



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 1.1 für Rehabilitationseinrichtungen

| | |
|--|---|
| Rehabilitationseinrichtung: | Cura-Med Süd-Warndt Klinik |
| Institutionskennzeichen: | 511002550 |
| Anschrift: | Fröbelweg 3 66352 Karlsbrunn/Großrosseln |
| Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: | 2016-0018 RH |
| durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle: | QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche |
| Gültig vom: | 20.04.2016 |
| bis: | 19.04.2019 |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Vorwort der KTQ® | 3 |
| Vorwort der Einrichtung | 5 |
| Die Kriterien | 10 |
| 1 Rehabilitandenorientierung in der Rehabilitationseinrichtung | 11 |
| 2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung | 16 |
| 3 Sicherheit in der Rehabilitationseinrichtung | 19 |
| 4 Informationswesen | 22 |
| 5 Führung der Rehabilitationseinrichtung | 25 |
| 6 Qualitätsmanagement | 29 |

Vorwort der KTQ[®]

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

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die 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 Rehabilitandenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Informationswesen,
- die Führung der Rehabilitationseinrichtung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich die Rehabilitationseinrichtung zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Experten aus Rehabilitationseinrichtungen besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung der Rehabilitationseinrichtung – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

¹ zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Dachverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.

Im Rahmen 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 der Rehabilitationseinrichtung das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte, Informationen über die betreffende Einrichtung in standardisierter Form veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung, die Strukturdaten sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges 1.1.

Wir freuen uns, dass die **Cura-Med Süd-Warndt Klinik** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Rehabilitanden 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.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Unsere Einrichtung



Die Entwicklung im Bereich der akut-intensivmedizinischen Versorgung in den Krankenhäusern zeigt, dass es zu einer Versorgungslücke im Bereich Dysphagie und Weaning nach Langzeitbeatmung mit desolaten Folgen für die Patienten kommt.

Der Faktor Zeit sowie fachkompetentes Personal spielen hierbei eine erhebliche Rolle. Beides hält die Cura-Med Süd-Warndt Klinik mit ihrer Frührehabilitation Phase B vor. Die Station verfügt über 15 intensivmedizinisch ausgestattete Bettplätze.

Unser Erfolg kommt aus der gemeinsamen Zielsetzung und dem daraus resultierenden Handeln in welchem wir uns gegenseitig achten und unterstützen. Der Einsatz von Technik und menschlicher Zuwendung ist für uns bei der Versorgung von Rehabilitanden in dieser Grenzsituation gleichermaßen wichtig.

In der Langzeitrehabilitation der Phase F versorgen wir seit 21 Jahren Rehabilitanden im apallischen Durchgangssyndrom/ Wachkoma. Schon zu Beginn der Erschaffung dieser Pflegeplätze sahen wir in unserem Tun viel mehr als Pflege und Rehabilitation. Durch Ganzheitlichkeit, Empathie, Individualität und Professionalität (und an Hand der steigenden Fachkraftquote) konnten wir Lebensqualität und somit Therapieerfolge in der Langzeitrehabilitation erreichen.

Ein wesentlicher Schwerpunkt in der Versorgung der Phase F ist die gänzlich individuelle, ressourcenorientierte Pflege, Therapie und Betreuung mit kontinuierlicher medizinischer Versorgung.

Durch die Zusammenarbeit aller Fachbereiche werden neue Perspektiven entwickelt und eine gewisse Kreativität gibt der Arbeit täglich neuen Schwung. Eine Balance und eine gewisse Stabilität in den einzelnen Versorgungsbereichen sind geschaffen und fördern das Wohlbefinden und den Genesungsprozess. Zusätzlich sehen wir dies als Innovatives und zukunftsorientiertes Arbeiten an.

Die Cura-Med Süd-Warndt Klinik GmbH hat im Saarland ein einzigartiges Angebot geschaffen, welches an die akut – intensivmedizinische Behandlung und neurologische Früh-Reha – Phase anknüpft, um die weiterführende, rehabilitativ ausgerichtete stationäre Therapie, Pflege und

fachärztliche Versorgung sicher zu stellen.

Mit diesem hochspezialisierten Leistungsspektrum schließen wir eine bedeutende Versorgungslücke im Bereich der neurologischen Langzeitrehabilitation und sind somit wesentlicher Bestandteil des saarländischen Rehabilitationskonzeptes.

Das erste saarländische Zentrum für Früh- und Langzeitrehabilitation (Phase B und Phase F) mit einer intensiv-medizinischen Weaning – Einheit, versorgt das Einzugsgebiet über den gesamten Südwestdeutschen Raum, die grenznahen Regionen in Frankreich sowie Luxemburg. Seit dem Jahr 2011 stehen unseren Rehabilitanden 15 Betten in der Frührehabilitation zur Verfügung. Unser interdisziplinär arbeitendes Team ermöglicht die Heilung von Gesundheitsschäden durch den Einsatz moderner Techniken und Methoden.

Die Klinik liegt im Zentrum des Naherholungsgebietes Süd-Warndt im Saarland.

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. Wir identifizieren Versorgungslücken und schließen diese professionell.

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.

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 sehen als Grundlage unseres Erfolges kontinuierliches Lernen und Weiterbilden.
- ⇒ Wir zeichnen uns durch eine verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit der medizinischen, pflegerischen sowie therapeutischen Fachabteilungen aus. Diese Zusammenarbeit versteht sich auch mit den nicht medizinischen Abteilungen.

innovativ und zielorientiert

- ⇒ In Veränderungen sehen wir grundsätzlich eine beständige Chance zur Weiterentwicklung und Verbesserung. Wir entwickeln uns stetig weiter.
- ⇒ Wir sind offen für neue Behandlungs-ansätze sowie –methoden. Wir gestalten aktiv und zielorientiert die rehabilitative Versorgung auch 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.

Verantwortungs-voll und ressourcen-orientiert

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

Unser Pflegeleitbild



Unser Ziel ist es, gemeinsam & motivierend auf allen Ebenen unseres Tuns zu handeln. Visionen und laufende Prozesse erreichen wir gemeinsam durch

Professionalität und Ganzheitlichkeit !

Unsere Zusammenarbeit ist das Ziel zum Erfolg.

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 existentiellen Erfahrungen (Krowinkel).
- ⇒ Uns ist die Balance zwischen technischem Einsatz und menschlicher Zuwendung gleichermaßen wichtig.
- ⇒ Es ist unser Ziel, jeden Rehabilitanden unter Berücksichtigung seiner physischen, psycho-sozialen und kulturell-religiösen Bedürfnisse individuell zu betreuen und zu pflegen.

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 Mitarbeiter.
- ⇒ Kritik wird als Chance zur Weiterentwicklung gesehen.

Innovativ und zielorientiert

- ⇒ Gute Personalpolitik durch gemeinsame Entscheidungen, Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird unterstützt.
- ⇒ Respektvoller wertschätzender Umgang.
- ⇒ Transparenz
- ⇒ Wirtschaftlich/ökologisches Verhalten
- ⇒ Einzigartigkeit in der Versorgung der Phasen B und F
- ⇒ Präsenz in der Öffentlichkeit
- ⇒ Partizipativer und kooperativer Führungsstil

Verantwortungs-voll und ressourcen-orientiert

- ⇒ Individuelle, ressourcenorientierte Pflege, Therapie und Betreuung mit kontinuierlicher medizinischer Versorgung.
- ⇒ Durch Ganzheitlichkeit, Empathie, Individualität und Professionalität steigern wir die Lebensqualität und erreichen damit Therapieerfolge in der Langzeit-rehabilitation
- ⇒ Integratives Pflegeangebot durch naturheilkundliche Verfahren
- ⇒ Pflegerische, medizinische, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen sind auf den Rehabilitanden abgestimmt und stehen im Einklang miteinander
- ⇒ 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-Kriterien

1 Rehabilitandenorientierung in der Rehabilitationseinrichtung

1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung/Therapie sind rehabilitandenorientiert

Nach schriftlicher/fernmündlicher Anmeldung durch die verlegende Klinik oder den Kostenträger werden in einem Arzt-Arzt-Gespräch medizinische Diagnosen, intensivmedizinischer Gesamtaufwand sowie mikrobiologische Kolonisation erfragt. Die medizinisch-relevanten Daten werden durch eine Checkliste erfragt.

In besonders schwierigen Fällen kann eine Visite durch Arzt und Pflegepersonal der SWK beim Rehabilitanden in der verlegenden Klinik stattfinden.

Nach Kostenübernahmeerklärung durch die Kostenträger erfolgt die Aufnahme des Rehabilitanden in unserer Klinik. Es besteht die Möglichkeit, sich im Internet und in der Broschüre umfangreich zu informieren und ggf. eine Klinikbesichtigung zu vereinbaren.

1.1.2 Orientierung in der Rehabilitationseinrichtung

Bei der Ankunft von Neuaufnahmen werden die Rehabilitanden von Arzt, Pflegefachkraft und Atmungstherapeutin in Empfang genommen. Die Rehabilitandenzimmer sind nummeriert und beschriftet. Die Mitarbeitenden sind angehalten bei der Orientierung im Hause zu unterstützen. Ein Leitsystem ist am Haus angebracht.

1.1.3 Rehabilitandenorientierung während der Aufnahme

Durch eine geplante Vorlaufzeit ist eine strukturierte und rehabilitandenorientierte Aufnahme gewährleistet. Das Rehabilitandenzimmer wird individuell vorbereitet und auf die Bedürfnisse des Rehabilitanden ausgestattet. Die Rehabilitanden werden vom Rettungsdienst auf die Station gebracht. Dort werden sie persönlich von einem Arzt, der zuständigen Pflegekraft und der Atmungstherapeutin in Empfang genommen.

1.1.4 Ambulante Rehabilitandenversorgung

In unserer Reha-Klinik werden keine ambulanten Leistungen angeboten.

1.2.1 Ersteinschätzung

Es existieren ausführliche Anamneseformulare, welche neben soziometrischen Daten Fragen zum Gesundheitszustand, sozialen und kulturellen Umfeld, Gewohnheiten und Glaubensfragen beinhalten. Vorbefunde der verlegenden Klinik fließen in die Anamneseerhebung mit ein. Gespräche mit Angehörigen werden zur Wahrung des Datenschutzes und der Intimsphäre im Büro der Abteilungsleitung oder Arztzimmer geführt.

Erwartungen und Wünsche von Rehabilitanden und deren Angehörigen werden mit den vorhandenen Möglichkeiten abgeglichen, regelmäßig kommuniziert, dokumentiert und in hohem Maße berücksichtigt.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

Vorbefunde werden seitens der verlegenden Klinik in Schriftform vorab zur Verfügung gestellt und sind Teil unserer Aufnahme-Checkliste. Die vorliegenden Vorbefunde gehen in die weitere intensivmedizinische Therapie sowie in die Planung der Rehabilitation (Rehabilitationsziele) mit ein. Diese werden in Papierform und über EDV an andere Fachbereiche weitergeleitet und sind dem autorisierten Personenkreis jederzeit zugänglich.

1.2.3 Festlegung des Rehabilitationsprozesses

Nach Erhebung der Anfangsbefunde werden individuelle Rehabilitationskonzepte mit Nah- und Fernzielen mündlich und schriftlich festgelegt. Die Ziele sind berufsgruppenübergreifend formuliert, werden in regelmäßigen Teamgesprächen evaluiert und EDV-gestützt dokumentiert. Die Ziele des gesamten Rehabilitationsprozesses werden mit den Rehabilitanden oder den betreuenden Angehörigen besprochen und abgestimmt.

1.2.4 Integration von Rehabilitanden in die Behandlungs-/Therapieplanung

Der Rehabilitand wird unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen in die Planung zur Erreichung des Rehabilitationsziels sowie alternativer Möglichkeiten z.B. häusliche Integration mit eingebunden. Bei ablehnender Haltung erfolgen zusätzliche Erläuterungen und motivierende Gespräche. Sowohl bei der Therapieplanung als auch bei Ablehnung von Therapien wird der Rehabilitandenwunsch respektiert. Sprachliche, kulturelle und religiöse Besonderheiten werden respektiert und finden Berücksichtigung.

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Rehabilitation

Die Rehabilitation wird durch die enge Zusammenarbeit aller am Rehabilitationsprozess Beteiligten unter Berücksichtigung aktueller Standards und Leitlinien sichergestellt. Wir verfügen über eine 100 % Facharzt- und Pflegefachkraftquote, die ärztliche Anwesenheit ist über 24 Stunden gesichert. Es existiert ein breites therapeutisches Spektrum durch das eine medizinisch nicht medikamentöse Therapie des Rehabilitanden sichergestellt ist.

Durch die Kooperation mit einer Akutklinik ist die Versorgung in den Bereichen Apotheke, Labor und Geräteaufbereitung rund um die Uhr gesichert. Darüber hinaus existiert in der Klinik ein angemessener Vorrat an Medikamenten und Hilfsmitteln.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Die Diagnostik und Therapie in der Klinik erfolgt leitlinienkonform. Medizinische Leitlinien finden in der Einrichtung Anwendung und stehen den Anwendern in digitalisierter Form zur Verfügung. Auf der Basis von Leitlinien (AWMF, DGP, RKI) werden (Intensiv-) medizinische Therapiestandards entwickelt. Sie werden ständig auf Aktualität überprüft und ggf. angepasst. Die existierenden Therapiestandards in allen rehabilitativen Therapieformen basieren auf den BAR- und KTL-Anforderungen.

In der Pflege wird sich an Expertenstandards orientiert und ständig auf Aktualität überprüft.

1.3.3 Rehabilitandenorientierung während des Therapieaufenthaltes

Beim Aufnahmegespräch werden die Rehabilitanden mündlich und schriftlich über Versorgung und Angebote der Einrichtung informiert. In täglichen Gesprächen im Rahmen der stationären Visite oder bei Bedarf werden der aktuelle Status und die Zielsetzung des therapeutischen Teams besprochen. Die Wünsche bzw. Ziele des Rehabilitanden werden so weit wie möglich in die Therapie mit einbezogen. Bei den Rehabilitanden-zimmern handelt es sich um vollausgestattete Intensivbettplätze mit Reha-Charakter (Fernseher, WLAN) in moderner Ausstattung. Die Zimmer, mit direkt angeschlossener sanitärer Einrichtung, sind barrierefrei.

1.3.4 Rehabilitandenorientierung während des Therapieaufenthaltes: Ernährung

Da bei den meisten Rehabilitanden eine Schluckstörung vorliegt, wird die Nahrung nach dem Erstbefund der Logopädie an die Leistungen und Fähigkeiten angepasst. Die Speisepläne werden von der Küchenleitung erstellt, diese wiederholen sich alle 6 Wochen. Die Einrichtung wird von einem externen Dienstleister versorgt. Die Rehabilitanden können zwischen zwei Menüs wählen. Durch festgelegte Essenzeiten, die nicht mit therapeutischen Maßnahmen oder Visitenzeiten kollidieren, nehmen die Rehabilitanden ihre Mahlzeiten in Ruhe in ihren Zimmern ein.

1.3.5 Koordinierung des Therapieaufenthaltes

Die Behandlungsplanung erfolgt bei Aufnahme des Rehabilitanden und wird täglich angepasst und dokumentiert.

Interne Untersuchungen bzw. diagnostische Maßnahmen werden in Absprache mit Pflege und Therapeuten kurzfristig durchgeführt. Für externe Diagnostiken werden Terminabsprachen mit den jeweiligen Kliniken getroffen.

Ein neurologisch-psychiatrischer Konsiliararzt unterstützt bei psychiatrischen Notfallsituationen. Durch qualifiziertes Personal in allen Fachbereichen sind interdisziplinär Möglichkeiten bei Kriseninterventionen gewährleistet.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: chirurgische Eingriffe

In unserer Reha-Klinik werden keine chirurgischen Eingriffe angeboten.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung

In der Einrichtung finden regelmäßig strukturierte Besprechungen durch die tägliche Dienstübergabe (Ärzte, Abteilungsleitung, Case-Managerin, Therapeuten) sowie bei wöchentlichen Teamsitzungen statt. Im Rahmen diverser täglicher Besprechungen werden Fallbesprechungen durchgeführt, Maßnahmen festgelegt und im multiprofessionellen Team kommuniziert.

Konsiliarische Leistungen werden in mündlicher und schriftlicher Form kommuniziert.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung: Visite

Die Visiten sind zeitlich terminiert. Die Visite findet gemeinsam durch ärztliches und pflegerisches Personal und je nach Fragestellung mit Therapeuten statt. Aufgrund der intensivmedizinischen Struktur besteht jederzeit die Möglichkeit Fachpersonal aus anderen Bereichen hinzuzuziehen. Die Ergebnisse werden auf der Tageskurve sowie im Rehabilitandenverlauf in Schriftform bzw. in digitalisierter Form durch den Arzt und die Pflegekraft dokumentiert.

1.3.9 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung: Sozialmedizinische Beurteilung/Leistungsbeurteilung/berufliche Situation

Sozialmedizinisch relevante Faktoren werden im Anamnesegespräch erhoben und im Anamneseprotokoll schriftlich dokumentiert. Bei den wöchentlich stattfindenden Therapiegesprächen aller Berufsgruppen finden sozialmedizinische Aspekte Anwendung, insbesondere bei der Überleitung durch die Case-Managerin. Unser Ziel ist es eine soziale (Re-)Integration soweit wie möglich zu erreichen. Die Therapieplanung wird täglich der Entwicklung des Rehabilitanden angepasst. Rehabilitationsschritte und -ziele werden überprüft und modifiziert.

1.3.10 Kooperation mit allen Beteiligten der Rehabilitandenversorgung: Sozialmedizinische Beurteilung/häusliche Situation

Bei der Überleitung in eine Pflegeeinrichtung oder Eingliederung in die Familie wird unter Einbeziehung relevanter Kontextfaktoren eine intensive Begleitung und persönliche Beratung gewährleistet. Im Rahmen einer nahtlosen Überleitung wird die Entlassung frühzeitig geplant, die Versorgung angepasst und durch die Case-Managerin koordiniert und geleitet.

1.4.1 Entlassung und Verlegung

Die Verlegung in eine weiterführende Rehabilitationseinrichtung und die anschließende Versorgung dort wird mit den Angehörigen /Betreuern und dem Rehabilitanden rechtzeitig besprochen, relevante Möglichkeiten diskutiert. Nach Festlegung der weiteren Versorgung (häusliche Pflege, Pflegeeinrichtung, weiterführende Rehabilitationseinrichtung) erfolgen seitens der Ärzte bzw. der Case-Managerin die Kontaktaufnahme und die Koordination.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Rehabilitanden in einen anderen Versorgungsbereich

Unsere Rehabilitanden erhalten bei Entlassung Abschlussberichte (Therapeuten, Ärzte) und vom pflegerischen Team einen ausführlichen Pflegeüberleitungsbogen. Durch die Case-Managerin findet im Vorfeld mündlich ein Informationsaustausch statt.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

Die Sicherstellung der Weiterbetreuung ist ein kontinuierlicher Prozess, der mit der Aufnahme beginnt und ständig im interdisziplinären Team evaluiert wird. Die Case-Managerin nimmt zeitnah Kontakt zum weiterbehandelnden Betreuungsteam auf und bleibt mit diesem bis zur Entlassung in engem Kontakt. Erst nach Abschluss aller notwendigen Vorbereitungen erfolgt eine Entlassung/Überleitung, um eine nahtlose Weiterversorgung ohne Verlust der in der Klinik erreichten Therapieziele zu gewährleisten.

2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Bereitstellung qualifizierten Personals

Die Planung und der Einsatz der Mitarbeiter in der Cura-Med Süd-Warndt Klinik GmbH erfolgt in Abhängigkeit von der Unternehmensplanung unter Berücksichtigung des Versorgungsauftrages. Wir halten in allen Bereichen zur optimalen Versorgung unserer Rehabilitanden qualifiziertes Personal vor.

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Ziel der Personalentwicklung in der Einrichtung ist, neben dem Aufbau einer unternehmensspezifischen Fachkompetenz und der Förderung eines hohen Qualifikationsniveaus, die Mitarbeiterbindung zur Klinik zu stärken und ein positives Leistungsklima zu schaffen, um somit eine überdurchschnittliche Versorgung unserer Rehabilitanden zu gewährleisten. Zu den Maßnahmen zählen vor allem eine systematische Einarbeitung, ein bedarfsorientiertes Fortbildungsangebot sowie eine anspruchsvolle Karriereförderung auf Fach- und Führungsebene.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

Durch die besondere Unternehmenskonzeption setzten wir einen Fachärztestandard von 100% voraus. Wir setzen in der Pflege eine 100% Fachkraftquote voraus und darüber hinaus wird eine Fachkraftquote zu 30% in der Weiterbildung Intensivmedizin angestrebt. Der Einsatz unserer Mitarbeiter erfolgt entsprechend ihrer Qualifikation. Maßnahmen zur Förderung werden kontinuierlich umgesetzt.

2.2.3 Fort- und Weiterbildung

Die Einrichtung sorgt für ein systematisches und kontinuierliches Fortbildungsangebot, das auf die spezifischen Anforderungen der Klinik und die Bedürfnisse der Mitarbeiter abgestimmt ist. Wir bieten unseren Mitarbeitern ein umfassendes internes Fortbildungsprogramm mit der zusätzlichen Unterstützung externer Fort- und Weiterbildungen, Seminare und Kongresse. Die jährliche Bedarfsermittlung, aber auch die kurzfristige Einbindung aktueller Themen im laufenden Fortbildungsplan, unterliegt unserer Fortbildungskonzeption sowie einem ständigen Verbesserungsprozess.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Das Fort- und Weiterbildungsbudget richtet sich nach der strategischen Ausrichtung innerhalb des Fünf-Jahres-Plans sowie nach den aktuellen Umsatzzahlen. Die Beantragung einer externen Fort-/ Weiterbildung erfolgt durch den Mitarbeiter und wird durch die Geschäftsführung genehmigt. Am angebotenen internen Fortbildungsangebot können die Mitarbeiter kostenfrei teilnehmen.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

In der Einrichtung existieren mehrere Räumlichkeiten mit entsprechender Tagungstechnik, die für Veranstaltungen, Seminare und Fortbildungen genutzt werden. Eine arbeitsplatzbezogene Grundausstattung an Fachliteratur, bestehend aus diversen Fachbüchern und Fachzeitschriften, steht den Mitarbeitern in den Abteilungen zur Verfügung. Über eine aktuelle Bestandsliste ist erfasst, welche Fachliteratur derzeit wo im Bestand ist. Ein Internetzugriff für Recherchezwecke steht für alle Mitarbeiter bei Bedarf an verschiedenen Arbeitsplätzen zur Verfügung.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten
In unserer Reha-Klinik bieten wir keine Ausbildung an.

2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

Die Geschäftsführung orientiert sich beim Führungsstil an den Führungsprinzipien des Harzburger Modells. Dieses prägen zwei Elemente – zum Ersten die „Stellenbeschreibung“: Hier wird das Arbeitsfeld der Mitarbeiter abgegrenzt und damit der Rahmen für eigenverantwortliches Handeln geschaffen.

Zum Zweiten durch die Festlegung von Führungsgrundsätzen im Unternehmensleitbild wird das Verhältnis zwischen Vorgesetztem und seinen Mitarbeitern geregelt.

Es wird gemeinsam an den Zielen gearbeitet. Ein wichtiger Bereich ist das innerbetriebliche Vorschlagswesen.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Grundlage der Arbeitszeitgestaltung ist das geltende Arbeitszeitgesetz. In der Einrichtung existieren je nach Bereich unterschiedliche Arbeitszeitmodelle. Die Arbeitszeiten der Mitarbeiter werden anhand des EDV-gestützten Dienstplanprogrammes monatlich geplant und erfasst. Mitarbeiterwünsche finden Berücksichtigung.

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Eine systematische und effiziente Vorbereitung auf das Tätigkeitsfeld erfolgt in der Pflege durch Unterstützung eines ausgebildeten Praxisanleiters anhand eines strukturierten systematischen Einarbeitungskonzeptes, ergänzt durch eine ausführliche Willkommensmappe. Anhand des Konzeptes kann während der Einarbeitungsphase gezielt auf den Entwicklungsstand des Mitarbeiters eingegangen werden. Am Ende einer Einarbeitungsphase findet ein Abschlussgespräch mit anschließender Beurteilung statt.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

Die Förderung und Umsetzung von Mitarbeitervorschlägen und Ideen zur Optimierung ist durch ein Verfahren zu einem strukturierten Vorschlagwesen geregelt und wird durch die jeweiligen Leitungen und die Geschäftsführung bei positiver Bewertung unterstützt. Ein Wunsch- und Beschwerdemanagement, mit dem Ziel eine höchstmögliche Zufriedenheit und Bindung der Mitarbeiter an die Einrichtung zu erzielen, ist eingerichtet.

3 Sicherheit in der Rehabilitationseinrichtung

3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

Ärztliche- und arbeitsmedizinische Vorsorge sind durch einen externen Betriebsarzt gesichert. Bei Arbeitsunfällen wird eine primäre Untersuchung, ggf. Therapie durch Ärzte des Hauses gewährleistet. Die vorgeschriebenen Geräteprüfungen werden regelmäßig durchgeführt. Es finden regelmäßig Unterweisungen und Schulungen der Mitarbeiter zu Themen des Arbeitsschutzes statt.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

In allen erforderlichen Bereichen der Klinik sind die Flucht- und Rettungswegpläne ausgehängt. Die Anfahrtswege und Freihalteflächen der Feuerwehr sind ausgeschildert. Der mit der Feuerwehr überarbeitete Evakuierungsplan liegt in jedem Stationszimmer aus und ein Alarmierungsplan ist neben der Brandmeldezentrale ausgehängt.

3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

Die Klinik ist nicht in den Katastrophenschutzplan des Landes eingebunden. Das Notstromaggregat wird monatlich überprüft, sodass eine Versorgung der Klinik auch bei einem allgemeinen Stromausfall gewährleistet ist. Die Technische Abteilung stellt eine Rufbereitschaft, die gewährleistet, dass bei einer technischen Störung ein Techniker zeitnah vor Ort ist.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Es existiert ein Notfallplan, welcher in der Klinik in Schriftform zur Verfügung steht und diemaßgeblichen Zuständigkeiten regelt. Das Notfallteam rekrutiert sich aus dem diensthabenden Facharzt und Fachpersonal der Klinik. Ein Notfallwagen mit Defibrillator und Beatmungsgerät steht in der Klinik bereit. Notfallschulungen incl. Notfalltraining werden zweimal im Jahr angeboten. Die Schulungen sind für das Personal verpflichtend und müssen einmal pro Jahr besucht werden.

3.1.5 Gewährleistung der Rehabilitandensicherheit

Die Rehabilitandensicherheit hat in unserer Klinik einen sehr hohen Stellenwert. Erkennbare umgebungs- und personenbezogene Sicherheitsrisiken werden sofort beseitigt. Bei Eigengefährdung kommen freiheitsentziehende Maßnahmen nur unter Würdigung der amtsrichterlichen Freigabe in Betracht. Untersuchungen und Eingriffe mit intensivmedizinischer Fragestellung werden grundsätzlich durch Fachpersonal durchgeführt.

3.2.1 Organisation der Hygiene

Die Hygienebeauftragten (ärztlicher und pflegerischer Bereich) unserer Einrichtung überwachen die medizinische Umsetzung der Richtlinien und Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes zur Prävention und Kontrolle von Infektionen. Die Hygienerichtlinien werden im Rahmen von Fortbildungen und hausinternen Arbeits- und Verfahrensanweisungen vermittelt. Alle Mitarbeiter haben Zugang zu den entsprechenden hygienischen Arbeits- und Verfahrensanweisungen.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden die relevanten Daten auf der Basis der RKI-Richtlinien und dem Infektionsschutzgesetz erfasst und in Zusammenarbeit mit Gesundheitsamt und dem mikrobiologischen Labor bewertet. Die dazu erforderlichen Verfahrensanweisungen existieren.

Eine Überarbeitung der Surveillance der nosokomialen Infektionen erfolgt im Jahr 2016.

3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

Die Planung und medizinische Umsetzung hygienesichernder Maßnahmen obliegt dem hygienebeauftragten Arzt, der hygienebeauftragten Pflegekraft sowie den Leitungen der beteiligten Bereiche. Der hygienebeauftragte Arzt ist zusammen mit dem Chefarzt der Klinik Ansprechpartner des zuständigen Gesundheitsamtes. Die allen Mitarbeitern verfügbaren entsprechenden Richtlinien werden nach Analyse relevanter Daten und im Rahmen von inner- und außerbetrieblichen Fortbildungen aktualisiert und intensiviert.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Für die Einhaltung der Richtlinien des Robert-Koch-Institutes und klinikspezifischer Hygienerichtlinien sind die hygienebeauftragten Personen sowie die Leitungen der betroffenen Bereiche verantwortlich. Durch regelmäßige Begehungen durch den hygienebeauftragten Arzt und der hygienebeauftragten Pflegekraft sowie Fortbildungsveranstaltungen wird eine effektive Prävention von Infektionen sichergestellt. Die Hygienebeauftragten sind primäre Ansprechpartner für Fragen der Hygiene von Mitarbeitern aus allen Bereichen.

3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

Die kontinuierliche Versorgung in der Einrichtung mit Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten ist durch Kooperation mit einer externen Klinik und der Vorhaltung eines 24 Stunden- Hol- und Bringendienstes gewährleistet.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Die Sicherheit in der Pharmakotherapie genießt in unserer Einrichtung hohe Priorität. Der Anforderungsweg ist mit der kooperierenden Apotheke und dem Abteilungsablauf geregelt. Medikamente die über PEG gegeben werden, werden separat aufgelöst und verabreicht. Bei i.v.-Medikamenten werden besondere Inkompatibilitäten berücksichtigt. Etwaige Nebenwirkungen auf Arzneimittel werden durch geschultes Fachpersonal erkannt, welches sofortige Gegenmaßnahmen einleitet.

3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten

Die Applikation von Blut und Blutprodukten ist durch Verfahrensanweisungen geregelt und obliegt ausschließlich dem behandelnden Facharzt. Sie wird gemäß dem Transfusionsgesetz durchgeführt.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Die technischen Medizinprodukte werden von der technischen Leitung bereitgestellt. Diese koordiniert auch die erforderlichen Prüfungen und Wartungen der technischen Medizinprodukte. Die Prüfungen und Wartungen der Geräte werden von der technischen Leitung oder autorisierten Fachfirmen durchgeführt. Die Einweisung des Personals wird von der technischen Leitung, Gerätebeauftragten und autorisierten Personen durchgeführt.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Der in der Klinik anfallende Müll wird getrennt und dem Wertstoffkreislauf zugeführt. Gefahrenstoffe bzw. Sondermüll werden über entsprechende Fachfirmen entsorgt. Zur Reduzierung des Trinkwasserverbrauchs werden die Toilettenanlagen und die Pflege der Parkanlage mit Regenwasser betrieben. Es werden Verhandlungen mit Lieferanten geführt um Umverpackungen von Ein- auf Mehrweg umzustellen. Ein Energiespar- und Abfallwirtschaftskonzept wird umgesetzt.

4 Informationswesen

4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Rehabilitandendaten

Die Dokumentation wurde hausintern berufsgruppenübergreifend entwickelt und existiert einerseits in schriftlicher und andererseits in elektronischer Form. Sie orientiert sich an den gesetzlichen Vorgaben. Die Dokumentation steht allen an der Behandlung des Rehabilitanden Beteiligten jederzeit zur Verfügung. Nach der Entlassung werden die Dokumente zur Archivierung im Arztsekretariat abgegeben.

4.1.2 Dokumentation von Rehabilitandendaten

Die Rehabilitandendokumentation erfolgt in Papierform und EDV-gestützt. Die Rehabilitandenakte wird gemeinsam von allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen genutzt. Maßnahmen der Rehabilitandenbehandlung werden zeitnah, vollständig, korrekt und für sachkundige Dritte nachvollziehbar dokumentiert. Die ärztliche sowie die pflegerische Dokumentation werden regelmäßig überprüft.

4.1.3 Verfügbarkeit von Rehabilitandendaten

Die aktuelle Tageskurve befindet sich im Rehabilitandenzimmer und ist für Pflegepersonal, Ärzte und Therapeuten jederzeit zugänglich. Das Aktenverwaltungssystem befindet sich im Arztsekretariat/ Arztzimmer. Der Rehabilitandenordner mit pflegerlevanten Daten befindet sich in der Abteilung in einem abschließbaren Schrank. Der Zugriff auf die EDV-gestützte Dokumentation ist gemäß dem Berechtigungskonzept möglich. Die archivierten Rehabilitandenakten befinden sich im Arztzimmer und sind für zugriffsberechtigte Mitarbeiter zugänglich.

4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

In der Einrichtung bestehen mehrere Formen der Kommunikation und der Informationsweiterleitung. Durch regelmäßige berufsgruppenübergreifende Besprechungen, Anfertigen von Protokollen, Visiten und Dienstübergaben, internes E-Mail-System, Telefon und Aushänge ist eine kontinuierliche Weitergabe von Informationen sichergestellt. Bezeichnung, Teilnehmer, Zyklus, Dauer, Protokollpflicht sowie Ziel dieser Besprechungen sind in einer Kommunikationsmatrix aufgeführt. Zudem ist durch das Führen der Rehabilitandendokumentation ein wichtiges Instrument zur Informationsweitergabe gegeben.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

Dezentrale Auskunftsstellen sind in der Einrichtung das Arztsekretariat, die Verwaltung und außerhalb der Bürozeiten die Mitarbeiter der Abteilungen. Aufgabe aller Mitarbeiter ist es, auskunftssuchende Personen schnell und freundlich, unter Wahrung der Datenschutzbestimmungen, zu informieren.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Durch Internetpräsenz, Printmediale Präsenz, Veranstaltungsangebot für Angehörige, Betroffene, Bevölkerung (z.Z. Sommerfest, Tag der offenen Tür) und potentielle Mitarbeiter (z.Z. „Info-Tag“ für Krankenpflege- und Altenpflegeschulen) wird die Öffentlichkeit über die Einrichtung und ihr Angebot informiert. Die Rehabilitanden werden durch eine detaillierte Informationsbroschüre informiert.

4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

Alle Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht, welche Bestandteil des Arbeitsvertrages ist. Die Rehabilitandenaufnahme findet in der Regel als Einzelgespräch im Arztzimmer statt. Rehabilitandenbezogene Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen (BDSG) weitergegeben. Rehabilitandenakten befinden sich in der Verwaltung, Arztsekretariat sowie in der Abteilung unter Verschluss und sind autorisierten Personen zugänglich. Der Zugriff auf die elektr. Rehabilitandendokumentation ist passwortgeschützt.

4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

Alle Bereiche sind an das EDV- System angeschlossen. In verschiedenen Abteilungen werden bereichsspezifische Programme eingesetzt. Jeder Arbeitsbereich hat seine eigene, passwortgeschützte Domäne. Der Zugang zum System ist zeitlich uneingeschränkt möglich. Über ein E-Mail-Dienst Programm mit Organisationstools ist die Informationsweitergabe und der Informationsaustausch gewährleistet.

5 Führung der Rehabilitationseinrichtung

5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

Nach der Erstellung einer unabhängigen strategischen Zielplanung wurde neben den Erfolgsfaktoren der Einrichtung von der Geschäftsführung mit Rücksprache oberster Führungskräfte in Strategie Meetings überprüft, ob das bestehende Leitbild bei der geplanten dynamischen Ausrichtung eine zentrale Grundlage bilden könnte. Fragestellung war auch, ob eine leichte Verständlichkeit und Identifikation der Mitarbeiter besteht und auf alle Handlungsebenen intern und extern gelebt wird. Die Defizite des bestehenden Leitbildes wurden sukzessiv im Rahmen der Arbeit mit Mitarbeitern und Gremien von der Geschäftsführung neu geformt und bei den Führungskräften auf Akzeptanz geprüft. Ab 2016 wird das neue Leitbild mit daraus abgeleiteten Grundsätzen als Grundlage im Unternehmen umgesetzt. Jeder Mitarbeiter erhält eine eigene Fassung. Des Weiteren ist das Leitbild in Informationsbroschüren, Begrüßungsmappen für Rehabilitanden/Angehörige und per Aushang jederzeit einzusehen. Der Leitsatz ist auf externen Kommunikationsformen zu ersehen.

5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

Ausgangspunkt sind analytische Daten mit Abweichungsanalysen und mehrjährigen Planzahlen, die wöchentlichen Sitzungen mit den Direktionen sowie die leitlinienbezogene Zielausrichtung der Klinik. Nach einer strategischen Planungstätigkeit, werden mit den Direktionen die strategischen Ziele auf operative Ziele herabgebrochen. Gemeinsam mit dem Führungsteam wird hierarchisch ein Zielsystem mit Maßnahmen und Mittel vereinbart. Werden medizinische/therapeutische Bereiche betroffen, wird intradisziplinär mit den Führungskräften in Teams nach Lösungen und Anpassungen gesucht. Es erfolgt eine mehrperspektivische Lean-BSC angelehnte Zielplanung mit Top-Down und Bottom-Up-Effekten. Die Ziele wurden im Rahmen einer großen Betriebsversammlung gemeinsam mit den Führungskräften kommuniziert. Die Überprüfung erfolgt kennzahlen- und messgrößenbasiert anhand von Zielwertabweichungsanalysen, sowie spezifischer Abweichungsanalysen im Rahmen der betriebswirtschaftlichen Auswertung.

5.2.2 Festlegung der Einrichtungsprozesse

Die Aufbauorganisation muss der Größe, Gesellschaftsform sowie strategischen Ausrichtung und dem entsprechenden neuen Managementmodell (von der Zentralisierung zu einer Dezentralisierung der Führungsverantwortung mit Handlungs- und Entscheidungsspielrahmen) gerecht werden. Es sind Effekte zu erhalten, die zu den Erfolgsfaktoren des Unternehmens gehören, wie z.B. kurze Wege, schnelle Reaktionsfähigkeit; hohe pflegerische und medizinische Qualität. Anpassungen in der Führungsstruktur sowie Kommunikationsflüsse sind sukzessiv zu verfolgen, bevor das von der Geschäftsführung erstellte Organigramm auf Akzeptanz geprüft wird. Untermuert wird das Organigramm durch Entscheidungs- und Handlungsmatrizen sowie den entsprechenden Stellenbeschreibungen. Der Kommunikationsaufbau ist an die hierarchische Struktur des Organigramms angelehnt und festgelegt. Stellenbeschreibungen und abgeleitete Strukturen (Prozesse) dienen der Verbindlichkeit der Organisation.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

Nach der strategischen Ausrichtung werden mindestens drei Jahre auf Basis von Vergangenheitswerten, analytischen Prognosen wie Inflation, Preis- und Lohnsteigerungen im Voraus durchgängig geplant und das Unternehmen insgesamt dargestellt. Je nach Anforderung oder Risikoreichtum der verfolgten Ziele werden die Zahlen von einem unabhängigen Berater plausibilisiert.

Die Investitionsplanung erfolgt zielorientiert mit einer prozentualen Planungssicherheit. Je nach Schwerpunkten des Jahresziels werden Liquiditätsplanung oder andere Teilplanungen fokussiert. Insgesamt verfolgen wir eine Gesamtplanung mit den entsprechenden betriebswirtschaftlichen Teilplänen.

5.3.1 Sicherstellung einer effizienten Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

Die Arbeitsweise der Kommissionen und Gremien ist für 2016 in einer Geschäftsordnung geregelt und wird unterstützt durch strukturgebende Maßnahmen, wie die Kommunikationsmatrix und Protokolle.

Es gibt eine Geschäftsordnung für die Arbeitsweise in den in der Einrichtung vorhandenen Kommissionen und Gremien sowie Räte. Geregelt sind: die Zusammensetzung, Aufgaben, Aufgabenverteilung der Einzelnen, Beschlussfassung unter Einbezug eventueller rechtlicher Aspekte. Alle darin aufgeführten Gremien, Kommissionen ist die Geschäftsordnung vorgestellt und dazu per Unterschrift bekannt. Die Geschäftsordnung ist in allen Abteilungen einzusehen.

5.3.2 Sicherstellung einer effizienten Arbeitsweise innerhalb der Einrichtungsführung

Bei Übernahme durch die neue Geschäftsführung wurde unverzüglich mit einer sukzessiven Dezentralisierung und Aufbau einer Führungshierarchie mit einer Vermischung von Managementkonzeptionen Management by objektiv und Management bydelegation der Führungsverantwortung mit Zielorientierung und definiertem Handlungs- und Entscheidungsrahmen begonnen. Um zusätzlich Kompetenzen und zusammenhängende Abteilungen zu clustern sowie den strategischen Herausforderungen operativ gerecht zu werden, existiert eine pflegerische und medizinische Direktion. Diese arbeiten gerade an der operativen Umsetzung sowie der Mitwirkung an der strategischen Ausrichtung. Sitzungen sind in der Kommunikationsmatrix definiert, Managemententscheidungen werden durch die hierarchische Führungs- und Kommunikationsstruktur heruntergebrochen weitergegeben.

5.3.3 Information der Einrichtungsführung

Aufgrund der Einrichtungsgröße ist es möglich, direkt mit der GF und/oder Direktionen formlos zu kommunizieren. Durch die Einbindung in verschiedene Gremien, Kommissionen und Sitzungen, erhalten Geschäftsführung und Direktionen Informationen über Projekte, Vorgänge, Entwicklungen und Abweichungen. Betriebswirtschaftlich werden zielorientiert und gesamtunternehmensorientiert Zahlen durch Finanzen und Personal zusammenfassend aufbereitet. Durch die Direktionen werden strukturelle Geschehnisse in ihren Bereich weitergetragen. Ein zielorientiertes und gesamtunternehmerisches Reporting ist erarbeitet worden.

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

Vertrauensfördernde Maßnahmen sind in der SWK vertrauliche Mitarbeitergespräche, eine Führungskultur mit einer offenen und respektvollen Kommunikation. Hierarchische Strukturen können übersprungen werden, um ein vertrauensvolles Gespräch mit der Geschäftsführung zu führen. Ebenso ist ein Wunsch- und Beschwerdemanagement für Mitarbeiter oder Angebot eines „Ethikreis Mitarbeiter“ zum offenen Dialog bei kollegialen Missverständnissen installiert. Die interne Kommunikation wird durch die Kommunikationsmatrix gefördert sowohl berufsgruppenübergreifend als auch interdisziplinär. Alle Führungskräfte sind für ihre Mitarbeiter Ansprechpartner.

5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Die ethischen Problemstellungen werden im Rahmen eines Ethikreises bestehend aus Geschäftsführung, Direktionen und Psychologin behandelt. Der Ethikreis befasst sich unter Beachtung des Leitbildes mit der Lösung spezifischer gesamtunternehmerischer und konzeptioneller ethischen Ausrichtung des Unternehmens.

Des Weiteren gibt es einen aus dem Ethikreis abgeleiteten „klinischen Ethikreis“, der sich mit ethischen Fragestellungen bei Rehabilitanden und Angehörigen befasst. Ethische Problemstellungen bei Mitarbeitern werden durch einen „Ethikreis Mitarbeiter“ durch spezifische Besetzung im vertrauensvollen Kreis besprochen.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Rehabilitanden

In unserer Einrichtung erfahren Rehabilitanden multiprofessionelle Unterstützung in ihrer letzten Lebens- und Sterbensphase.

Sterbende erhalten nach Möglichkeit ein Einzelzimmer oder Mitrehabilitanden werden verlegt, so dass Angehörige in angemessener Atmosphäre Abschied nehmen können. Es werden Räumlichkeiten entsprechend vorbereitet, auf Wunsch werden religiöse Symbole (z.B. das christliche Kreuz) aufgestellt.

Nach Wunsch unterstützt ein Seelsorger und / oder Psychologin den Rehabilitanden und/ oder Angehörigen im Sterbeprozess.

Pflege, Medizin und Psychologin sorgen für eine angemessene Sterbebegleitung hinsichtlich räumlicher Gegebenheiten und zeitlicher Ressourcen.

Sterbebegleitung durch Angehörige ist möglich, wobei deren Wünsche berücksichtigt werden.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

In der interdisziplinären Leitlinie „Umgang mit Verstorbenen“ werden alle Handlungen und Maßnahmen detailliert aufgeführt. Entsprechend der Leitlinie erfahren Angehörige durch die Mitarbeiter der Abteilung und ggf. durch die Psychologin Begleitung durch Gespräche und Einbindung in die Versorgung des Verstorbenen. Sie erhalten ausreichend Zeit, sich vom Verstorbenen zu verabschieden. Die Mitarbeiter sorgen dabei für eine ruhige und geschützte Atmosphäre. Nach Möglichkeit befindet sich der Verstorbene in einem Einzelzimmer. Befinden sich Verstorbene bereits im Verabschiedungsraum, können Angehörige sich auch dort in entsprechender Atmosphäre verabschieden. Dies erfolgt in Begleitung einer Pflegeperson.

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Einbindung aller Einrichtungsbereiche in das Qualitätsmanagement

Der Rahmen des installierten Qualitätsmanagements in der SWK ist durch die Qualitätspolitik, die Inhalt des Leitbildes ist, festgelegt. Die organisatorische Einbindung aller Fachbereiche und Prozesse ist durch die zentrale Stelle Qualitätsmanagement gewährleistet. Hauptaufgabe des Qualitätsmanagementbeauftragten ist die Einführung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements unter Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben und die besonderen betrieblichen Gegebenheiten in Anlehnung an TQM. Die Gesamtverantwortung liegt bei der Geschäftsführung.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

Die Qualitätsziele definieren sich aus dem Leitbild und der Unternehmensstrategie. Datengrundlage hierfür sind analytische Verfahren. Es werden jährlich messbare Qualitätsziele definiert und schriftlich festgehalten.

Qualitätsziele orientieren sich an: Unternehmensstrategie, Leitbild, Bedürfnissen und Erwartungen aller Kunden/Bereiche, finanziellen Möglichkeiten und gesetzlichen Anforderungen. Im Mittelpunkt der Qualitätsziele steht der Leistungsprozess Rehabilitand.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Die Organisationsstruktur des Qualitätsmanagement ist abgeleitet aus der Aufbaustruktur der Einrichtung und schriftlich fixiert. Ein Qualitätsmanagementbeauftragter ist benannt und als Stabstelle der Geschäftsführung eingerichtet. Hauptaufgabe ist die Einführung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung eines QM unter Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben und in Anlehnung an TQM. Ein QM- Steuerkreis wurde einberufen, der eine übergeordnete Kontrollfunktion hinsichtlich der Durchführung durch die Führungsstruktur wahrnimmt. Hauptverantwortlich für die Ableitung der Ziel-Planung des QM-Systems ist der Steuerkreis. Die Gesamtverantwortung liegt bei der Geschäftsführung.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

Methoden der internen Qualitätssicherung sind in der SWK die Fehlerursachenanalyse, Begehungen oder Pflegevisite.

Eine effektive Arbeitsweise in Leitungs- und anderen Gremien, Kommissionen und Arbeitsgruppen wird durch die Kommunikationsmatrix gewährleistet. Ergebnisse aus den einzelnen Sitzungen und Besprechungen werden dokumentiert und durch entsprechende Medien an die betreffenden Abteilungen weitergeleitet. Prozessorientierte Kennzahlen und Messgrößen werden zielorientiert auf einer Scorecard hinterlegt und in der ID-Liste definiert. Eine Überprüfung und Bewertung aller Bereiche zur kontinuierlichen Verbesserung wird anhand des PDCA-Zyklus durchgeführt. Die aus der internen Ergebnismessung abgeleiteten Verbesserungsmaßnahmen sind in einem Maßnahmenplan dokumentiert.

6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden anhand verschiedener Instrumente wie z.B. Begehungen (intern und extern), Statistiken, Befragungen (Angehörigenbefragung) etc. erhoben. Die erhobenen Daten werden zielwertorientiert aufbereitet. Als Kriterien legen wir unser Qualitätssystem (angelehnt an TQM) und die definierten Qualitätsziele zu Grunde.

6.3.2 Nutzung von Befragungen

Für die Geschäftsführung ist die Qualität ein strategischer Erfolgsfaktor, der im Rahmen von Befragung und deren Bewertung mitunter messbar dargestellt werden kann. Die strategische Verantwortung für Vorbereitung, Durchführung und Bewertung von Befragungen ist daher im Qualitätsmanagement angesiedelt. In der SWK werden interne Rehabilitanden- und Angehörigenbefragungen sowie Mitarbeiterbefragungen durchgeführt und ausgewertet. Die Ergebnisse der Auswertung der Befragungen werden öffentlich gemacht und die verantwortlichen Personen/ Personenkreise, in Zusammenarbeit mit der Qualitätsmanagementbeauftragten, entwickeln zielorientiert einen Maßnahmenplan und sorgen für die Durchführung.

6.3.3 Umgang mit Rehabilitandenwünschen und Rehabilitandenbeschwerden

In der SWK gibt es ein Lob- und Beschwerdemanagement. Verantwortlich dafür sind der Qualitätsmanagementbeauftragten und die Mitarbeiterin der Rehabilitandenaufnahme. Grundsätzlich sind aber alle Mitarbeiter in der Lage, Lob und Beschwerden aufzunehmen. Es gibt einen Aushang sowie ein standardisiertes Lob- und Beschwerdeformular, welches in der Abteilung ausgelegt ist. Eine Prozessbeschreibung erläutert den Umgang mit Lob und Beschwerden. Lob und Beschwerden werden einzeln erfasst und bearbeitet, notwendige Korrekturmaßnahmen werden umgehend eingeleitet und zeitnah kontrolliert. Eine systematische Erfassung und Auswertung von Lob und Beschwerden wird einmal jährlich und bei gehäuftem Auftreten eines bestimmten Fehlers durchgeführt.