



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2.0 für Rehaeinrichtungen

Rehabilitationseinrichtung:	Cura-Med Süd-Warndt Klinik GmbH
Institutionskennzeichen:	511002550
Anschrift:	Fröbelweg 3 66352 Großrosseln
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2022-0011 RH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	20.04.2022
bis:	19.04.2025
4. x Zertifiziert	

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	11
1. Rehabilitandenorientierung	11
2. Mitarbeiterorientierung	15
3. Sicherheit - Risikomanagement	16
4. Informations- und Kommunikationswesen	20
5. Unternehmensführung	22
6. Qualitätsmanagement	25

Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Im Beirat der KTQ® sind die Verbände der Bundesärztekammer (BÄK) - Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Rehabilitantenorientierung,
 - die Mitarbeiterorientierung,
 - Sicherheit - Risikomanagement,
 - das Kommunikations- und Informationswesen,
 - die Unternehmensführung und
 - das Qualitätsmanagement
- der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren[®] gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 52 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2.0.

Wir freuen uns, dass die **Cura-Med Süd-Warndt Klinik** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

PD Dr. med. Peter Bobbert

Für die Bundesärztekammer

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung



Die Cura-Med Süd-Warndt Klinik ist eine spezialisierte Einrichtung, die in zwei getrennten Fachabteilungen eine qualitative Behandlung beatmeter Patienten gewährleistet und zudem die kompetente und adäquate Versorgung von Rehabilitanden mit neurologischen Grunderkrankungen und/oder außerklinischem Intensivpflegebedarf sicherstellt.

Die in die neurologische Frührehabilitation der Phase B klassifizierten beatmeten Patienten werden noch im intensivmedizinischen Stadium in die *Fachklinik für Beatmungsmedizin und Weaning* mit dem Ziel der Beatmungsentwöhnung übernommen. Beim hauseigenen Konzept der Cura-Med Süd-Warndt Klinik wird die medizinische Behandlung frühzeitig in Kombination mit der angestrebten Rehabilitation durchgeführt. Gesicherte vitale Verhältnisse vorausgesetzt, können auch bei schwerstkranken Rehabilitanden unter Beatmung täglich rehabilitative Therapien erfolgen.

Die uns anvertrauten Langzeitrehabilitanden werden im *Zentrum für neurologische Langzeitrehabilitation und Intensivpflege* betreut. Unter der Berücksichtigung von Ganzheitlichkeit, Empathie, Individualität und Professionalität konnte hier eine besondere Lebensqualität und ein beachtlicher therapeutischer Erfolg erreicht werden. Essenzielle Schwerpunkte der Fachabteilung sind die gänzlich individuelle, ressourcenorientierte Pflege, Therapie und Betreuung, bei der stets zugleich eine medizinische Versorgung gewährleistet wird.

Die Cura-Med Süd-Warndt Klinik GmbH hat im Saarland ein einzigartiges Angebot geschaffen, das an die akut-intensivmedizinische Behandlung und neurologische Frührehabilitation der Phase B anknüpft, um die weiterführende, rehabilitativ ausgerichtete stationäre Therapie, Pflege und fachärztliche Versorgung sicher zu stellen. Mit diesem komplexen, hochspezialisierten Leistungsspektrum schließen wir eine bedeutende Versorgungslücke im Bereich der neurologischen Langzeitrehabilitation und sind somit ein wesentlicher Bestandteil des saarländischen Rehabilitationskonzeptes.

Die erste saarländische Pflegeeinrichtung für Früh- und Langzeitrehabilitation mit einer intensivmedizinischen Weaning-Einheit versorgt das Einzugsgebiet über den gesamten südwestdeutschen Raum, die grenznahen Regionen in Frankreich sowie Luxemburg.

Aktuell stehen unseren Rehabilitanden 18 Betten in der Fachklinik zur Verfügung, die neurologische Langzeitrehabilitation verfügt über eine Bettenkapazität von 34 Betten. Die Einrichtung liegt im Zentrum des Naherholungsgebiets Süd-Warndt im Saarland und besteht seit über 20 Jahren.

Online-Auftritt:



www.cura-med.de



<https://www.facebook.com/CuraMedSWK>



https://www.instagram.com/curamed_swk



<https://www.youtube.com/CuraMedSuedWarndtKlinik>

Unsere Philosophie/ Unser Unternehmensleitbild



„Stillstand bedeutet Rückschritt - Ihr Fortschritt ist unsere Aufgabe“

Die Cura-Med Süd-Warndt Klinik GmbH ist eine auf Weaning, intensivmedizinische und neurologische Rehabilitation spezialisierte und dadurch einzigartige Rehabilitationseinrichtung in Deutschland. Wir zeichnen uns durch unser stetiges Bestreben zur Gewährleistung der bestmöglichen rehabilitativen Versorgung im Gesundheitssystem aus. unser Ziel ist die Identifikation von Versorgungslücken und deren professionelle Schließung. Dabei sind folgende Merkmale für uns ausschlaggebend:

1. ganzheitlich und wertschätzend

- Im Mittelpunkt unseres Tuns steht immer der Mensch als Individuum und integrales Ganzes aus Körper, Geist und Seele. Nach dieser ganzheitlichen Betrachtungsweise richtet sich unser Handeln.
- Wir leben einen offenen, wertschätzenden und respektvollen Umgang untereinander und mit den uns anvertrauten Rehabilitanden sowie ihren Angehörigen.
- Wir sehen uns als geduldigen, motivierenden und zuverlässigen Wegbegleiter für unsere Rehabilitanden und deren Angehörigen.

2. kompetent und qualitativ hochwertig

- All unser Tun, sei es noch die kleinste Geste, ist darauf gerichtet den bestmöglichen Fortschritt und Rehabilitationserfolg zu erreichen.
- Wir sehen es als unsere Aufgabe, Maßstäbe in Qualität und Kompetenz zu setzen, daher entwickeln wir uns stets weiter und kontinuierliches Lernen und Weiterbilden als Grundlage unseres Erfolgs.

— Wir zeichnen uns durch eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Fachabteilungen aus, die auch bei den peripheren, nicht medizinischen Abteilungen von großer Bedeutung für uns ist.

3. *innovativ und zielorientiert*

— In Veränderungen sehen wir eine beständige Chance zur Weiterentwicklung und Verbesserung.

— Wir sind offen für neue Behandlungsansätze und -methoden. Wir gestalten aktiv und zielorientiert die rehabilitative Versorgung durch eigene Ansätze mit.

— Wir kennen den Markt und die Branche sowie deren Bedürfnisse und gehen entschlossen unseren Weg hin zu einer durchgängigen und adäquaten rehabilitativen Versorgung.

4. *Verantwortungsvoll und ressourcenorientiert*

— Ein verantwortungsvoller Umgang mit Ressourcen und das Prinzip der Wirtschaftlichkeit prägen unsere Arbeit. Wir setzen auf die Nachhaltigkeit des Erfolges.

— Wir sind verlässliche Partner, die langfristige, vertrauensvolle, faire und ehrliche Zusammenarbeit mit allen Akteuren im Gesundheitswesen schätzen. Basis für die Zusammenarbeit ist ein gemeinsames Qualitätsverständnis.

— Wir tragen Mitverantwortung für Gesellschaft, Kultur und Umwelt. Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist ein wesentlicher Bestandteil unserer Personalpolitik.

Unsere Mitarbeitenden zeichnen sich durch ein hohes Maß an Identifikation mit der Cura-Med Süd-Warndt Klinik GmbH aus. Sie gestalten engagiert, kreativ und aktiv den Fortschritt mit. Unsere Mitarbeitenden sind die Grundlage unseres Erfolges.

Unser Pflegeleitbild



Unser Ziel ist es, gemeinsam und motivierend auf allen Ebenen unseres Tuns zu handeln. Unsere Visionen erreichen wir gemeinsam durch die in der Philosophie festgeschriebenen Merkmale, welche wir auf unser Pflegeleitbild abstimmen:

1. Ganzheitlich und wertschätzend

- Unser Ziel ist es, die Ressourcen und Fähigkeiten der Rehabilitanden durch eine aktivierende und fördernde Pflege zu erhalten
- Pflege bedeutet für uns den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, die Begleitung der Rehabilitanden in ihrer Auseinandersetzung und ihrem Erleben von Krankheit, dem Verlust von Fähigkeiten, dem Wiedererlangen von Gesundheit sowie bei den existenziellen Erfahrungen (*Krowinkel*).
- Uns ist die Balance zwischen technischem Einsatz und menschlicher Zuwendung gleichermaßen wichtig.
- Es ist unser Ziel, jeden Rehabilitanden unter Berücksichtigung seiner physischen, psychosozialen und kulturell-religiösen Bedürfnisse individuell zu betreuen und zu pflegen.

2. Kompetent und qualitativ hochwertig

- Unser Erfolg kommt aus der gemeinsamen Zielsetzung und dem daraus resultierenden Handeln, in welchem wir uns gegenseitig achten und unterstützen.
- Ständige Fort- und Weiterbildungen stärken die fachliche Kompetenz und dienen der Sicherheit und bestmöglichen Pflegequalität für unsere Rehabilitanden.
- Eigenständiges und verantwortungsbewusstes Arbeiten stärkt die Motivation der Mitarbeitenden.
- Kritik wird als Chance zur Weiterentwicklung gesehen.

3. Innovativ und zielorientiert

- EKG — Gute Personalpolitik durch gemeinsame Entscheidungen, Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird unterstützt.
- EKG — Wir leben einen respektvollen und wertschätzenden Umgang.
- EKG — Wir schaffen die notwendige Transparenz in unseren Abläufen.
- EKG — Wirtschaftliches und ökologisches Verhalten sind für uns obligat.
- EKG — Wir bieten eine Einzigartigkeit in der Versorgung der Phasen B und F
- EKG — Wir leben einen partizipativen und kooperativen Führungsstil

4. Verantwortungsvoll und ressourcenorientiert

- EKG — Individuelle, ressourcenorientierte Pflege, Therapie und Betreuung mit kontinuierlicher medizinische Versorgung.
- EKG — Durch Ganzheitlichkeit, Empathie, Individualität und Professionalität steigern wir die Lebensqualität und erreichen damit Therapieerfolge in der Langzeitrehabilitation.
- EKG — Pflegerische, medizinische, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen sind auf den Rehabilitanden abgestimmt und stehen im Einklang miteinander.
- EKG — Wir pflegen mit dem Ziel, die vorhandenen Fähigkeiten zu fördern (Salutogenetische Sichtweise).

„Wenn einer träumt, ist es ein Traum; Wenn viele träumen, ist es der Beginn einer Wirklichkeit. Es ist nicht genug zu wissen, man muss es auch anwenden. Es ist nicht genug zu wollen, man muss es auch tun.“

Johann Wolfgang von Goethe

Die KTQ-Kategorien

1. Rehabilitandenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Aufnahme in der Cura-Med Süd-Warndt Klinik setzt eine Anmeldung durch die zuweisende Klinik sowie eine Kostenzusage voraus. Aufgrund der Corona-Pandemie werden zwei Doppelzimmer für eine mögliche Isolation vorgehalten, welche durch einen Schleusenbereich von der restlichen Station abgetrennt sind. Die Anzahl der Rehabilitanden wurde auf zwölf reduziert. Vorhandene Doppelzimmer werden möglichst einzeln belegt. Der Aufnahmeprozess erfolgt nach einem strukturierten Verfahren. Besondere Bedürfnisse und Behandlungen, wie z.B. Isolation oder Dialyse, werden hier berücksichtigt. Unser Angebot zur Evaluation außerklinisch beatmeter oder dysphagischer Patienten mit Trachealkanüle wurde um die Versorgung von Rehabilitanden mit linksventrikulären Herzunterstützungssystemen (kurz LVAD oder Kunstherz) erweitert. Bei der Aufnahme erhalten unsere Rehabilitanden eine Willkommensmappe mit einer Übersicht über Abläufe und Ansprechpartner unserer Klinik. Ein Wegeleitsystem führt Rehabilitanden und Besucher durch unsere Einrichtung. Die Klinik ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar und verfügt über kostenlose Parkmöglichkeiten und Behindertenparkplätze. Interessenten können sich über den zuweisenden Kliniken zur Verfügung gestellten Flyer, auf unserer Webseite oder telefonisch über unser Angebot informieren.

1.1.2 Leitlinien und Standards

In unserer Klinik sind leitliniengerechte, standardisierte, dem aktuellen Wissen entsprechende Therapien etabliert. Diese beschreiben auch die Koordination des multiprofessionellen Teams aus Ärzten, Therapeuten und Pflege zur Optimierung einer rehabilitandenorientierten Behandlung. Die gemeinsam entwickelten, allgemein gültigen klaren Konzepte ergeben das Gesamtkonzept der Klinik. Die Konzeption der Cura-Med Süd-Warndt Klinik wird der Öffentlichkeit durch unsere Webseite dargestellt. Im Rahmen der Pandemie existieren ein Pandemieplan sowie ein Hygienekonzept gemäß den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes.

1.1.3 Information und Beteiligung des Rehabilitanden

Wir legen hohen Wert auf die Einhaltung der Patientenrechte und des Patientenwillens. Durch das Einbeziehen der Rehabilitanden und Angehörigen in die therapeutische Prozessplanung sowie den regelmäßigen Informationsaustausch über Zustand und prognostische Aussichten wird neben der Aufrechterhaltung der Motivation ein aktueller Wissensstand aller Beteiligten gewährleistet. Individuelle Schulungen von Rehabilitanden und Angehörigen im eigenständigen Umgang mit ressourcenorientierten Maßnahmen werden durch Empfehlungen und krankheitsspezifische Ratgeber vervollständigt. Durch die Bereitstellung von Handouts können die Rehabilitanden auch außerhalb der Therapiezeiten verschiedene individuelle Eigenübungsprogramme jederzeit weiterführen. Die Teilnahme von Angehörigen an

Therapien ist nach Absprache möglich. Privatsphäre, kulturelle, spirituelle sowie religiöse Bedürfnisse werden respektiert. Es stehen Dolmetscher und Seelsorger zur Verfügung.

Durch die Einschränkung der Besuche bis hin zum Besuchsverbot während der Pandemie wird die Möglichkeit von terminierten assistierten Telefonaten bzw. Facetime über Handy oder das hauseigene Laptop ermöglicht.

Besuche in palliativen Situationen werden unter Berücksichtigung der aktuell geltenden Hygienebestimmungen gewährleistet.

1.1.4 Ernährung und Service

Für die oft im Vordergrund stehende Dysphagie (Schluckstörung) legt die Logopädie die aktuelle Schluckkoststufe und die Zusammenstellung der Kostart und -form nach dem leitlinienkonformen Ernährungskonzept in Absprache mit Arzt, Ernährungsbeauftragten und Küche fest. Durch den Betrieb der eigenen Küche mit zwei Köchen kann die individuelle Berücksichtigung kultureller, religiöser oder ethischer Rehabilitandenwünsche gewährleistet werden, sofern diesen aus medizinischer oder logopädischer Sicht nichts entgegensteht.

Die Überwachung und Anpassung der Ernährung und des Ernährungszustandes sind als unabdingbare Voraussetzung für ein adäquates und erfolgreiches Weaning obligat. Erhobene Daten können in einer Ernährungstabelle grafisch dargestellt und ausgewertet werden.

Jedes Zimmer ist neben dem individuellen Monitoring mit abschließbarem Schrank, Fernsehgerät, der Möglichkeit von Telefon, Skype sowie WLAN ausgestattet. Besuche werden unter Berücksichtigung der jeweils aktuellen Hygienebestimmungen gestattet, hierfür können bei Bedarf separate Besuchsbereiche angeboten werden.

1.2.1 Maßnahmen der Erstdiagnostik und Erstversorgung

Zur Diagnostik stehen neben der klinischen Untersuchung Geräte wie EKG, Ultraschall, Endoskopie, Röntgen, BGA, Labor usw. zur Verfügung. Die Versorgung von medizinischen Komplikationen oder Notfällen ist durch die 24-stündige ärztliche und pflegerische Präsenz lückenlos gegeben. Im Rahmen der Versorgung der LVAD-Rehabilitanden wurde eine Kooperation mit den Universitätskliniken des Saarlandes geschlossen. Ein Behandlungsraum ist auf unsere Bedürfnisse eingerichtet und zur Notfallversorgung geeignet. Es steht eine mobile Notfalleinheit mit entsprechendem Equipment zur Verfügung. Ablaufpläne und schriftliche Anweisungen regeln die Vorgehensweisen, welche regelmäßig geschult werden. Zu speziellen Notfallversorgungen stehen die umliegenden Akutkliniken zur Verfügung.

1.3.1 Ambulante/teilstationäre Diagnostik und Behandlung

--- entfällt ---

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Das medizinische Angebot ist durch Fachärzte verschiedener Fachrichtungen und Kooperationen mit Facharztpraxen sichergestellt. Das therapeutische Angebot von Logopädie, Atmungs-, Ergo- und Physiotherapie wird durch Wundexperten ergänzt. Der Rehabilitationsprozess mit Nah- und Fernzielen wird rehabilitandenorientiert und individuell in interprofessioneller Abstimmung geplant und durchgeführt. Verschiedene interdisziplinäre Übergaben, Visiten und Teamgespräche stellen den Verlauf sicher. Wir bieten außerklinisch beatmeten sowie dysphagischen Patienten mit Trachealkanüle die Möglichkeit der Evaluation ihrer Situation als Chance eines erneuten Weanings bzw. einer Dekanülierung.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Festlegung, Steuerung und Überprüfung der rehabilitativen Prozesse mit Nah- und Fernzielen sind durch die strukturierte Anamnese, rehabilitandenorientierte Therapiemaßnahmen mit regelmäßiger Evaluation sowie das etablierte Entlassungsmanagement transparent, nachvollziehbar und korrigierbar sichergestellt. Die während der wöchentlichen multidisziplinären Chefvisite und im therapeutischen Team besprochenen Maßnahmen und Ziele werden in Gesprächen mit Rehabilitanden und Angehörigen / gesetzlichen Vertretern erläutert.

Es stehen leitliniengerechte Konzepte, einrichtungsspezifische Verfahrensanweisungen und Standards zur Verfügung. Spezielle Fragestellungen werden mit den angestellten Fachärzten bzw. über eine Konsilanfrage nach Extern kurzfristig erörtert. Der korrekte Umgang mit auftretenden Komplikationen und unerwünschten Ereignissen wird durch strukturierte Vorgehensweisen sichergestellt.

1.4.3 Spezielle rehabilitative Prozesse

Grundlage jeder Planung der speziellen rehabilitativen Prozesse sind die individuellen Erkrankungen, die Fördermöglichkeiten verbleibender Ressourcen und die daraus resultierenden Zielvereinbarungen mit unseren Rehabilitanden. Es finden angepasste Therapiemaßnahmen sowie situativ erforderliche Schulungen durch die therapeutischen Berufsgruppen statt. Diese bewegen sich im Rahmen der individuellen Möglichkeiten unserer Rehabilitanden - auf Wunsch / bei Bedarf werden Angehörige mit eingebunden. Hierbei können u.a. Ersatzstrategien erarbeitet werden, z.B. durch Anwendung von Techniken und Hilfsmitteln. Zur Erfolgsüberprüfung werden anwenderspezifische Scoringssysteme genutzt.

1.4.4 Visite

In unserer Klinik finden regelmäßig interdisziplinäre Visiten mit fachärztlicher, pflegerischer und therapeutischer Teilnahme statt. Es ist gewährleistet, dass auch an Wochenenden und Feiertagen eine ärztliche Visite durchgeführt wird.

1.5.1 Entlassungsprozess

Die Planung des strukturierten Entlassungsprozesses erfolgt nach ausführlicher Beratung unter Berücksichtigung von Bedarf und Wünschen, der häuslichen und finanziellen Situation sowie der Tragfähigkeit des individuellen sozialen Netzes unserer Rehabilitanden und seiner Angehörigen. Die Entlassung erfolgt nach dem zum Zeitpunkt der Entlassung erreichten Gesundheitszustand entweder nach Hause, in außerklinische Versorgungsformen oder in weiterführende Rehabilitationen. Hierfür koordiniert das Casemanagement verbindlich den internen und externen Ablauf zur Vermeidung von Versorgungsbrüchen. Ausführliche Abschluss- und Entlassungsberichte mit Handlungsempfehlungen sind obligat.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Rehabilitanden

Das Vorbereiten von Rehabilitanden und ihrer Bezugspersonen auf den bevorstehenden Tod ist unter Berücksichtigung der Patientenrechte und des Patientenwillens von Respekt, Offenheit und Ehrlichkeit geprägt. Therapiezieländerungen werden ausführlich besprochen und sorgfältig dokumentiert. Der Umgang mit Sterbenden erfolgt leitliniengerecht nach den Grundsätzen der Unternehmensphilosophie. Auf die Berücksichtigung kultureller, religiöser und spiritueller Bedürfnisse legen wir großen Wert und unterstützen im Rahmen unserer Möglichkeiten die individuelle Sterbebegleitung nach den Besonderheiten verschiedener Glaubensrichtungen. Die umfassende Betreuung Sterbender wird durch die Vorgaben der implementierten Konzepte (Schmerz-, Palliativ- und Ethikkonzept) sichergestellt.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Der Umgang mit Verstorbenen ist durch unsere entsprechende Leitlinie festgelegt und erfolgt respektvoll sowie unter Berücksichtigung kultureller, spiritueller und religiöser Vorstellungen und Wünsche. Glaubensspezifische Gestaltungsmöglichkeiten werden in unserem Verabschiedungsraum, in welchem Verstorbene bis zu ihrer Abholung durch ein Bestattungsunternehmen verbleiben, unter Wahrung hygienischer Vorgaben gewährt. Das Ausfüllen der Todesbescheinigung erfolgt zeitnah durch den Arzt, welcher den Tod festgestellt und die Leichenschau durchgeführt hat. Wertgegenstände werden gegen Quittieren des Erhalts an die Hinterbliebenen übergeben oder ggf. bis zur Bestellung eines Nachlassverwalters im Tresor verwahrt. Hausarzt, Zuweiser sowie Kostenträger erhalten einen ärztlichen Abschlussbericht.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Es finden regelmäßig interdisziplinäre Führungskonferenzen statt, in denen Themen des Personalbedarfs besprochen und entsprechende Strategien entwickelt werden. Der Personalbedarf wird nach der Arbeitsplatzmethode und der Einteilung nach Rehabilitandengruppen berechnet. Abteilungsbezogene Qualifikationsmatrizen wurden in Verbindung mit der Personalbedarfsplanung als Profil der Abteilung entwickelt. Strategische Änderungen, durchschnittliche und erwartete Personalausfall- und Überstundenquoten sowie Fluktuationsraten werden berücksichtigt. Für alle Mitarbeiter werden Stellenbeschreibungen mit einem entsprechenden Anforderungsprofil vorgehalten.

2.1.2 Personalentwicklung

Ziel unserer Personalentwicklung ist der Aufbau einer unternehmensspezifischen Fachkompetenz und die Förderung eines hohen Qualifikationsniveaus. Wir möchten die Mitarbeiterbindung zur Klinik stärken und ein positives Leistungsklima schaffen, um somit eine überdurchschnittliche Versorgung unserer Rehabilitanden zu gewährleisten.

Eine systematische Einarbeitung, ein bedarfsorientierter Fortbildungsplan, strategische Weiterbildungsmaßnahmen sowie eine anspruchsvolle Karriereförderung auf Fach- und Führungsebene sind uns wichtig. Als Basis der individuellen Personalentwicklung werden in regelmäßigen Mitarbeitergesprächen Stärken und Schwächen identifiziert und für zielorientierte Weiterentwicklungsmaßnahmen verbindliche Zielvereinbarungen getroffen.

2.1.3 Einarbeitung

Neue Mitarbeiter erhalten vorab eine Willkommensmappe mit allen wesentlichen Informationen über die Einrichtung, die Organisation des ersten Arbeitstages sowie einen berufsgruppen- und bereichsspezifischen Einarbeitungskatalog, der auch organisatorische Punkte beinhaltet. Während der dreimonatigen Einarbeitung durch einen Mentor erfolgt ein Zwischengespräch. Bei der Abschlussbeurteilung mit Entwicklungsgespräch hat der Einzuarbeitende im Rahmen einer Befragung die Möglichkeit, seine Einarbeitung zu reflektieren und Wünsche zur weiteren Entwicklung zu äußern.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Auszubildende kommen lediglich im Rahmen von Ausbildungspraktika/Außeneinsätze in unsere Klinik. Zum Erreichen einer bestmöglichen Theorie-Praxis-Vernetzung werden ausbildungsspezifische Lernzielkataloge bereitgestellt. Diese wurden von uns in Kooperation mit den Schulen/Ausbildungsbetrieben entwickelt.

Wir sorgen mit einem festgelegten Fortbildungsbudget für ein kontinuierliches internes und externes Fort- und Weiterbildungsangebot in Abstimmung mit den spezifischen Anforderungen der Klinik sowie den

Bedürfnissen und Wünschen der Mitarbeiter. Kurzfristige Einbindung aktueller Themen im laufenden Fortbildungsplan sind jederzeit möglich. Pflichtfortbildungen sind unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben klar definiert.

Wir unterstützen die Weiterbildung zur Praxisanleitung, in Palliativ Care sowie in Kooperation die Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivpflege. Erweitert wurde das Angebot durch die zertifizierte Weiterbildung zur Fachkraft für außerklinische Beatmung.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work-Life-Balance

Unserer Mitarbeiter verfügen über ein Arbeitszeitkonto und können ihre Dienstwünsche anhand eines Wunschplans äußern. Die Dienstplanung erfolgt unter Berücksichtigung der Überstundenentwicklung (Soll/Ist-Vergleich) sowie den arbeitszeitgesetzlichen Vorgaben.

Die Urlaubsplanung erfolgt durch die Abteilungsleitung in Absprache mit ihrem Team. Zur Unterstützung der Work-Life-Balance stehen verschiedenen Dienstypen (Mami-Dienst, verkürzte Dienste) bis hin zu individualisierten Dienstformen zur Verfügung. Die Rahmenbedingungen werden jedes Jahr evaluiert und bei Bedarf neugestaltet.

Angebote des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wurden neben Präventionsfortbildungen und Eingliederungsmanagement durch teambildende Maßnahmen (z.B. Klettergruppe) erweitert.

2.1.6 Ideenmanagement

In Veränderungen sehen wir eine beständige Chance zur Weiterentwicklung und Verbesserung. Rückmeldungen der Mitarbeiter in aller Art sind deshalb erwünscht. Es steht ein betriebliches Ideen- und Verbesserungsmanagement zur Verfügung, dessen Ablauf über eine Prozessbeschreibung verbindlich geregelt ist. Über diese Plattform können Ideen oder Beschwerden vortragen sowie Lösungsvorschläge angeboten werden. Beschwerden werden umgehend bearbeitet, Ideen und Vorschläge werden im Innovationskreis vorgestellt, geprüft und wenn möglich umgesetzt.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements und Fehlermanagements

In unserer Klinik finden regelmäßige Zusammenkünfte des Fehler- und Risikomanagement-Gremiums statt. Ein Meldesystem für kritische Ereignisse und Beinahe-Fehler, kurz CIRS (Critical Incident Reporting System) ist installiert und wird für alle Mitarbeiter regelmäßig geschult. Lob- und Beschwerdemanagement sowie Rehabilitanden- und Angehörigenbefragungen sind implementiert. Zusätzlich zur Balanced Scorecard (BSC), einer Übersicht der wichtigsten strategischen Ziele unseres Unternehmens mit angegliedertem kennzahlenorientiertem Risikomanagement samt Ampelfunktion und daraus resultierenden Maßnahmen, wurde ein Risikokatalog erstellt. Für Vorkommnisse und Beinahe-

Vorkommnisse beim Umgang mit Medikamenten, Medizinprodukten etc. findet ein Informationsaustausch über die Plattform des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) statt.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Es finden regelmäßige Einschätzungen zur Eigen- und Fremdgefährdung statt. Auf alle erfassten Risikofaktoren / Sicherheitsrisiken mit entsprechendem Potenzial wird umgehend reagiert und adäquat entgegengewirkt. Unsere Aufsichtspflicht ist durch die intensivmedizinische Überwachung sichergestellt. Bauliche Vorkehrungen entsprechen den gängigen Standards von Klinikeinrichtungen. Zur Gewährleistung der Sicherheit finden regelmäßige Begehungen statt, bei denen potenzielle Gefahrstellen frühzeitig erkannt und beseitigt werden können. Eine Kontrolle sämtlicher technischer Einrichtungen und Geräte erfolgt in einem festgelegten Prüfrhythmus und zusätzlich bei Bedarf, sodass technische Gefährdungen weitestgehend ausgeschlossen sind.

3.1.3 Konzept zum medizinischen Notfallmanagement

Ablaufpläne und schriftliche Anweisungen regeln die Vorgehensweisen zum Notfallmanagement. Eine mobile Notfalleinheit ist vorhanden. Im tagesaktuellen Notfallplan ist die Zuständigkeit des ärztlich-pflegerischen Notfallteams festgelegt. Pflichtfortbildungen zum Notfallmanagement finden regelmäßig nach den aktuellen Leitlinien statt. Die interne Notrufnummer des Arztes ist jedem Mitarbeiter bekannt und in der Alarmierungskette hinterlegt. Über die Lichtrufanlage ist gleichzeitig die Alarmierung des Notfallteams der Klinik möglich.

3.1.4 Hygiene

Verantwortlich für unsere hygienischen Belange sind die Hygienebeauftragten aus den Bereichen Ärzte und Pflege. Eine Hygienekommission ist installiert. Das bestehende Hygienehandbuch auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben richtet sich nach den Richtlinien des RKI. Aktuelle Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Hygiene-, Desinfektions- und Hautschutzpläne sind im Hygienehandbuch und Zentralordner hinterlegt. Es finden regelmäßig interne Hygienebegehungen durch die Beauftragten sowie extern durch das Gesundheitsamt statt. Hygienerrelevante Pflichtveranstaltungen werden für alle Berufsgruppen durchgeführt. Wir nehmen an der Aktion Saubere Hände teil und sind beim Infektio-Saar-Netzwerk angemeldet.

Das im Rahmen des Pandemieplans durch den Krisenstab erstellte gesonderte Hygienekonzept zur Corona-Pandemie richtet sich nach der jeweils aktuellen Coronaverordnung und der Landesteststrategie.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Hygienerrelevante Daten werden durch die Hygienebeauftragten erfasst und ausgewertet. Daten und Ergebnisse interner und externer Begehungen werden in der Hygienekommission besprochen und für

Verbesserungsmaßnahmen genutzt. Im Hygienehandbuch hinterlegte Verfahrens- und Arbeitsanweisungen, Arbeitsblätter, Hygiene- und Desinfektionspläne regeln den Umgang mit nosokomialen Infektionen. Eine Notfall-Meldekette bei Ausbruch meldepflichtiger Erreger ist implementiert. Überprüfungen zur Einhaltung hygienerelevanter Vorgehensweisen finden im Rahmen regelmäßiger an- und unangekündigter Begehungen statt.

Im Rahmen der Pandemie müssen Neuzugänge bei der Aufnahme einen aktuellen negativen PCR-Test vorweisen. Im Falle einer nachträglichen Positivtestung ist ein von der übrigen Station abtrennbarer Isolationsbereich eingerichtet.

3.1.6 Arzneimittel

Unsere Medikamente werden über die Apotheke einer kooperierenden Klinik bezogen. Nicht gelistete Medikamente können innerhalb von 72 Stunden geliefert werden. Verfahrensanweisungen regeln das Bestell- und Lagerwesen von Arznei- und Hilfsmitteln nach dem geltenden Arznei- und Betäubungsmittelgesetz. Informationen zu aktuellen Risiken, rotem Handbrief sowie Rückrufe werden uns per Mail von der Apotheke gemeldet.

Eine Überprüfung der Medikamente (Lagerung, MHD, BTM-Doku) findet regelmäßig durch die Apotheke statt. Bei Blut und Blutprodukten kommen die Querschnittsleitlinien der Bundes-Ärzte-Kammer zur Anwendung. Schriftliche Anweisungen regeln die Gabe, Dokumentation und Aufklärung. Eine Verfahrensanweisung regelt die Transfusion von Blutprodukten, ein Transfusionsbeauftragter ist bestellt. Die Funktion des Transfusionsverantwortlichen übernimmt ein Arzt aus der kooperierenden Blutbank. Die Mitarbeiter werden über Sicherheit und Umgang mit Blut und Blutprodukten sowie der Handhabung mit Medikamenten geschult.

3.1.7 Medizinprodukte

Ein Gerätebeauftragter, ein Medizinproduktebeauftragter und ein Beauftragter für Medizinprodukte-Sicherheit sind bestellt. Sie handeln eigenverantwortlich in Bezug auf Einweisungen bzw. können Hersteller dazu beauftragen. Einweisungen erfolgen ebenfalls im Rahmen der Einarbeitung. Für den Umgang mit Medizinprodukten, Probestellungen, Einweisungen und regelmäßigen Überprüfungen existieren für alle Mitarbeiter zugängliche Anweisungen. Handbücher und Bedienungsanleitungen sind im Zentralordner und im Mitarbeiterportal unserer Webseite hinterlegt.

Medizinprodukte-Bücher befinden sich in der Abteilung Technik. Der Umgang mit Medizinprodukten, Bestandspflege, Instandhaltung und Wartung technischer Medizinprodukte ist über die technische Abteilung organisiert.

3.2.1 Arbeitsschutz

Ein Betriebsarzt, eine Fachkraft für Arbeitssicherheit, Sicherheitsbeauftragte sowie ein Strahlenschutzbeauftragter sind bestellt.

Ein Strahlenschutzkonzept sowie Gefährdungsbeurteilungen nach Tätigkeitsbereich sind erstellt, es finden regelmäßige Betriebsbegehungen und Sitzungen des Arbeitssicherheitsausschusses statt. Ein Gefahrenstoffkataster wird gepflegt, der Umgang mit kontaminiertem Material ist geregelt. Sicherheitsdatenblätter sowie Betriebsanweisungen zum Umgang mit Gefahrstoffen und biologischen Arbeitsstoffen sind im Zentralordner hinterlegt und somit allen Mitarbeitern zugänglich. Es finden Unterweisungen zum Thema Arbeitsschutz statt. Die Meldung und der Umgang mit Arbeitsunfällen sind durch eine VA geregelt, Verbandsbücher und Statistik werden geführt.

3.2.2 Brandschutz

Es liegt ein Brandschutzkonzept vor, ein Brandschutzbeauftragter und Brandschutzhelfer sind benannt. Wir verfügen über eine flächendeckende und aufgeschaltete Brandmeldeanlage. Alarmierungskette, Flucht- und Rettungswegepläne hängen aus. Feuerwehr-Einsatzpläne, Anfahrts- und Lagepläne sind stets aktuell. Die Belegungsliste sowie Dienstpläne werden an der Feuerwehreinformativzentrale hinterlegt und sind für Feuerwehr und Rettungspersonal zugänglich. Brandschutzbegehungen mit der ortsansässigen Feuerwehr, dem Brandschutzbeauftragten und der technischen Leitung finden statt. Zur Erleichterung der Nachversorgung bei einem Schadensereignis wird unseren Rehabilitanden eine individuelle Rehabilitanden-Anhängetasche (MANV-Karte) zugeordnet. Das Alarmierungsvolumen bei einem Schadensereignis ist mit dem Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung Saar (ZRF) und der Feuerwehr abgestimmt. Pflichtfortbildungen zum Thema Brandschutz werden regelmäßig durchgeführt.

3.2.3 Datenschutz

Ein externer Datenschutzbeauftragter sowie ein Beauftragter für IT-Sicherheit sind bestellt, ein Datenschutz- sowie ein IT-Sicherheitskonzept sind vorhanden. Zugriffsberechtigungen auf Rehabilitandendaten sind anwenderspezifisch und passwortgeschützt geregelt und so konzipiert, dass bereichsübergreifend Informationen prozessorientiert zur Verfügung stehen. Durch einen gesicherten und zertifizierten Onlinespeicher ist die Sicherheit bei externer Datenübermittlung gegeben.

Der Umgang mit dem Rollen- und Rechte-Konzept für Einrichtungs-, Informations-, externen Datentransfer sowie Auftragsdatenverarbeitung ist im Datenschutzkonzept geregelt. Durch Datenschutzaudits werden die Umsetzung des Datenschutzkonzepts und die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben überprüft.

3.2.4 Umweltschutz

Ein verantwortungsvoller Umgang mit Ressourcen und das Prinzip der Wirtschaftlichkeit prägen die Arbeit unserer Klinik. Umweltziele werden gemeinsam mit dem Umweltgremium erarbeitet, fließen in das Umweltkonzept mit ein und sind im Zentralordner hinterlegt. Ein Abfallwirtschaftskonzept ist etabliert, ein Abfallbeauftragter bestellt, und Abfalltrennung wird durchgeführt. Regelmäßige Wartungen stellen die Effizienz von Verbrauchern sicher. Bei der Beschaffung von Verbrauchsgütern werden regionale Anbieter berücksichtigt. Mit dem Ausbau der Digitalisierung wird das Printkaufkommen weiter reduziert.

3.2.5 Katastrophenschutz

Unsere Klinik ist nicht in den Katastrophenschutzplan des Landes eingegliedert. Ein Evakuierungskonzept für Brandereignisse sowie für äußere Gefahren, wie z.B. einer Bombendrohung, liegt vor. Für einlaufende Alarmierungen bei der Rettungsleitstelle sind dort mit der Feuerwehr abgesprochene Alarmierungsroutinen hinterlegt. Die Alarmierungen können automatisch über die BMA, den Handtaster oder telefonisch erfolgen.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Das Vorgehen bei technischen Störungen und nichtmedizinischen Notfällen ist festgelegt. Eine Alarmierungskette mit einheitlicher Rufnummer hängt in allen Arbeitsbereichen aus. Eine Notstromversorgung sowie die Notversorgung mit medizinischem Sauerstoff und Back-Up-System für Druckluft sind vorhanden. Für Störungen außerhalb der Regelarbeitszeit ist die Rufbereitschaft der Technik innerhalb kurzer Zeit vor Ort. Der Server verfügt über eine USV, Server und Back-Up befinden sich in unterschiedlichen Brandabschnitten. Die Telekommunikationsanlage ist akkugepuffert und mit der Notstromversorgung verbunden. Fluchthinweisleuchten, Notbeleuchtung der Fluchtwege sowie die Notbeleuchtung in den Pflegezimmern ist durch Einzelbatterieleuchten gesichert. Durch regelmäßige Kontrollen und Wartungen werden drohende Ausfälle frühzeitig erkannt.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

PC-Arbeitsplätze mit updateunterstützten Betriebssystemen und Sicherheitssoftware stehen in allen Bereichen zur Verfügung. Jeder Account in der IT-Struktur ist passwortgeschützt, Zugriffsberechtigungen sind individuell definiert. Der Zugang zum System ist zeitlich uneingeschränkt möglich. Die Regelungen zum sicheren Datenzugriff sowie der Datenübermittlung sind im Datenschutzkonzept definiert.

Ein Datenschutzbeauftragter sowie ein Beauftragter für IT-Sicherheit sind bestellt. Die EDV wird von einem externen Dienstleister gepflegt, welcher über einen ständigen Wartungszugang zu unserem

Netzwerk zur Kontrolle der Serversysteme und der Datensicherung verfügt. Eine Notstromversorgung verhindert den Datenverlust bei einem Stromausfall.

Durch unsere neu strukturierte Webseite mit aktualisierbaren Informationsfeldern ist eine weitere Informationsplattform für die Öffentlichkeit geschaffen worden. Eine onlinebasierte Mitarbeiterplattform ist verfügbar.

WLAN ist flächendeckend ausgebaut. Es sind zwei getrennte WLAN-Netzwerke als Kliniknetzwerk mit festen Zugangsbestimmungen für die Geräte der Klinik sowie als Gastnetzwerk für Rehabilitanden und Besucher verfügbar.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Die Rehabilitandendokumentation erfolgt EDV-gestützt und teilweise noch in Papierform. Wir etablieren derzeit in unserer Klinik eine Software zur Organisation von Fach- und Rehakliniken (RehaNet). Als integraler Bestandteil unserer Softwareumgebung bietet es die im Gesundheitswesen notwendigen Schnittstellen. Mit dem Einsatz einer elektronischen Patientenakte (ePA) werden traditionelle Arbeitsschritte in der gesamten medizinischen Behandlungstrecke eines Patienten zu IT-gesteuerten Workflows und optimieren so die Prozessqualität. Durch standardisierte Dokumente ist der organisations- und sektorübergreifende zeitnahe Austausch aller erforderlichen Informationen gegeben. Mit der Einführung des digitalen Röntgens sind alle bildgebenden Diagnostiken (Röntgen, Sonografie, Endoskopie) in unserem Haus digitalisiert. Mit Hilfe einer Softwareapplikation können Arbeitsaufträge generiert, dokumentiert und archiviert werden.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Die bis zur vollständigen Implementierung von RehaNet geführte Rehabilitandenakte in Papierform entspricht in Struktur und Inhalt der EDV-gestützten Akte. Zur Archivierung werden Administration und medizinischer Bereich zusammengeführt und um den pflegerischen Bereich ergänzt. Die Archivierung erfolgt durch das Arztsekretariat. Für die Regelungen zur Archivierung und Dokumentation sind Verfahrensanweisungen hinterlegt. Die Implementierung von RehaNet vereinfacht die Archivierung der Patientenakte, da die papiergebundene Archivierung für neue Rehabilitanden entfällt.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die interne Kommunikation zu den Mitarbeitenden wird durch das Marketing mit Schwerpunkt interne und externe Kommunikation sichergestellt. Wesentliche Ergebnisse von Sitzungen, Krisenstab, Führungskonferenz sowie Informationen der Geschäftsführung, werden digital weitergegeben. Gremien sind angehalten, ihre Ergebnisse im quartalsweise erscheinenden MA-Newsletter zu visualisieren.

Für einen großen Rahmen werden Mitarbeiterversammlungen einberufen. Externe Ereignisse werden in entsprechenden Sitzungen besprochen und protokolliert, zusätzlich stehen alle oben genannten Instrumente zur Informationsweitergabe zur Verfügung. Gesetzliche und behördliche Forderungen werden

als Restriktionen möglichst in die Planung und das Reporting eingearbeitet oder finden sich in Konzepten wieder. Im Hinblick auf den familiären Hintergrund und der Nähe der Geschäftsführung zu den Mitarbeitern ist es jederzeit möglich, auch ohne Terminierung ein Gespräch zu erwirken. Zudem führt die GF regelmäßig Rundgänge durch, um den persönlichen und ungezwungenen Kontakt zu fördern.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Unsere Klinik verfügt über eine Kommunikationsmatrix, in der alle geplanten Visiten, Sitzungen und Gremien hinterlegt sind. Notwendigkeit und Form jeweiliger Informationsweitergaben sind dort festgelegt. Die Telefonzentrale wird als zentrale Auskunftsstelle zu den üblichen Geschäftszeiten durch geschulte Mitarbeiterinnen des Arztsekretariates bedient. Außerhalb der Geschäftszeiten sind die MA der Stationen dazu angehalten, unter Wahrung des Datenschutzes Informationen anzunehmen, weiterzuleiten und gemäß ihrer Qualifikation Auskunft zu geben.

Auf unserer Webseite sind die verschiedenen Ansprechpartner unserer Klinik zu finden sowie ein Mitarbeiterportal, zu dem jeder Mitarbeiter einen personalisierten Zugang hat und über Neuigkeiten informiert wird. Unter anderem können dort die aktuellen abteilungsspezifischen Dienstpläne eingesehen werden.

Der Mitarbeiter-Newsletter erscheint quartalsweise zum Austausch von Neuigkeiten und Informationen. Jeder MA hat die Möglichkeit, aktiv durch Beiträge an der Gestaltung mitzuwirken.

Allen Bereichen stehen die aktuelle Kontakte, die Bereitschaftsdienstpläne sowie Notfallpläne zur Verfügung.

Neu aufgenommene Rehabilitanden erhalten eine Willkommensmappe mit allen wesentlichen Informationen. Zudem ist es ihnen und ihren Angehörigen jederzeit möglich, sich auf unserer Homepage über die Klinik zu informieren.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Teilhabeorientiertes Leitbild

Bei der Weiterentwicklung unserer Unternehmensphilosophie ist es selbstverständlich, die abgeleiteten Leitbilder mit den Mitarbeitern gemeinsam zu erarbeiten, die Akzeptanz zu prüfen sowie Raum für Änderungswünsche zu schaffen. Zur Verinnerlichung sind Unternehmensphilosophie und Leitbilder fester Bestandteil der Willkommensmappe für neue Mitarbeiter, des Intranets, Einarbeitungskataloges sowie des Zentralordners. Zudem findet man sie als Aushang an prägnanten Stellen im gesamten Unternehmen. Jeder Mitarbeiter verpflichtet sich mit seiner Unterschrift zur Einhaltung selbiger. Nach Außen werden Inhalte der Leitbilder auf der Webseite dargestellt und in der Willkommensmappe für Rehabilitanden kommuniziert.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Unsere Unternehmensphilosophie steht in Bezug zum Unternehmenszweck. Das Führungsleitbild bildet die Grundlage des Handelns der Führungskonferenz. Die Führungsgrundsätze treffen klare Aussagen über den Umgang mit Kritik und Fehlern, welche als Möglichkeit zur Verbesserung gesehen werden. Externe Führungsseminare werden regelmäßig angeboten.

Fragen zur allgemeinen Gleichstellung und deren Einhaltung sind Inhalte im Ethikkreis und in der ethischen Fallbesprechung Personal. Ein Mediator kann bei Bedarf eine Mediation eines Teams stattfinden lassen.

Zur weiteren Teamentwicklung tragen unsere Angebote im Rahmen des BGM bei.

5.1.3 Ethische, kulturelle und weltanschauliche Verantwortung

Unsere ethische und weltanschauliche Grundausrichtung dient als Grundlage für das Ethikkonzept. Es ist ein Ethikkreis implementiert, welcher sich mit der Unternehmensethik befasst, für deren Weiterentwicklung verantwortlich ist sowie Konzeptionen nach der ethischen Grundausrichtung prüft. Alle ethischen Fallbesprechungen in Bezug auf unsere Rehabilitanden und unser Personal werden reflektiert. Entsprechende Prozesse werden unter Hinzunahme relevanter Leitlinien (z.B. Umgang mit Sterbenden) und Konzepte (z.B. Palliativkonzept) evaluiert und angepasst. Jeder kann eine ethische Fallbesprechung einberufen. Eine Seelsorge kann in allen Belangen hinzugezogen werden. Im Rahmen unserer Leitlinien „Umgang mit Sterbenden“ sowie „Umgang mit Verstorbenen“ sind die Haupt-Glaubensrichtungen implementiert. Wir veranstalten in unserer Klinik katholische und evangelische Gottesdienste.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Im Rahmen der Unternehmenskommunikation werden die definierten Ziele sowohl intern als auch extern durch das Marketing mittels verschiedener Maßnahmen kommuniziert. Neben der Veröffentlichung von PR-Berichten und Anzeigen in regionalen Zeitschriften und Fachmagazinen liegt unser Fokus bei der externen Kommunikation auf dem social media Marketing. Printmedien wie Anzeigen und Flyer wurden neu gestaltet. Eine Bildsprache wurde in allen Medien vereinheitlicht und stilistisch definiert, mit dem Ziel, Generationen im Alter von 16 – 40 Jahren anzusprechen und die Marke Cura-Med SWK zu festigen. Mit dem Auftritt in den sozialen Medien ist das Unternehmen weitreichend online vertreten und informiert regelmäßig. Unsere Leistungsangebote werden zudem über Willkommensbroschüren, Flyer und unsere Webseite kommuniziert.

Unsere Webseite wird insbesondere in Krisensituationen (seit der Pandemie) mit einem eigenen Register zu Updates geführt und stetig aktualisiert. Neben Hygienebestimmungen des Hauses werden auf der Update-Seite informative Links zur Aufklärung veröffentlicht sowie Aufklärungsarbeit über Verlinkung auf YouTube geleistet. Der von der Geschäftsführung benannte Krisenstab informiert intern wie extern über

Neuerungen. Wichtige Regeln (bspw. Besuchsregeln in der Pandemie) werden neben der Webseite und Aushängen auch über facebook kommuniziert.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Zielplanung erfolgt nach dem vierperspektivischen Lean-Balanced Scorecard (BSC) -Prozess. Aus der Ziel- und Maßnahmenplanung entwickeln sich strukturierte Projekte. Ebenso entsteht die Investitions- und Budgetplanung mit Budgetverantwortlichen und gemeinsam verabschiedeten Regeln, die sich in der Liquiditätsplanung wiederfinden und nachreguliert werden können. Im Rahmen des Reportingsystems bekommt die Geschäftsführung BWA, MSC sowie Soll/Ist Vergleiche der Gesamtplanung. Für die Abteilungen ist das Berichtswesen nach Ebenen mit allen zielbezogenen und relevanten abteilungsübergreifenden Zahlen heruntergebrochen. In den Führungskonferenzen werden Zielabweichungen besprochen und Maßnahmen entwickelt.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

An die BSC ist ein Risikomanagement in Ampelfunktion mit entsprechenden Grenzwerten und Reaktionen hinterlegt. Zusätzlich wurde das System durch einen Risikokatalog, der kaufmännische sowie klinische Risiken mit entsprechenden Maßnahmen bei Eintritt beinhaltet, erweitert. Im Rahmen der Führungskonferenz werden Risiken auditiert, entsprechende Maßnahmen geplant und umgesetzt. Im Laufe der Corona-Pandemie wurden durch die Mitglieder des Krisenstabs und der Führungskonferenz spezielle Teile des Risikokataloges durch pandemisch bedingte Risiken erweitert, z.B. befürchteter personeller Massenausfall durch Erkrankungen. Die Einstufung der Risiken erfolgt zweidimensional nach Eintrittswahrscheinlichkeit und Schadensausmaß (Risikoportfolioanalyse). Grundsätzliches Ziel ist die Minimierung der beiden Dimensionen mit einer entsprechenden Maßnahmenplanung, die in die BSC/MS aufgenommen werden. Das klinische Risikomanagement ist Bestandteil des Risikokataloges in eigener Kategorie. Damit eine Risikoverbindung zu den kaufmännischen Risiken besteht, werden Auswirkungen systemisch dargestellt. Aufgrund der BSC sowie der Größe des Unternehmens ohne Aufsichtsrat etc. existieren keine Regelungen zur internen Revision.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Aufgrund unseres Schwerpunktes und unserer Größe sind wir auf Kooperationen im Rahmen der Versorgung und Behandlung sowie im Bereich der Ausbildung angewiesen. Unsere Philosophie trifft eine klare Aussage über den Umgang und Auswahl der Partner. Enge Kooperationen bestehen mit umliegenden Kliniken, Home-Care-Versorgern sowie mit verschiedenen Konsiliarärzten.

Wir unterstützen ortsansässige oder regionale Vereine auf kultureller Ebene und übernehmen gesellschaftliche Verantwortung mit der Durchführung regelmäßiger Projekte. Hierfür werden unseren Mitarbeitern zur endgültigen Auswahl verschiedene mögliche gesellschaftliche und ökologische Projekte vorgestellt, diese können auch von unseren Mitarbeitern vorgeschlagen werden.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Arbeit in unseren Gremien ist durch eine Geschäftsordnung geregelt. Eine Übersicht der verschiedenen Gremien mitsamt Strukturen ist in der Kommunikationsmatrix einsehbar. Der Krisenstab ist hier seit 2020 von wesentlicher Bedeutung. Für eine durchgängige Arbeit in den Gremien in voller Mitgliederzahl sind alle Weichen gestellt, um diese in Form digitaler Webkonferenzen datenschutzkonform stattfinden zu lassen.

Die Kommunikation zu den Mitarbeitern ist durch die Stelle Marketing mit Schwerpunkt interne und externe Kommunikation sichergestellt. Alle Gremien sind angehalten, wesentliche Ergebnisse im MA-Newsletter zu visualisieren.

Alle Beauftragten des Unternehmens sind als Stabsstellen der Geschäftsführung unterstellt. Die Arbeit in den Gremien ist durch die Kommunikationsmatrix geregelt. Eine Übersicht der Beauftragten existiert und ist an zentraler Stelle digital hinterlegt.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Wir bieten dem Personal ein umfassendes internes Fortbildungsprogramm mit der zusätzlichen Unterstützung externer Fort- und Weiterbildungen, Seminaren und Kongressen. Abteilungsbezogene Kurzfortbildungen in den Übergaben bieten sich als Plattform zur Weitergabe von extern erworbenem Wissen einzelner Mitarbeiter zum Team an. Jede Abteilung verfügt über Fachliteratur in Form von Büchern und Fachzeitschriften, und jedem Mitarbeiter steht zudem die Nutzung des Internets frei.

Im Rahmen des Lean-BSC Prozesses sowie dem vierperspektivischen Aufbau der BSC mit einer Markt-/Kundenperspektive sind generell zukunftsorientierte Ausrichtungen unter Berücksichtigung von Marktdaten und deren Entwicklung Bestandteil unserer Unternehmensentwicklung. Spezifisch richtet sich unser Fokus auch im Rahmen unserer Philosophie auf zu identifizierende Versorgungslücken. Innovationen werden oft durch Lerneffekte, durch neu erworbenes Wissen oder externe veränderte Bedingungen im Zuge des kommunikativen Austauschs außerhalb und innerhalb der Sitzungen gefunden. Mit dem Management der hieraus entstandenen Projekte ist eine speziell ausgebildete und erfahrene Mitarbeiterin betraut. Projekte und Innovationen werden durch den Mitarbeiter-Newsletter kommuniziert.

Eine Grundlage für Innovationen bildet das Ideen- und Verbesserungsmanagement. Innovative Tätigkeit wird zudem durch Impulse der Geschäftsführung gefördert.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Die Organisationsstruktur des Qualitätsmanagements ist aus der Aufbaustruktur der Einrichtung abgeleitet und schriftlich fixiert. Eine Qualitätsmanagerin sowie eine Qualitätsbeauftragte sind benannt und als

Stabstelle etabliert. Hauptaufgaben sind die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements nach den Anforderungen des Unternehmens unter Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben und in Anlehnung an die wesentlichen Punkte des TQM. Zentrales Gremium ist der installierte Steuerkreis, der hauptverantwortlich für die Ableitung und Ziel-Planung des QM-Systems ist. Die Qualitätspolitik und Qualitätsziele orientieren sich an: Unternehmensstrategie, Philosophie, Leitbild, Bedürfnissen und Erwartungen aller Kunden/Bereiche und gesetzlichen Anforderungen.

Im Mittelpunkt stehen der Rehabilitand und unsere Mitarbeiter. Die organisatorische Einbindung aller Bereiche ist durch den interdisziplinären Organisations- und QM-Zirkel gewährleistet, bei dem jeder interessierte Mitarbeiter teilnehmen kann. Die Gesamtverantwortung liegt bei der Geschäftsführung. QM-relevante Themen werden den Mitarbeitern der entsprechenden Abteilungen per Mail oder Intranet übermittelt und sind Bestandteil des Newsletters. Zudem ist ein Ideen- und Verbesserungsmanagement etabliert.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Das Prozessmanagement wird anhand einer Prozesslandkarte visualisiert. Beschrieben sind die Prozesse in mehreren ineinandergreifenden Konzepten, welche eine bildhafte Vorstellung der Einrichtung, ihre Entwicklung, Ziele, Arbeitsabläufe und Verfahren vermitteln. Das Gesamtkonzept ist eine Zusammenführung aller existierenden Konzepte und gibt Aussagen zur Trägerstruktur und den Rahmenbedingungen. Prozess-, Verfahrens und Arbeitsanweisungen runden die Konzeptionen ab. Die Aufbauorganisation ist im Organigramm festgelegt, die Organisationsstruktur eindeutig geregelt. Die Überwachung und Weiterentwicklung der Prozesse erfolgen durch die regelmäßige Evaluation der schriftlichen Regelungen sowie durch Begehungen und Sitzungen. Die Kommunikationsstrukturen sind in einer Matrix verbindlich festgelegt. Unsere Mitarbeiter sind bereichsübergreifend durch die Arbeit im interdisziplinären Organisations- und QM-Zirkel sowie in Arbeits- und Projektgruppen eingebunden. Die Ergebnisse aller Überprüfungen werden an die Abteilungen schriftlich kommuniziert.

6.2.1 Rehabilitanden / externe Kooperationspartner / Kunden

Für die Geschäftsführung ist die Qualität ein strategischer Erfolgsfaktor, der im Rahmen von Befragungen und deren Bewertung messbar dargestellt werden kann. Die Zufriedenheit der Rehabilitanden und Angehörigen ist und ein wichtiges Anliegen.

Es werden rehabilitandenspezifische Scores zur Beurteilung der Outcome-Qualität genutzt und kontinuierlich Befragungen durchgeführt, die sich auf spezielle Bedürfnisse der Rehabilitanden, Angehörigen, Externen und Anforderungen an die interne Qualität beziehen. Die Auswertung erfolgt regelmäßig durch das Qualitätsmanagement. Die Ergebnisse werden transparent kommuniziert und dienen als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung und -verbesserung.

6.2.2 Mitarbeiterbefragung

Zufriedene, motivierte Mitarbeiter sind die Grundlage des Erfolges. Mitarbeiterbefragungen werden anlass- oder themenbezogen sowie im Austrittsinterview durchgeführt. Ziele der Befragungen sind die Ermittlung der Mitarbeiterzufriedenheit, das Erkennen von Verbesserungspotentialen sowie die Erarbeitung und Umsetzung daraus resultierender Maßnahmen. Die Ergebnisse werden transparent und zunehmend in digitaler Form kommuniziert.

6.3.1 Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Rehabilitanden und weiteren Externen

Wir sehen Kritik als Chance zur Verbesserung. Ein systematisches Lob- und Beschwerdemanagement (LBM) ist installiert. Für Mitarbeiterbeschwerden ist das Ideen- und Verbesserungsmanagement (IVM) etabliert. Zudem kann sich das Personal jederzeit mit Anliegen an die Leitung wenden. Das LBM- sowie IVM-Formular mitsamt Briefkästen liegen an zentralen Stellen aus. Die Abläufe sind schriftlich geregelt. Alle Anliegen werden umgehend bearbeitet, notwendige Korrekturmaßnahmen eingeleitet und zeitnah Rückmeldung gegeben. Lob wird per Aushang oder mündlich durch die Qualitätsmanagerin an die entsprechende Abteilung weitergeleitet. Die Ergebnisse der Auswertungen werden im MA-Newsletter sowie auf der Homepage veröffentlicht.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Qualitätsrelevante Daten werden anhand verschiedener Instrumente wie Begehungen (intern und extern), Audits, Statistiken und Befragungen erhoben und jährlich zielwertorientiert aufbereitet. Als Kriterien legen wir unser Qualitätssystem (angelehnt an TQM) und die definierten Qualitätsziele zugrunde. Die gewonnenen Daten werden analysiert, ggf. Korrekturmaßnahmen geplant und sukzessiv umgesetzt. Daraus resultieren unter Umständen eine Anpassung oder Neusetzung der Qualitätsziele bzw. Evaluation von Prozessen und/oder Abläufen. Transparent kommuniziert wird in Sitzungen, durch das Qualitätsmanagement, die Leitungen und Beauftragten sowie über unser MA-Newsletter und das Intranet.