



**KLINIK AM
DONISWALD**
Psychotherapie und Seelsorge



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2.0 für Krankenhäuser

Rehabilitationseinrichtung: Klinik am Doniswald GmbH Reha 2.0
Institutionskennzeichen: 260 800 792
Anschrift: Hermann-Voland Straße 10
78126 Königsfeld (Schwarzwald)

**Ist zertifiziert nach KTQ[®]
mit der Zertifikatnummer:** 2022-0032 RH
**durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle:** WIESO CERT GmbH, Köln

Gültig vom: 16.12.2022
bis: 15.12.2025

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----------|
| Vorwort der KTQ® | 3 |
| Vorwort der Einrichtung | 5 |
| Die KTQ-Kategorien | 8 |
| 1. Rehabilitandenorientierung | 8 |
| 2. Mitarbeiterorientierung | 12 |
| 3. Sicherheit - Risikomanagement | 13 |
| 4. Informations- und Kommunikationswesen | 16 |
| 5. Unternehmensführung | 18 |
| 6. Qualitätsmanagement | 21 |

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 Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) vertreten. 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,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung 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.

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 der Rehabilitationseinrichtung 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 2.0.

Wir freuen uns, dass die **Klinik am Doniswald, in Königsfeld (Schwarzwald)** 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.

Dr. med. Thilo Grüning, MSc.

Für die Deutsche
Krankenhausgesellschaft

San.-Rat Dr. med. Josef Mischo

Für die Bundesärztekammer

Thomas Meißner

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. Thilo Grüning, MSc.

Für die Deutsche
Krankenhausgesellschaft

San.-Rat Dr. med. Josef Mischo

Für die Bundesärztekammer

Thomas Meißner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Die Klinik am Doniswald ist eine gemischte Krankenanstalt mit einer Rehabilitationsabteilung für Psychosomatische Medizin und einer Abteilung für Akutpsychosomatik mit den Schwerpunkten Psychotherapie und Seelsorge. Unser Haus ist ein Zufluchtsort und ein Rückzugsort direkt am Doniswald gelegen.



In unserer Klinik begegnen und begleiten wir Menschen, wir sind für die Menschen da, hören zu und begleiten bei der Bewältigung von Krisen.

Wir möchten Erkrankte unterstützen, ein selbstbestimmtes und gesundes Leben zu führen. Zum Indikationsspektrum unserer Klinik gehören affektive Störungen, Angst- und Zwangserkrankungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen, Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, somatoforme Störungen, Schmerzstörungen, Essstörungen sowie Krisen bei Persönlichkeitsstörungen. Für alle Indikationsbereiche sind differenzierte Therapiekonzepte entsprechend aktueller Leitlinien und Standards festgelegt.

Wir bieten umfassende ärztliche, therapeutische, pflegerische und seelsorgerliche Begleitung und sehen in jedem Menschen, unabhängig von Alter, Gender, Herkunft, Religion und Biografie ein einmaliges, bejahtes und liebenswertes Wesen.



Jeder Mensch ist es wert, gewürdigt und wertgeschätzt zu werden in seinem einzigartigen Sein. Unabhängig von der Überzeugung eines Menschen handeln wir tolerant und wertschätzend. In unserer Klinik bieten wir seelsorgerliche Begleitung an, die über die Vorgaben der Kostenträger hinausgeht. Glaube und Spiritualität, kulturelle und religiöse Wurzeln und Gebräuche werden gesehen und respektiert.

Wir arbeiten mit dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell und beziehen die uns anvertrauten Menschen in Therapien und Therapieziele mit ein. Wir betrachten die psychische Erkrankung ganzheitlich: Die lebensgeschichtlichen Erfahrungen, die sozialen Beziehungen und die biologische Struktur eines Menschen stehen in einem komplexen Bedingungsgefüge. Die Inhalte der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) sind der stationären und teilstationären Arbeit in der Akutbehandlung und Rehabilitation zugrunde gelegt und in die entsprechenden Behandlungsabläufe integriert.

Erkrankungen bzw. Störungen sind als Folgen unzureichender Anpassungsmöglichkeiten auf verschiedenen Ebenen verstehbar und die Balance zwischen Ressourcen und krankmachenden Faktoren ist gestört. In der Psychotherapie erfassen wir komplexe Zusammenhänge und begleiten Entwicklungs- und Veränderungsprozesse. Als zentrale

Wirkfaktoren in der Psychotherapie sehen wir die therapeutische Beziehung, den Aufbau und die Aktivierung von Ressourcen und die Problembewältigung. Weiter arbeiten wir daran, dass sich Erkrankte über ihre Ziele, Erwartungen und Werte klar werden (Motivationale Klärung). Der in der Klinik begonnene Veränderungsprozess soll nach Entlassung fortgesetzt und z.B. durch ambulante Psychotherapie und Selbsthilfegruppen vertieft werden. Ziel der gesamten Therapie ist die Integration ins gesellschaftliche Leben.

Wir haben uns in der Klinik am Doniswald zu einem aktiven Qualitätsmanagement verpflichtet. Wir stellen uns freiwilligen Visitationen und Audits wie auch der Zertifizierung gemäß dem KTQ-Verfahren, um bestmögliche Qualität und Transparenz zu gewährleisten. Kontinuierliche Veränderungsprozesse und leitliniengerechte Behandlung sind Ansporn unserer täglichen Arbeit. Unser Klinikleitbild zeigt unser Selbstverständnis und trägt zur Vision jedes einzelnen Mitarbeitenden bei.



Chefärztin Rehabilitation
Dr. med. Andrea Fetzner

Chefarzt Akut
Dr. med. Andreas Leschinger

Die KTQ-Kategorien

1. Rehabilitandenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Einrichtung ist mit dem Auto und öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar. Zufahrtswege sind in der örtlichen Beschilderung berücksichtigt. Kostenlose Parkplätze sind in ausreichender Anzahl vorhanden. Ein Wegeleitsystem erleichtert die Orientierung in der Einrichtung. Die Anmeldung in der Psychosomatischen Rehabilitation und Akutbehandlung erfolgt über die Kostenträger, niedergelassene Ärzte und die vorbehandelnde Klinik. Die Rehabilitand*innen-Verwaltung koordiniert die Aufnahme der Rehabilitand*innen unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes, Terminwunsch etc. sowie unter Rücksprache mit den Einweisern. Sie stehen Rehabilitand*innen und Angehörigen zusätzlich bei verschiedenen Fragen zur Verfügung (Behandlung, Anmeldung, Wahlleistung, Abrechnung etc.).

Die Orientierung unserer Rehabilitand*innen und Besucher*innen in der Klinik wird über die persönliche Information durch die Mitarbeitenden der Rezeption und des Behandlungsteams sowie durch eine Übersichtstafel im Eingangsbereich und ein Wegeleitsystem sichergestellt. In der gesamten Einrichtung sind Schilder mit den entsprechenden Hinweisen auf die einzelnen Bereiche angebracht.

Die Mitarbeitenden der Rezeption sind darum bemüht, die Aufnahme ohne Wartezeiten durchzuführen. Jeder Rehabilitand, jede Rehabilitandin wird von Mitarbeitenden des Pflegedienstes direkt auf die Station und auf das Zimmer gebracht. Der Pflegedienst informiert den Rehabilitand*innen über wichtige Themen wie z.B. Telefon, Notrufanlage, Tagesablauf und Serviceangebote. Ergänzend übernehmen erfahrene Mitpatient*innen Patenschaften, um das Ankommen in der Klinik zu erleichtern.

1.1.2 Leitlinien und Standards

In der Klinik liegen verbindliche Therapiekonzepte und Standards vor, welche eine strukturierte Versorgung der Rehabilitand*innen sicherstellen. Sie sind Richtlinien für die Rehabilitand*innenbeurteilung und das therapeutische Handeln und sind im Intranet für alle Mitarbeitenden zugänglich hinterlegt. Durch regelmäßige interne und externe Fortbildung des ärztlichen und therapeutischen Dienstes, sowie des Pflegedienstes erfahren diese Leitlinien eine kontinuierliche Aktualisierung. Über das Internet und das Intranet können die aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften und Expertenstandards von allen Mitarbeitenden eingesehen werden

1.1.3 Information und Beteiligung des Rehabilitanden

Bereits vor der Rehabilitationsmaßnahme erhält der/die Rehabilitand*i einen Fragebogen zur Überprüfung und Festlegung der persönlichen Ziele. Bei der Aufnahme werden persönlichen Ziele wie auch besondere Wünsche oder Gewohnheiten angesprochen, die dann im Behandlungsablauf oder bei spezifischen Leistungen (z.B. Essen, Räumlichkeiten) berücksichtigt werden. Auch sprachliche, religiöse und sonstige Besonderheiten des/der Rehabilitand*in werden bei Aufnahme ermittelt. Auf Wunsch der Rehabilitand*innen werden Angehörige in den Behandlungsablauf mit einbezogen. Der/die Rehabilitand*in wird über alle Behandlungsschritte aufgeklärt. Bei Ablehnung von Behandlungsmaßnahmen wird der Rehabilitand*innenwunsch respektiert und mögliche Alternativen besprochen.

Die Rehabilitandenzimmer orientieren sich an den Bedürfnissen der Rehabilitand*innen. Die Aufnahme von Begleitpersonen ist nach Absprache möglich. Die Aufenthaltsbereiche sind Rehabilitand*innen orientiert gestaltet. Alle Maßnahmen werden nach ausführlicher Information und mit Zustimmung des/der Rehabilitand*in durchgeführt.

1.1.4 Ernährung und Service

Die Ernährungsplanung orientiert sich an den individuellen medizinischen Gegebenheiten und Wünschen der Rehabilitand*innen. Zwei Menüs inkl. vegetarischer Kost werden täglich angeboten, wobei individuelle Wünsche berücksichtigt werden. Ernährungsberatungen werden je nach Bedarf von einer Diätassistentin durchgeführt. Die Hygiene der Nahrungszubereitung wird regelmäßig extern geprüft.

1.2.1 Maßnahmen der Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Information über das Vorliegen medizinischer Notfälle wird durch eine entsprechende Notrufnummer sowie die interne Lichtrufanlage an die betreffenden Mitarbeitenden weitergeleitet. Der Algorithmus für das medizinische Notfallmanagement hängt in jedem Büro und in jedem Rehabilitand*innenzimmer aus. Das Personal wird jährlich im Reanimationstraining verpflichtend geschult. Die Pflege verfügt über eine Notfallausrüstung mit Defibrillator und mobiler Sauerstoffflasche. Es liegen Verfahrensanweisungen zum Verhalten bei Notfallsituationen vor. Die Notfallausrüstung wird in festgelegtem Turnus auf Vollständigkeit und Funktionalität überprüft.

1.3.1 Ambulante/teilstationäre Diagnostik und Behandlung

Alle Rehabilitand*innen werden in der Einladung gebeten, sämtliche Vorbefunde einschließlich bildgebender Diagnostik mitzubringen. Zudem werden Vorbefunde durch den Kostenträger, Hausarzt oder vorbehandelnde Einrichtung an die Klinik weitergegeben. Bei Einverständnis werden weitere benötigte Unterlagen von Kliniken oder Haus- und Fachärzten angefordert.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Bei der/dem ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Aufnahmeuntersuchung/-gespräch werden teilhabeorientiert die Ziele, Bedürfnisse und Gewohnheiten eines jeden Rehabilitanden und jeder Rehabilitandin erfragt, die dann im Rahmen der weiteren Versorgung, Therapie und Pflege berücksichtigt werden. Ebenso werden mögliche Risiken (z.B. Suizidalität, Selbstverletzendes Verhalten, Suchtgefährdung) erfasst. Sowohl die Rehabilitand*innen, als auch die Angehörigen haben die Möglichkeit, eigene Vorstellungen und Wünsche bezüglich Behandlung und Therapie zu äußern. Die standardisierte Dokumentation der erhobenen Daten unterstützt den berufsgruppenübergreifenden Informationsaustausch.

Nach der Anamnese durch Arzt, Pflege und Therapie werden in Abstimmung mit dem Rehabilitand*innen die berufsgruppenübergreifenden Rehabilitationsziele festgelegt. Eventuelle Anpassungen erfolgen im Rahmen von Visiten und Teambesprechungen. Umfassende psychologische Assessments werden während der Rehabilitation eingesetzt, um den Rehabilitationsfortschritt auf Basis des Behandlungskonzeptes einschätzen zu können. Der Behandlungsverlauf wird in der Rehabilitandenakte dokumentiert.

Die Behandlung der Rehabilitand*innen erfolgt nach aktuellen ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Leitlinien und Standards. Indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte sind erstellt und kommen zur Anwendung. Die Rehabilitation in der Klinik ist durch berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit des Behandlungsteams, die Integration des Rehabilitanden und seiner Angehörigen sowie die Abstimmung der Therapie auf die spezifischen Rehabilitandenbedürfnisse gekennzeichnet. Die Sicherstellung des Therapieerfolges erfolgt anhand standardisierter Verlaufsauswertungen. Die fachärztliche Versorgung ist durch permanente Anwesenheit am Tage und Hintergrunddienste (nachts) sichergestellt. Der Heil- und Hilfsmittelbedarf wird bei Aufnahme, im Verlauf sowie vor Entlassung erhoben und der Rehabilitand, die Rehabilitandin entsprechend versorgt.

Die Information der am Behandlungsprozess Beteiligten zum aktuellen Zustand des/der Rehabilitand*in und die weiteren Therapieschritte werden über die Dokumentation, tägliche Visiten und standardisierte Besprechungen gewährleistet. Für Konsiliartätigkeiten stehen interne und externe Konsiliare zur Verfügung.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Behandlung der Rehabilitand*innen erfolgt nach aktuellen ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Leitlinien und Standards. Indikationsspezifische Rehabilitationskonzepte sind erstellt und kommen zur Anwendung. Die Rehabilitation in der Klinik ist durch berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit des Behandlungsteams, die Integration des Rehabilitanden und seiner Angehörigen sowie die Abstimmung der Therapie auf die spezifischen Rehabilitandenbedürfnisse gekennzeichnet. Die Sicherstellung des Therapieerfolges erfolgt anhand standardisierter Verlaufsauswertungen. Die fachärztliche Versorgung ist durch permanente Anwesenheit am Tage und Hintergrunddienste (nachts) sichergestellt. Der Heil- und Hilfsmittelbedarf wird bei Aufnahme, im Verlauf sowie vor Entlassung erhoben und der Rehabilitand entsprechend versorgt.

Die erfolgreiche Koordination der Therapie basiert auf der aktiv gelebten Zusammenarbeit im therapeutischen Team (Ärzte, Pflege, Therapeuten). Geplant und dokumentiert finden regelmäßige Morgen- und Teambesprechungen statt. Zwischenzeitliche Fragestellungen werden auf kurzem Weg unter den beteiligten Mitarbeitenden geklärt. Die therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen werden in der zentralen Therapieplanung abgestimmt und so terminiert, dass unnötige Wartezeiten vermieden werden. Eine eventuell erforderliche Begleitung der Rehabilitanden, der Rehabilitandin zu Therapien oder Untersuchungen ist jederzeit sichergestellt.

Die Information der am Behandlungsprozess Beteiligten zum aktuellen Zustand des Rehabilitanden und die weiteren Therapieschritte werden über die Dokumentation, tägliche Visiten und standardisierte gemeinsame Besprechungen gewährleistet.

1.4.3 Spezielle rehabilitative Prozesse

Durch eine differenzierte Eigen- und Sozialanamnese sowie die Ergebnisse der klinischen Untersuchung werden notwendige Erfordernisse für die individuelle Wiedereingliederung des Rehabilitanden, der Reha-

bilitandin in die häusliche Umgebung erfasst. Eine besondere Rolle dabei spielen die gewünschte Selbsthilfefähigkeit und Teilhabe vor dem Hintergrund häuslicher, familiärer, biographischer und sozialer Faktoren. Die Entwicklung der Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden, der Rehabilitandin wird während des Aufenthaltes durch die verschiedenen Berufsgruppen beurteilt und innerhalb der wöchentlichen Teambesprechungen abgestimmt. Ergebnisse werden mit dem/der Rehabilitand*in bei der Visite und im Abschlussgespräch besprochen. Dabei werden seine/ihre Vorstellungen und Einschätzungen berücksichtigt.

Bereits im Aufnahmegespräch wird teilhabeorientiert die besondere Lebenssituation der Rehabilitand*innen erhoben und in der Therapieplanung berücksichtigt. Im Rahmen regelmäßig stattfindender Teambesprechungen wird der Rehabilitationsverlauf der einzelnen Rehabilitand*innen unter Beachtung der Lebensumstände besprochen und ggf. angepasst. Sozialdienst und Entlassungsmanagement leiten ggf. notwendige Maßnahmen für die häusliche Versorgung ein und organisieren notwendige Hilfsmittel.

1.4.4 Visite

In der Klinik finden einmal pro Woche Visiten durch Fachärzte, Therapeuten und Pflegepersonal statt. Im Rahmen der Visiten wird der Zustand des Rehabilitanden, der Rehabilitandin sowie die Wirkung therapeutischer Maßnahmen auf Zielerreichung überprüft und gegebenenfalls angepasst. Im Bedarfsfall werden Sozialdienst und Physiotherapie hinzugezogen. Die Ergebnisse werden unmittelbar dokumentiert. Die Zeiten sind Rehabilitand*innenfreundlich geregelt und werden in der Therapiekarte terminiert.

1.5.1 Entlassungsprozess

Die gesicherte Weiterversorgung nach dem Rehabilitationsaufenthalt wird zusammen mit den Rehabilitand*innen und deren Angehörigen frühzeitig geplant. Für unterstützungsbedürftige Rehabilitand*innen leitet der Sozialdienst alle erforderlichen Schritte bei Behörden und nachbehandelnden Einrichtungen ein. Vor Entlassung erhalten der Rehabilitand, die Rehabilitandin bzw. die Angehörigen im Rahmen des Entlassungsgesprächs ausführliche Informationen zu weiterführenden Therapien, empfohlener Verhaltensweise und Medikation durch den behandelnden Arzt, Ärztin.

Die Rehabilitand*innen erhalten bei Entlassung einen ärztlichen Kurzentlassungsbericht, nach ca. zwei Wochen den ausführlichen Entlassungsbericht mit Rehabilitationsverlaufsbericht sowie ggf. einen Pflegeüberleitungsbogen. Diese Berichte beinhalten die notwendigen Informationen für die nahtlose Weiterbehandlung durch den Hausarzt, die Hausärztin bzw. andere weiterbehandelnde Berufsgruppen. Bei Bedarf wird telefonisch zum weiterbehandelnden Arzt, zur weiterbehandelnden Ärztin Kontakt aufgenommen. Bei Verlegungen des Rehabilitanden, der Rehabilitandin innerhalb der Klinik findet eine mündliche und schriftliche Informationsweitergabe statt.

Zur Gewährleistung einer gezielten Weiterbetreuung und Nachsorge nach dem Rehabilitationsaufenthalt gibt es das Entlassungsmanagement und den Sozialdienst, die sich um den Kontakt mit den Angehörigen und nachsorgenden Einrichtungen (Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, Therapeuten) kümmern. Die Entlassung von Rehabilitanden in die häusliche oder stationäre Weiterversorgung wird umfassend vorbe-

reitet und der geplante Entlassungstermin frühzeitig den Angehörigen oder weiterbetreuenden Einrichtungen mitgeteilt.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Im Falle des Ablebens eines Rehabilitanden, einer Rehabilitandin erfolgt eine umgehende Benachrichtigung der Angehörigen durch den zuständigen Arzt.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Die Planung des Personalbedarfs erfolgt insbesondere bei Leistungsänderungen unter Berücksichtigung von Belegungs- und Rehabilitanden-Kennzahlen und sie orientiert sich am Leistungsspektrum der Klinik, sowie an den Vorgaben der Kostenträger. Für die optimale Betreuung und Behandlung der Rehabilitanden wird die fachärztliche, therapeutische sowie die pflegerische Betreuung durch die monatliche Dienstplangestaltung gewährleistet. Strukturelle, organisatorische und leistungsbezogene Veränderungen finden auch unterjährig Berücksichtigung. Zu besetzende Stellen werden ggf. zuerst intern ausgeschrieben.

Die Qualifikationen der Mitarbeitenden sind an den Anforderungen der jeweiligen Stelle ausgerichtet und werden im Bewerberauswahlverfahren überprüft. Sie sind verbindlich in Stellen- und Tätigkeitsbeschreibungen hinterlegt. Verantwortlich für die Festlegung der Qualifikationen sind die Führungskräfte, dabei werden vorgegebene Qualifikationen, wie z.B. Facharztordnung, berücksichtigt. Ergibt sich weiterer Qualifizierungsbedarf, z.B. bei Erweiterung des Leistungsspektrums, wird dieser bei der Planung des Fort- und Weiterbildungsprogramms berücksichtigt.

2.1.2 Personalentwicklung

Motivierten Mitarbeitenden werden gezielte Weiterbildungsmaßnahmen angeboten, um sie für neue Aufgaben zu qualifizieren. Im Rahmen der strukturierten Mitarbeitergespräche werden Qualifikationsbedarf, Wünsche und Ziele unserer Mitarbeiter erfasst. Das Angebot an Fort- und Weiterbildung wird ständig an neue Entwicklungen im medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Bereich angepasst. Fort- und Weiterbildungswünsche und -anregungen finden Berücksichtigung. Bei Nachbesetzung einer offenen Stelle erfolgt die Ausschreibung zunächst klinikintern, soweit sinnvoll.

2.1.3 Einarbeitung

Neue Mitarbeitende werden auf der Basis von Einarbeitungskonzepten systematisch auf ihre Tätigkeit vorbereitet. Jedem neuen Mitarbeitenden wird für die Dauer der Einarbeitung ein Mentor zur Seite gestellt. Alle neuen Mitarbeitende erhalten im Rahmen der Einarbeitung übergreifende Informationen zu Themen wie medizinischen Standards, Hygiene, Datenschutz, Brandschutz etc.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Das Angebot an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist an dem Bedarf der Klinik, an den Wünschen der Mitarbeitenden sowie an den sich aus dem Budget ergebenden finanziellen Mitteln ausgerichtet. Fortbil-

dungen zu Daten-, Arbeits-, Brandschutz, Hygiene, Notfallmanagement etc. sind für die Mitarbeitenden Pflichtveranstaltungen.

Das Gesamtbudget für Fort- und Weiterbildung orientiert sich derzeit am Budget des Vorjahres. Es ist auf die einzelnen Abteilungen und Berufsgruppen aufgeteilt. Entsprechend den Erfordernissen der Einrichtung, den terminlichen Möglichkeiten und den Bedürfnissen der Mitarbeitenden wird individuell eine Freistellung, teilweise Freistellung oder eine Kostenübernahme (Kursgebühren, Unterbringungs- und Fahrtkosten), sowie eine teilweise Übernahme der Kosten gewährt.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work-Life-Balance

Für alle Bereiche der Einrichtung existieren berufsgruppenbezogene Arbeitszeitmodelle, z.B. Bereitschafts- und Rufdienste. Die unterschiedlichen Arbeitszeitregelungen gewährleisten den ordnungsgemäßen Betriebsablauf und unterliegen den gesetzlichen Rahmenbedingungen (z.B. tägliche Höchstarbeitszeit, Ausgleichszeiträume usw.) In der Klinik wird überwiegend nach festgelegten Dienstplänen gearbeitet. Bei der Planung der Arbeitszeiten finden die Wünsche unserer Mitarbeitenden nach Möglichkeit Berücksichtigung.

2.1.6 Ideenmanagement

Die Mitarbeitenden können Ideen, Vorschläge und Beschwerden jederzeit mündlich und schriftlich im Rahmen des Vorschlagswesens oder des Beschwerdemanagements äußern. Ansprechpartner sind die Vorgesetzten und die Klinikleitung. Weitere Möglichkeiten stellen die MA-befragung und die MA-gespräche dar.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements und Fehlermanagements

Durch direkte Anwesenheit der Klinikleitung in verschiedenen Konferenzen, regelmäßige Besprechungen mit Abteilungsleitern und Protokollweitergabe ist diese immer über Projekte, Entwicklungen und Vorgänge in der Einrichtung informiert. Die Mitarbeitenden können jederzeit Gesprächstermine mit dem kaufmännischen Geschäftsführer oder den Chefärztlichen Geschäftsführern vereinbaren. Während der monatlichen Klinikkonferenz werden relevante Themen erörtert und ggf. Maßnahmen veranlasst. Ein Beschwerdemanagementsystem, CIRS-Meldesystem und die Meldung von Beinahe-Vorkommnissen wurde für die Anlieger der Rehabilitand*innen und Mitarbeitenden etabliert.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Das Ziel ist der Schutz der Rehabilitand*innen vor Eigen- und Fremdgefährdung unter Wahrung ihrer Persönlichkeitsrechte. Die Rehabilitanden werden bei allen Untersuchungen und Behandlungen von Fachpersonal betreut. Verfahrensanweisungen zum Umgang mit psychiatrischen Notfällen oder zur Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen liegen vor. Bei Bedarf werden Rehabilitand*innen mit Hilfsmitteln wie z.B. Gehstützen, Rollstühle und Rollatoren ausgestattet.

3.1.3 Konzept zum medizinischen Notfallmanagement

Die Information über das Vorliegen medizinischer Notfälle wird durch eine entsprechende Notrufnummer sowie die interne Notrufanlage an die betreffenden Mitarbeitenden weitergeleitet. Der Algorithmus für das medizinische Notfallmanagement hängt in jedem Büro und in jedem Rehabilitationszimmer aus. Das Personal wird jährlich im Reanimationstraining verpflichtend geschult. Die Pflege verfügt über eine Notfallausrüstung mit Defibrillator und mobiler Sauerstoffflasche, welche schnellstmöglich im ganzen Haus eingesetzt werden kann. Es liegen Verfahrensanweisungen zum Verhalten bei Notfallsituationen vor. Die Notfallausrüstung wird in festgelegtem Turnus auf Vollständigkeit und Funktionalität überprüft.

3.1.4 Hygiene

Ein ausgebildeter externer Klinikhygieniker, hygienebeauftragte Ärzte und Pflegepersonal sowie eine Hygienekommission sind in der Klinik für Hygienebelange zuständig. Die Mitarbeitenden werden regelmäßig durch Hygienemaßnahmen eingewiesen. Die Einhaltung von Hygienerichtlinien und -maßnahmen ist für alle Mitarbeitende verpflichtend. Begehungen durch das Hygieneteam und das Gesundheitsamt sowie jährliche verpflichtende Schulungen der Mitarbeitenden werden durchgeführt.

Der Klinikhygieniker erstellt mit Unterstützung der Hygienekommission die für alle Mitarbeitende verbindlichen Hygienepläne. Für die Steuerung der Hygienesicherungsmaßnahmen ist die Hygienekommission verantwortlich. Bei Änderungsbedarf werden entsprechende Maßnahmen eingeleitet. Die Umsetzung wird durch den Klinikhygieniker und den hygienebeauftragten Arzt begleitet.

Hygienepläne und Richtlinien sind neben den gesetzlichen Vorgaben die verbindlichen Regelungen zur Sicherung des optimalen Hygienezustands in der Klinik. Sie sind für die Mitarbeitende im Intranet einsehbar. Die Inhalte werden den Mitarbeitenden über Schulungen und Unterweisungen vermittelt, die Einhaltung der Vorgaben in Begehungen überprüft.

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Durch die Erfassung in der Klinik erworbener Infektionen, Meldung aller meldepflichtigen Erkrankungen und Auswertung regelmäßiger Begehungen werden signifikante Abweichungen von Normwerten frühzeitig erkannt und im Bedarfsfall umgehend geeignete Gegenmaßnahmen ergriffen. Instrumente für die praktische Umsetzung sind z.B. verbindliche Vorgehensweisen, regelmäßige Schulungen der Mitarbeitenden und die Zusammenarbeit mit externen Instituten.

3.1.6 Arzneimittel

Zur Bereitstellung von Arzneimitteln sowie Medizinprodukten existieren geregelte Verfahren. Die bedarfsorientierte und geregelte Versorgung der Klinik unter Berücksichtigung ökonomischer und ökologischer Gesichtspunkte erfolgt durch eine externe Zuliefererapotheke. Die Beschaffung, Inbetriebnahme, Einweisung und Instandhaltung von Medizinprodukten ist in einem Organisationshandbuch geregelt.

In der Klinik ist der Umgang mit Arzneimitteln durch festgelegte Verfahrensanweisungen für die Mitarbeitenden verbindlich geregelt. Es sind feste Lieferzeiten festgelegt. Bei unvorhersehbarem Bedarf ist jeder-

zeit die telefonische Anforderung bzw. Beratung sowie eine kurzfristige Lieferung durch die Apotheke möglich. Die Apotheke führt protokollierte Überprüfungen in Form von Begehungen durch, die Ergebnisse werden zurückgemeldet.

Notfallmedikamente sind in ausreichender Anzahl vorhanden, Verfallsdaten werden regelmäßig überprüft.

3.1.7 Medizinprodukte

Bei Bedarf werden Rehabilitand*innen mit Gehhilfen wie z.B. Gehstützen, Rollstühle und Rollatoren ausgestattet. Zur Bereitstellung von Arzneimitteln sowie Medizinprodukten existieren geregelte Verfahren. Es wurden Beauftragte für Medizinprodukte benannt. Die bedarfsorientierte und geregelte Versorgung der Klinik unter Berücksichtigung ökonomischer und ökologischer Gesichtspunkte erfolgt durch eine externe Zuliefererapotheke. Die Beschaffung, Inbetriebnahme, Einweisung und Instandhaltung von Medizinprodukten ist in einem Organisationshandbuch geregelt. Durch eine dokumentierte Einweisung in die entsprechenden Geräte wird ein sachgemäßer Umgang mit Medizinprodukten sichergestellt. Die internen Regelungen wurden im Organisationshandbuch Medizintechnik verbindlich festgeschrieben. Bei Gerätedefekten ist klar geregelt, an wen und in welcher Form man sich zu wenden hat. Für die Wartung und Instandhaltung der Medizingeräte ist eine externe Firma beauftragt. Es liegen dokumentierte Einweisungen vor.

3.2.1 Arbeitsschutz

Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit, ein Betriebsarzt und ein Sicherheitsbeauftragter regeln und sichern das Verfahren zum Arbeitsschutz. In Form von regelmäßigen Begehungen in allen Bereichen werden die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben überprüft. Schulungen und Unterweisungen finden für alle Mitarbeitende regelmäßig und verpflichtend statt. Alle Mitarbeitende werden in festgelegten Abständen durch den Betriebsarzt untersucht. Die Kommunikationsstruktur und Abläufe für Berufsunfallmeldungen sind in Verfahrensanweisungen geregelt und allen Mitarbeitenden bekannt.

3.2.2 Brandschutz

Ein Brandschutzbeauftragter ist benannt. Alle Regelungen sind sowohl mit der Feuerwehr als auch mit den zuständigen Behörden abgestimmt und im Alarm- und Einsatzplan geregelt. Flucht- und Rettungswegepläne sind in allen Bereichen deutlich sichtbar angebracht. Diese werden regelmäßig überprüft, aktualisiert und bei baulichen Veränderungen angepasst. Die Feuerwehr verfügt über entsprechende Unterlagen, Kenntnisse vor Ort und Zugangsberechtigungen für den Ernstfall. Brandschutzbegehungen sowie die verpflichtende Schulung der Mitarbeitenden finden zweimal jährlich statt.

3.2.3 Datenschutz

Für die Einrichtung sind Vorgehensweise, Verantwortlichkeiten (Beauftragte) und Zuständigkeiten zum gesetzlich geforderten Datenschutz in einem Datenschutzhandbuch, verschiedenen Merkblättern festgelegt. Der Datenschutz ist Teil der jährlichen Pflichtschulungen aller Mitarbeitenden. Neu eingestellte Mitarbeitende müssen eine Verschwiegenheitserklärung unterschreiben, es gilt die ärztliche Schweigepflicht. Der Zugriff auf elektronische Daten ist durch Zugriffsberechtigungen geregelt. Es finden regelmäßige Datenschutzbegehungen zur Überprüfung der Einhaltung dieser gesetzlichen Vorgaben statt.

3.2.4 Umweltschutz

Die Einrichtung betreibt aktiven Umweltschutz, welcher im Leitbild verankert ist, durch Abfallvermeidung, Mülltrennung und sparsamem Umgang mit Ressourcen (z.B. Energiesparlampen, Sanitärkonzept). Auf Abfallvermeidung wird bereits bei der Beschaffung geachtet, z. B. durch Verwendung von wieder aufladbaren Batterien. Der Beauftragte für Abfall- und Energiewirtschaft hat in Kooperation mit der Klinikleitung ein Abfallkonzept erstellt, welches den Mitarbeitenden im Intranet zugänglich ist.

3.2.5 Katastrophenschutz

In der Einrichtung liegt ein umfassendes Konzept zu nicht medizinischen Notfällen vor. Darin enthalten sind auch verschiedene Ausfallkonzepte. Für hausinterne technische Notfälle gibt es Störmeldeeinrichtungen z.B. am Empfang und Mobiltelefon Haustechnik. Nach Auslösen einer solchen Notfallmeldung wird durch die verantwortlichen Mitarbeitende über das weitere Vorgehen entschieden und die Bereiche informiert. Ein Notstromaggregat stellt jederzeit die Stromversorgung der Klinik sicher. Es wurde ein Katastropheneinsatzplan implementiert, der allen Mitarbeitenden bekannt gemacht worden ist.

3.2.6 Ausfall von Systemen

In der Einrichtung liegt ein Konzept zu nicht medizinischen Notfällen vor. Darin enthalten sind auch verschiedene Ausfallkonzepte. Für hausinterne technische Notfälle gibt es Störmeldeeinrichtungen z.B. am Empfang und Mobiltelefon Haustechnik. Nach Auslösen einer solchen Notfallmeldung wird durch die verantwortlichen Mitarbeiter über das weitere Vorgehen entschieden und die Bereiche informiert. Ein Notstromaggregat stellt jederzeit die Stromversorgung der Klinik sicher.

Für den Fall einer Notfallsituation verfügt die Klinik über einen Alarm- und Einsatzplan für interne und externe Vorkommnisse, der in den Bereichen und im Intranet hinterlegt ist.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Für eine strukturierte und transparente Dokumentation wurde eine hausinterne EDV-gestützte Rehabilitandendokumentation eingeführt, die eine Ergänzung zur Rehabilitandenakte sowie dem Pflegedokumentationssystem darstellt. Umgang und Archivierung aller Rehabilitandendaten erfolgt in der Klinik anhand der gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz sowie interner Dienstanweisungen. Eintragungen werden immer mit einem Handzeichen bzw. mit der elektronischen Kennung des Eintragenden versehen. Die Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation wird im Rahmen von Visiten sowie durch kontinuierliche Dokumentationsanalysen überprüft.

Gemäß den Anforderungen an ein modernes Kommunikationssystem wird in allen Bereichen eine funktionelle Informationstechnik eingesetzt, die 24 Stunden zur Verfügung steht. Alle klinischen sowie administrativen PC-Arbeitsplätze sind an das EDV-System angeschlossen. Der Zugang ist passwortgeschützt. Die Zugriffsberechtigungen richten sich nach dem Zuständigkeitsbereich der Mitarbeitenden.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Für eine strukturierte und transparente Dokumentation wurde eine hausinterne EDV-gestützte Rehabilitandendokumentation eingeführt, die eine Ergänzung zur Rehabilitandenakte sowie dem Pflegedokumentationssystem darstellt. Umgang und Archivierung aller Rehabilitandendaten erfolgt in der Klinik anhand der gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz sowie interner Dienstanweisungen. Somit ist eine optimale Informationsverfügbarkeit gesichert. Eintragungen werden immer mit einem Handzeichen bzw. mit der elektronischen Kennung des Eintragenden versehen. Die Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation wird im Rahmen von Visiten sowie durch wöchentliche Dokumentationsanalysen überprüft.

Zusammen mit der Rehabilitandenakte und der Pflegedokumentation in Papierform sichert das EDV-System der Klinik die ständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Rehabilitandendaten. So werden die im Rahmen der Behandlung relevanten Maßnahmen erfasst. Die verbindliche Vorgabe, jeden Rehabilitand*innenkontakt zeitnah in der entsprechenden Dokumentationsvorlage in der Rehabilitandenakte oder im EDV-System festzuhalten, sichert einen jederzeit nachzuvollziehenden Behandlungsverlauf. Die Überprüfung der Dokumentation erfolgt wöchentlich, z.B. im Rahmen der Visiten durch den ärztlichen Dienst.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Für eine strukturierte und transparente Dokumentation wurde eine hausinterne EDV-gestützte Rehabilitandendokumentation eingeführt, die eine Ergänzung zur Rehabilitandenakte sowie dem Pflegedokumentationssystem darstellt. Umgang und Archivierung aller Rehabilitandendaten erfolgt in der Klinik anhand der gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz sowie interner Dienstanweisungen. Somit ist eine optimale Informationsverfügbarkeit gesichert.

Ein zeitlich uneingeschränkter Zugriff auf Rehabilitandendaten ist sichergestellt und in der Archivordnung geregelt. Berechtigte Mitarbeitende können über das Krankenhausinformationssystem alle Rehabilitandendaten jederzeit abrufen. Der Zugriff auf konventionelle Akten aus zurückliegenden Aufenthalten im Archiv ist jederzeit sichergestellt.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die Informationsweitergabe ist in der Klinik über unterschiedliche Wege sichergestellt. Neben den wöchentlichen Visiten, Teambesprechungen, Dienstübergaben und Abteilungsbesprechungen zur Koordinierung des Ablaufs finden regelmäßig abteilungsübergreifende/interdisziplinäre Besprechungen sowie Sitzungen von Gremien auf Basis einer Besprechungsmatrix statt. Für berufsgruppenübergreifende Informationen stehen Intranet, Mail, Telefon und Hauspost zur Verfügung.

Durch direkte Anwesenheit der Klinikleitung in verschiedenen Konferenzen, regelmäßige Besprechungen mit Abteilungsleitern und Protokollweitergabe ist diese immer über Projekte und Entwicklungen in der Klinik informiert. Die Mitarbeitenden können jederzeit Gesprächstermine mit der Geschäftsführung vereinbaren. Während der monatlichen Klinikkonferenz werden relevanten Themen erörtert und ggf. Maßnahmen veranlasst. Ein Beschwerdemanagement für die Anliegen der Rehabilitand*innen und Mitarbeitenden ist

etabliert. Die Beauftragte für Beschwerden (Qualitätsmanagementbeauftragte) ist der Geschäftsführung direkt als Stabsstelle zugeordnet.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Zentrale Auskunftsstelle ist die Rezeption. Diese ist nach festgelegten Öffnungszeiten besetzt. Außerhalb der Öffnungszeiten ist der Pflegedienst jederzeit Ansprechpartner. Qualifizierte Mitarbeitende sind in der Lage jederzeit Auskunft zu geben. Am Empfang liegen den Mitarbeitenden alle notwendigen Informationen und Daten zu Rehabilitand*innen, Ansprechpartnern im Haus, Dienstplänen, Veranstaltungen etc. vor. Alle Informationen werden unter Berücksichtigung des Datenschutzes erteilt. Es stehen Sitzmöglichkeiten, Gepäckwagen und Rollstühle zur Verfügung. Der Empfang bildet die zentrale Meldestelle für das nicht medizinische Notfallmanagement in der Einrichtung.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Teilhabeorientiertes Leitbild

Die Klinik am Doniswald hat ein teilhabeorientiertes Leitbild erstellt.

Bei der Leitbildentwicklung wurden Mitarbeitende aller Berufsgruppen beteiligt. Das Leitbild ist für die Mitarbeitenden verbindlich und steht für Rehabilitand*innen, Kooperationspartner sowie die Öffentlichkeit über Intranet und Internet zur Verfügung. Neue Mitarbeitende bekommen das Leitbild bei Dienstantritt von der Verwaltung ausgehändigt. Unter Berücksichtigung des Klinikleitbildes wurde für den pflegerischen Bereich ein zusätzliches Leitbild unter Einbeziehung aller Pflegekräfte implementiert.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Ein konstruktiver und kooperativer Führungsstil wird in allen Bereichen der Klinik praktiziert. Als Basis dafür dient das Leitbild. Informationstransparenz und Einbeziehung unserer Mitarbeitenden in den Entscheidungsfindungsprozess sorgt für zusätzliche Motivation. Ziel ist, die Eigenverantwortung der Mitarbeitenden zu steigern, sie zu motivieren, engagierte Mitarbeitende zu fördern und dadurch den Arbeitsprozess optimal und effektiv zu gestalten. Durch die regelmäßig stattfindenden Besprechungen wird die Teamverantwortung erhöht und es werden alle Mitarbeitenden in Entscheidungen innerhalb des Teams eingebunden. Ideen und Verbesserungsvorschläge der Mitarbeitenden werden im Rahmen des betrieblichen Vorschlagswesens gewürdigt.

Durch direkte Anwesenheit der Klinikleitung in verschiedenen Konferenzen, regelmäßige Besprechungen mit Abteilungsleitern und Protokollweitergabe ist diese immer über Projekte, Entwicklungen und Vorgänge in der Klinik informiert. Die Mitarbeitenden können jederzeit Gesprächstermine mit der Geschäftsführung vereinbaren. Während der monatlichen Klinikkonferenz werden relevanten Themen erörtert und ggf. Maßnahmen veranlasst. Ein Beschwerdemanagement für die Anliegen der Rehabilitand*innen und Mitarbeitenden ist etabliert. Die Beauftragte für Beschwerden (Qualitätsmanagementbeauftragte) ist der Geschäftsführung direkt zugeordnet.

Alle Protokolle werden im Intranet hinterlegt.

Die Klinikleitung und Abteilungsleitung fördern durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber den Mitarbeitenden. Im Rahmen von Projekten erfolgt eine direkte Einbeziehung der Mitarbeitenden in die Planung, Durchführung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen. Zahlreiche Maßnahmen wurden in enger Abstimmung mit der Klinikleitung und den Abteilungsleitern umgesetzt, z.B. Betriebliches Vorschlagswesen, jährliche Mitarbeitergespräche) In regelmäßigen jährlichen Befragungen können die Mitarbeitenden unter Anderem ihre Arbeitssituation bewerten.

5.1.3 Ethische, kulturelle und weltanschauliche Verantwortung

Prinzipiell wird jeder Rehabilitand*in unabhängig von Alter, Herkunft, sozialen Stand und Schwere der Erkrankung mit gleicher pflegerischer und ärztliche/therapeutischer Sorgfalt betreut. Dies betrifft Angehörige aller Religionsgemeinschaften. Diese werden so behandelt, dass Konflikte mit ihren Glaubensgrundsätzen vermieden werden. Individuelle ethische Frage- und Problemstellungen werden bei den täglichen Visiten und Abteilungsbesprechungen erörtert. Für ethische Fragestellungen dienen auch interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Besprechungen, sowie die Ethikkommissionssitzung. Die Ethikkommission tagt mindestens einmal pro Jahr, erstellt Leitlinien und spricht Empfehlungen zum Umgang mit ethischen Fragestellungen aus. Sie besteht aus den beiden Chefärztlichen Geschäftsführer*innen, dem Kaufmännischen Geschäftsführer, der Oberärztin, der Pflegedienstleitung, dem Klinikseelsorger, der Gleichstellungs- und Diversitätsbeauftragten und der Qualitätsmanagementbeauftragten.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Die Information der Öffentlichkeit erfolgt regelmäßig und strukturiert. Eine umfangreiche Internetseite, verschiedene Flyer und Aushänge mit ausführlichen Informationen stehen den Interessierten zur Verfügung. Öffentliche Veranstaltungen und Fortbildungen werden frühzeitig angekündigt.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Geschäftsführung erarbeitet jährlich eine Gesamtzielplanung, in welcher Ziele für verschiedene Bereiche festgelegt werden. Es gibt zum Beispiel Jahreszielpläne für Wirtschafts-, Investitions-, Instandhaltungsplanungen, Bauvorhaben, Fort- und Weiterbildung, Qualitätsmanagement sowie Marketing. Die Zielpläne der Klinik am Doniswald sind jährliche Zielpläne.

Finanz-, Investitions- und Leistungsplan werden jährlich erstellt. Die Leistungsplanung wird unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts, der Bedarfsentwicklung, der Erlös- Kostenrelation und der Wettbewerbssituation vorgenommen. Auf Basis der Leistungsplanung werden dann die entsprechenden Ressourcen und Erlöse geplant. Voraussichtliche Veränderungen z.B. veränderter Leistungsplan werden berücksichtigt. Um die wirtschaftliche Situation der Klinik zeitnah beurteilen und um somit auf Abweichungen von Planwerten schnell reagieren zu können, erfolgt in jedem Monat ein Plan-Ist-Vergleich durch den Kaufmännischen Geschäftsführer.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Finanz-, Investitions- und Leistungsplan werden jährlich erstellt. Die Leistungsplanung wird unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts, der Bedarfsentwicklung, der Erlös- Kostenrelation und der Wettbewerbssituation vorgenommen. Auf Basis der Leistungsplanung werden dann die entsprechenden Ressourcen und Erlöse geplant. Voraussichtliche Veränderungen z.B. veränderter Leistungsplan werden berücksichtigt. Um die wirtschaftliche Situation der Klinik zeitnah beurteilen und um somit auf Abweichungen von Planwerten schnell reagieren zu können, erfolgt in jedem Monat ein Plan-Ist-Vergleich durch den Kaufmännischen Geschäftsführer.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Zur Gewährleistung einer gezielten Weiterbetreuung und Nachsorge nach dem Rehabilitationsaufenthalt gibt es das Entlassungsmanagement und den Sozialdienst, die sich um den Kontakt mit den Angehörigen und nachsorgenden Einrichtungen kümmern. Die Entlassung von Rehabilitand*innen in die häusliche oder stationäre Weiterversorgung wird umfassend vorbereitet und der geplante Entlassungstermin frühzeitig den Angehörigen oder weiterbetreuenden Einrichtungen mitgeteilt.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Es besteht ein schriftliches Konzept, in dem alle relevanten Inhalte wie Zielsetzungen, Klinikprofil, Indikationen, Rehabilitations- und Behandlungsprozess, Ausstattung sowie Angaben zur Qualitätssicherung und Organisationsentwicklung ausführlich enthalten sind. Das Organigramm der Einrichtung veranschaulicht die Zuständigkeiten und Strukturen aller Bereiche und beinhaltet Funktionsträger und Stabsstellen. Mindestens jährlich erfolgt eine Überprüfung auf Aktualität.

Bei Verbesserungsprojekten werden hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Arbeitsgruppen gebildet, sofern das Projektthema dies erfordert.

Kommissionen und Gremien arbeiten in der Klinik auf der Grundlage von Geschäftsordnungen. Alle Besprechungen der Klinikleitung sowie der Teambesprechungen sind in ihrer Struktur in der Besprechungsmatrix dargestellt. Über die Sitzungen werden Ergebnisprotokolle erstellt, soweit dies in der Besprechungsmatrix vorgesehen ist. Die Ergebnisse aus den Konferenzen und den Zusammentreffen der Kommissionen werden an nachgeordnete Mitarbeitende weitergegeben und im Intranet für alle Mitarbeitende hinterlegt.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Über das Internet und das Intranet können die aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften und Expertenstandards von allen Mitarbeitenden eingesehen werden.

Die Mitarbeitende können Ideen, Vorschläge und Beschwerden jederzeit mündlich und schriftlich im Rahmen des Vorschlagswesens oder des Beschwerdemanagements äußern. Ansprechpartner sind die Vorgesetzten, die Klinikleitung, oder die Qualitätsmanagementbeauftragte. Weitere Möglichkeiten stellen die Mitarbeiterbefragung und die Mitarbeitergespräche dar.

Es besteht ein schriftliches Konzept, in dem alle relevanten Inhalte wie Zielsetzungen, Klinikprofil, Angaben zur Qualitätssicherung und Organisationsentwicklung ausführlich enthalten sind. Das Organigramm der Einrichtung veranschaulicht die Zuständigkeiten und Strukturen aller Bereiche und beinhaltet Funktionsträger und Stabsstellen. Mindestens jährlich erfolgt eine Überprüfung auf Aktualität.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Um eine kontinuierliche Verbesserung mit dem Ziel einer hochwertigen Rehabilitand*innenversorgung sicherzustellen, wurden die erforderlichen Strukturen eines QM-Systems inklusive eines Fehlermanagements geschaffen. Die Klinikleitung hat für die Koordinierung eine Qualitätsmanagementbeauftragte eingesetzt. Zentrales Gremium ist die QM-Steuergruppe unter Leitung der Qualitätsmanagementbeauftragten. Im Qualitätsmanagement sind die Mitarbeitende der Berufsgruppen und Bereiche durch die Arbeit in Qualitätszirkeln, Arbeits- und Projektgruppen eingebunden.

Die Klinik hat umfangreiche personelle und materielle Strukturen für das Qualitätsmanagement geschaffen. So wurde eine qualifizierte Qualitätsmanagementbeauftragte bestellt. Die Koordination des Qualitätsmanagements erfolgt durch die QM-Lenkungsgruppe. Die QM-Lenkungsgruppe reflektiert die Ergebnisse der Projektgruppenarbeit und entscheidet über das weitere Vorgehen.

Zur Sicherstellung einer hohen medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Qualität und zur Optimierung der Arbeitsabläufe sind Methoden interner Qualitätssicherung implementiert. Neben dem Einsatz medizinischer Messungen sowie dem Sammeln qualitätsrelevanter Daten wie z.B. Zufriedenheitsmessungen oder Schulungsquoten wird die interne Qualitätssicherung in festgelegten regelmäßigen Intervallen durch Befragungen und Audits sichergestellt.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Um eine kontinuierliche Verbesserung mit dem Ziel einer hochwertigen Rehabilitandenversorgung sicherzustellen, wurden die erforderlichen Strukturen eines Qualitätsmanagementsystems inklusive eines Fehlermanagements geschaffen. Die Klinikleitung hat für die Koordinierung eine Qualitätsbeauftragte eingesetzt. Zentrales Gremium ist die QM-Steuergruppe unter Leitung der Qualitätsmanagementbeauftragten. Im Qualitätsmanagement sind die Mitarbeiter der Berufsgruppen und Bereiche durch die Arbeit in Qualitätszirkeln, Arbeits- und Projektgruppen eingebunden.

Jährlich werden in einer Managementbewertung die Maßnahmen des zurückliegenden Jahres geprüft und bewertet und Qualitätsziele für das Folgejahr festgelegt. Die Qualitätsziele orientieren sich an den Interessen und Bedürfnissen der Rehabilitand*innen, Mitarbeitenden, Kostenträgern etc. Zur Erreichung der Qualitätsziele werden erkannte Verbesserungspotentiale durch Projektgruppenarbeit reflektiert, Maßnah-

men abgeleitet und nach Überprüfung durch die Klinikleitung umgesetzt. Die Mitarbeitenden werden im Rahmen einer Gesamtabteilungsbesprechung über festgelegte Ziele informiert.

6.2.1 Rehabilitanden / externe Kooperationspartner / Kunden

Rehabilitandenbefragungen finden kontinuierlich im Rahmen der Verabschiedungsrunde und dem Meinungsmanagement statt. Ziel der Befragungen ist, die Ermittlung der Kunden- und Mitarbeiterzufriedenheit. Die Befragungsergebnisse werden den Mitarbeitenden im Rahmen der Gesamtkonferenz vorgestellt. Gemeinsam werden Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Einweiserbefragungen werden durchgeführt.

6.2.2 Mitarbeiterbefragung

Mitarbeiterbefragungen finden alle zwei Jahre und nach Bedarf statt. Ziel der Befragungen ist, die Ermittlung der Mitarbeiterzufriedenheit. Die Befragungsergebnisse werden den Mitarbeitenden im Rahmen der Gesamtkonferenz vorgestellt. Gemeinsam werden Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Zusätzlich erfolgen jährliche Mitarbeitergespräche, die Ergebnisse werden statistisch ausgewertet und im Rahmen der QM-Lenkungsgruppe bewertet.

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

Die Anliegen der Rehabilitand*innen und ihrer Angehörigen sind uns wichtig. Daher existiert in der Einrichtung ein strukturiertes Verfahren zum Umgang mit Beschwerden. Es wurde ein Lob -und Kritikformular entwickelt, das an allen zentralen Stellen der Einrichtung ausliegt. So haben Rehabilitand*innen, Angehörige und Besucher die Möglichkeit Rückmeldung zu geben. Jede Kritik wird zeitnah bearbeitet. Die Erfassung und Auswertung erfolgt über die Qualitätsmanagementbeauftragte. Die Abteilungen und die Geschäftsführung werden regelmäßig über die Ergebnisse informiert.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Zur Sicherstellung einer hohen medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Qualität und zur Optimierung der Arbeitsabläufe sind Methoden interner Qualitätssicherung implementiert. Neben dem Einsatz medizinischer Messungen sowie dem Sammeln qualitätsrelevanter Daten wie z.B. Zufriedenheitsmessungen oder Schulungsquoten wird die interne Qualitätssicherung in festgelegten regelmäßigen Intervallen durch Befragungen und Audits sichergestellt.

Zur Identifikation von Verbesserungspotentialen und Überprüfung der eigenen Prozesse werden im Rahmen der internen Qualitätssicherung ziel- und problemorientiert qualitätsrelevante Daten erhoben und ausgewertet. Diese Maßnahmen der internen Qualitätssicherung werden unter anderem durch interne und externe Audits, Begehungen, Visiten, Beschwerdemanagement und Befragungen ergänzt.