merkblatt 7/10 „Rollstuhlgängigkeit bei Sonderbauten“ der Schweizerischen Fachstelle für behindertengerechtes Bauen<br>- Alle Bereiche durchgängig für Notfalliege<br>- Neu- und Umbauten gemäss den Weisungen des Departementes für Finanzen und Soziales betreffend die Bewilligung und den Betrieb von Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen |
| 6.3 Rufanlage | - Alle Zimmer, Aufenthalts- und Therapieräume mit Rufanlage ausgestattet |

| 7 Mindestbetriebsgrösse und Minimalfallzahlen | |
|---|---|
| 7.1 Mindestbetriebsgrösse | Zwei Jahre nach in Betriebsaufnahme muss über mindestens das letzte Quartal eine durchschnittlich belegte Bettenzahl von 12 Plätzen bei einer Aufenthaltsdauer im kantonalen und schweizerischen Durchschnitt der Leistungsgruppe erreicht sein (Anzahl erbrachter Pflegetage dividiert durch 365 Tage.) |
| 7.2 Mindestfallzahlen | Pro Standort, Leistungsgruppe und Kalenderjahr mind. 250 abgerechnete Fälle. Mehrere Leistungsgruppen: 150 Fälle je Leistungsgruppe. |

[1] Weisungen des Departementes für Finanzen und Soziales betreffend die Bewilligung und den Betrieb von Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen (Pflegeheime)