

Vorschau Qualitätsbericht

Dokumenteneigenschaften	
Datenbank	Geriatrische Reha-Klinik Bethel Trossingen gGmbH
Selbstbewertung	SB 2018
Katalog	KTQ ReHa 2.0 - Copyright KTQ GmbH
Stand vom	08.07.2025 10:18
Bemerkung	Erzeugt von NEXUS/ZERT (http://www.nexus-qm.de/)
Wichtiger Hinweis	Dieses Dokument repräsentiert den Stand von 08.07.2025 10:18. Spätere Änderungen werden in dieses Dokument nicht automatisch integriert. Änderungen können hier nicht vorgenommen werden.

Inhaltsverzeichnis

1	REHABILITANDENORIENTIERUNG	3
2	MITARBEITERORIENTIERUNG	8
3	SICHERHEIT - RISIKOMANAGEMENT	10
4	INFORMATIONEN- UND KOMMUNIKATIONSWESSEN	14
5	UNTERNEHMENSFÜHRUNG	16
6	QUALITÄTSMANAGEMENT	20

1 Rehabilitandenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Die Straßenbeschilderungen leiten von der Stadt direkt zur Geriatrischen Reha-Klinik. Die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr ist durch Bus und Taxi gewährleistet. Parkplätze, einschließlich Behinderten- sowie Arztparkplätze, sind vorhanden. Verkehrswege sind mit Krankentransport- und Rettungsfahrzeugen frei anfahrbar. Das Orientierungssystem innerhalb der Einrichtung sowie dem Einrichtungsgelände ist systematisch aufgebaut, leicht verständlich und aktuell.

Der Rehabilitand wird vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme durch den Sozialdienst (SozD) des einweisenden Akuthauses bzw. den anmeldenden HA (Hausarzt) optimal informiert, so dass die Terminabsprache rechtzeitig und problemlos erfolgt. Alle für die Behandlung administrativen Daten werden erfasst und alle notwendigen vertraglichen Angelegenheiten sind geregelt.

Für alle Fragen bezüglich Aufnahme, Bettenplanung, Abrechnung, Wahlleistungen, Versicherungen, Zuzahlungen und Unterbringung von Begleitpersonen steht der Sozialdienst zur Verfügung.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Alle Standards und Leitlinien werden den Fachbereichen bereitgestellt und finden sich in der pflegerischen, ärztlichen und therapeutischen Tätigkeit wieder. Assessment- und Evaluationsinstrumente sind anhand aktueller Standards, Leitlinien, Behandlungsleitfäden sowie NES aufgebaut. Ebenso finden sich Verweise in den Berichten der einzelnen Bereiche wieder. Behandlungsleitfäden werden nach den Grundlagen der ICF-Kriterien ergänzt und umgesetzt.

Um den aktuellen Stand der Medizin fachlich sicherzustellen, erfolgen Fort- und Weiterbildungen auf den jeweiligen Fachgebieten. Das Einrichtungskonzept ist schriftlich festgelegt und wird transparent nach innen und außen durch das QMH, Internet sowie per Ausdruck bereitgestellt. Die Entwicklung des Einrichtungskonzeptes ist eine Zusammenarbeit aller Fachbereiche.

1.1.3 Information und Beteiligung des Rehabilitanden

Über den Behandlungsvertrag werden die jeweiligen Rechte sowie die Leistungen hinsichtlich einer Vertragsübereinkunft erläutert. Datenschutzrechtliche Hinweise werden erörtert. Offene Fragestellungen werden mit dem SozD besprochen.

Nachweise über Verfügungen, Vollmachten oder Betreuungen werden aufgenommen und an die entsprechenden Fachbereiche weitergeleitet. Sie finden im weiteren Verlauf der Rehabilitation Berücksichtigung. Vor- oder am Aufnahmetag erhält der Rehabilitand Informationsmaterial über die Einrichtung sowie deren spezifischen Angebote der Grundgedanke und Ablauf der Reha-Maßnahme.

Das Selbstbestimmungsrecht des Rehabilitanden findet in den jeweiligen Fachbereichen Berücksichtigung. Die Intimsphäre wird auf allen Ebenen respektiert. Durch ein transparent agierendes multiprofessionelles Team aus allen Fachbereiche, wird der Rehabilitand in den Informationsfluss miteingebunden.

1.1.4 Ernährung und Service

In der hauseigenen Küche wird täglich frisch und abwechslungsreich mit regionalen Produkten gekocht. Auch bietet die eigene Konditorei ein täglich frisches Angebot an hausgemachte Kuchen und Torten. Die Versorgung der Rehabilitanden erfolgt unter Berücksichtigung kulturspezifischer Besonderheiten, Vorlieben sowie religiösen Berücksichtigung. Die Daten bezüglich der Mahlzeiten werden im Aufnahmeverfahren erfasst und über die Diätassistentin an die Küche weitergeleitet. Grundsätzlich wird jeder Rehabilitand dem Logopäden vorgestellt. Weiterführende logopädische Behandlungen und Untersuchungen finden nach ärztlicher Verordnung statt. Der spezifische Umgang mit Risikopatienten, mit z. B. Schluckstörung, wird individuell festgelegt.

Auf Anordnung der Ärzteschaft, Wunsch des Rehabilitanden, z.B. durch Rückmeldung in der Morgenrunde, wird die Diätassistentin sowohl beratend, als auch betreuend während des Reha-Aufenthaltes hinzugezogen. Sonderangebote wie diverse Zwischenmahlzeiten, Lehrküche, Therapien in der Informationsveranstaltungen zum Thema Ernährung sind unterstützend zur Rehabilitation möglich.

Die Reha-Klinik bietet Individuell gestaltete freundliche Zimmer mit Bad und Dusche, Flachbildfernseher sowie auf Wunsch Telefonanschluss. Für Wertsachen steht für jeden Rehabilitanden ein Safe zur Verfügung. Für Bezugspersonen stehen Gästezimmer im angrenzenden Westflügel zur Verfügung. Außerhalb der Zimmer gibt es ausreichende Aufenthaltsmöglichkeiten wie z.B.: Park, Cafeteria, Multifunktionsraum, Raum der Stille, Aufenthaltsraum.

1.2.1 Maßnahmen der Erstdiagnostik und Erstversorgung

Durch ein strukturiertes Notfallmanagement kann eine schnelle und adäquate Versorgung des Notfallpatienten sowie ggf. eine zügige Verlegung in ein Akutkrankenhaus eingeleitet werden. Die Reha-Klinik ist über einen diensthabenden

Arzt sowie Ersthelfende im Haus jederzeit in der Lage, schnelle und umfassende Hilfe zu leisten. Ein internes Notfallmanagement regelt das jeweilige Vorgehen und stellt somit eine umfassende Erstdiagnostik und Erstversorgung sicher.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Die stationsärztliche Aufnahme erfolgt am Aufnahmetag sowie in einer Zweitsicht durch einen Facharzt. Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) findet in der jeweiligen Planung und Therapie Anwendung. Zu Beginn der Rehabilitation erfolgt eine Untersuchung und Anordnung von Therapien durch den verantwortlichen Stationsarzt. Zusätzlich erfolgen am Aufnahmetag die Aufnahmegespräche mit Sozialdienst und Pflege, inklusive der Einschätzung von Sturzgefahr, Versorgung mit Geh-Hilfsmitteln (falls erforderlich). Prophylaktische Maßnahmen wie bspw. Lagerungen, Verbandswechsel oder Thromboseprophylaxe werden nach Bedarf eingeleitet. Die Therapieziele werden dokumentiert und evtl. weitere notwendige Diagnostik angemeldet. Durch eine tgl. interprofessionelle Abstimmung in der Morgenbesprechung sowie im Rahmen der Visiten werden weitere Maßnahmen abgestimmt.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Steuerung des therapeutischen Prozesses und die Therapiezuordnung obliegt dem CA/OA sowie als ausführende Organe der Ärzteschaft, der Pflege der Therapeutie (Physio, Ergo, Logo). Der therapeutische Prozess erfolgt unter Einbeziehung eines Case Managements. Ausgangsbasis bilden:

- die Individuelle Einschätzung der Fachbereiche.
- die Auswertung und Analyse in Bezugnahme der Vorbefunde
- den individuellen Hilfebedarf des Rehabilitanden sowie der des Rehapotenzials.
- die Festlegung des Rehabilitationszieles im Dialog mit dem Rehabilitanden.

Die Planung und Durchführung von Prophylaxen / Vorsorgemaßnahmen erfolgt von pflegerischer Seite und tragen zur Genesung bei.

Schmerztherapien unterschiedlicher Kategorie (akut/chronisch) werden, entsprechend dem NES und den Vorgaben der WHO, in einer interdisziplinären Behandlung umgesetzt.

1.4.3 Spezielle rehabilitative Prozesse

Es existieren Schulungen für spezielle Problemlagen bzw. Erkrankungen. Tägliche Arbeitspläne der Therapeuten und die Therapiepläne der Rehabilitanden gewährleisten die Identifikation.

Werden bei der Anmeldung individuelle Besonderheiten festgestellt, werden im Vorfeld spezielle Versorgungsleistungen eingeplant. Spätestens bei der Aufnahme durch die Ärzte, Therapeuten und Pflege, werden der individuelle Bedarf des Rehabilitanden ermittelt und ggf. spezielle Prozesse eingeleitet.

Nach dem Aufnahmegespräch legt jede Fachabteilung individuelle ICF basierte Rehabilitationsziele fest. Hierbei werden der Rehabilitand und dessen sozialer Hintergrund mit einbezogen sowie individuelle Wünsche berücksichtigt. Treten Besonderheiten während des Rehabilitationsverlaufes auf, werden diese in der interprofessionellen Morgenbesprechung thematisiert und gfs. eine Therapieplanänderung eingeleitet.

1.4.4 Visite

An der Chefarztvisite nehmen mindestens Chefarzt und/oder Oberarzt, Assistenzarzt und eine Pfachkraft teil. Außerdem nach Möglichkeit Mitarbeitende von Therapie und Sozialdienst. Inhalte der Visiten sind medizinische Beschwerden und Erkrankungen der Rehabilitanden (z.B. Schmerzen, Schwellungen, Funktionseinschränkungen, Narben, Wunden), medizinische Befunde (Labor, technische Untersuchungen, Vitalwerte), Anpassungen der Medikamente sowie der Rehabilitationsverlauf selbst.

Auch die Planung von Verlängerung oder Entlassung ist Gegenstand der Visite. Aktuelle Vitalwerte und Laborwerte liegen zur Visite im Cardex vor und können eingesehen werden. Alle anwesenden Berufsgruppen stellen ihre aktuelle Einschätzung des Rehabilitanden dar.

Es werden folgende Visitenarten in der Reha-Klinik geplant: Stationsarztvisite, Kurvenvisite / Oberarztvisite, Chefarztvisite.

1.5.1 Entlassungsprozess

Im Rahmen der täglichen Visiten und / oder wöchentlichen Therapiekonferenz werden wichtigen Eckpunkte für das Entlassmanagements, z.B. auch notwendige Hilfsmittel, die Notwendigkeit einer Verlängerung des Rehabilitationsaufenthalts, Pflegebedarfs usw. erörtert und darüber hinaus mit dem Rehabilitanden und Bevollmächtigten / Betreuer besprochen.

Etwa zur Hälfte des Rehaaufenthalts, oder nach Bedarf nimmt der SozD Kontakt mit Rehabilitand/Angehörigen auf. Besprochen werden insbesondere die Möglichkeiten,

Vorstellungen und Wünsche des Rehabilitanden bezüglich der Weiterversorgung. Der SozD unterstützt die Angehörigen bei der Versorgung oder im Falle einer Unterbringung in einer anderen Einrichtung und stimmt diese mit den weiterführenden Stellen ab (z.B. Pflegeheim sowie bei der Inanspruchnahme externer ambulanter Hilfen z.B. ambulanter Pflegedienst, niedergelassene Ärzte, Reha-Einrichtung, Selbsthilfegruppen etc.).

Kooperationen mit Sanitätshaus, ambulanten Pflegediensten, Seniorenzentren, sowie Ärzten bestehen und werden ggf. in Anspruch genommen oder weitervermittelt.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Rehabilitanden

Die Würde und den individuellen Werten jedes Einzelnen wird größtmöglichen Respekt entgegen gebracht. Die ganzheitliche Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen beinhaltet nicht nur die umfassende Kontrolle von belastender Symptome / Schmerzlinderung sondern gleichermaßen wird auf die psychischen und sozialen Bedürfnisse des Rehabilitanden und ihrer dessen Angehörige eingegangen.

Von großer Bedeutung ist die Wahrung der Menschenwürde bis zum Lebensende. Dies erfolgt durch unterscheidliche Begleitung und Vermittlung realistischer Hoffnung und Vertrauen.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Der zuständige Arzt muss den Tod auf der Station feststellen und bestätigen. Er hat die Aufgabe, dafür Sorge zu tragen, dass die Angehörigen/Betreuer informiert werden. Bei unklarem Todesfall wird die Verwaltung und Geschäftsleitung informiert und ggf. das Gesundheitsamt bzw. die Polizei eingeschaltet. In jedem Fall, in dem in der Todesbescheinigung "Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod" gesehen werden oder die Todesart als „ungeklärt“ erachtet wird, wird die Kriminalpolizei vom Arzt benachrichtigt. Die Begleitung der Angehörigen in den Raum der Stille soll Gelegenheit und Zeit zur Verabschiedung geben. Seelsorgerlichen Beistand wird im Rahmen des Möglichen umgesetzt, beispielsweise durch hinzuziehen eines Seelsorgers.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Leistungsbezogene Kennzahlen für die Planung des Personalbedarfes ergeben sich aus den festgestellten Planbetten der Haushaltsplanung. Die Planbetten sind Grundlage der Personalplanung. Der Personalbedarf besteht aus einem vorgegebenen Personalschlüssel für die jeweiligen Bereiche.

Die Bereitstellung qualifizierten Personals soll größtmögliche Effektivität und Effizienz erzeugen sowie fach- und sachgerechtes Handeln sicherstellen. Das Unternehmen arbeitet mit einem effektiven Controlling System zur Vermeidung von Erlösengpässen. Des Weiteren soll die fachliche, methodische, personelle und soziale Kompetenz aller Mitarbeitenden gesteigert werden. Wichtig ist, dass die Mitarbeiter ihr bisher nicht erkanntes und genutztes Entwicklungspotenzial erkennen und ausschöpfen. Zusätzlich soll die Arbeitszufriedenheit gefördert werden.

2.1.2 Personalentwicklung

Die Organisation der Personalentwicklung leitet sich aus dem errechneten Personalbedarf, der erforderlichen Qualifikation sowie den Vorgaben seitens der Kostenträger ab. Für alle Fachbereiche steht eine Stellenbeschreibung mit den jeweiligen Kompetenzprofilen zur Verfügung.

Karriereplanungen, Beurteilungen, Fort- und Weiterbildungen sowie Zielvereinbarungen sind zentrale Themen der Personalentwicklung und dienen der MA-Bindung, der Sicherstellung von Anforderungen sowie der Zielerreichung des Unternehmens.

2.1.3 Einarbeitung

Durch eine strukturierte Einarbeitung in die Arbeitsaufgaben soll u.a. eine möglichst rasche und problemlose Integration der neuen MA in das Team und das Unternehmen gelingen sowie ein selbständiges, eigenverantwortliches und verantwortungsbewusstes Handeln der MA erreicht werden.

Neuen Mitarbeitenden dient eine Bezugsperson (Pate) als ständige Ansprechperson. Pate und Vorgesetzter sind verantwortlich für die Sicherstellung einer optimalen Einarbeitungsphase.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Die Regelungen zur Fort- und Weiterbildung basieren auf dem Prinzip der Förderung (aufstiegsorientierter) MA und sind Teil dessen Umsetzung. Die Planung der Fort- und Weiterbildung wird grundsätzlich prospektiv auf 3-4 Jahre festgelegt. Pflichtschulungen definieren sich aus

- der Vorgabe durch Gesetzes- und Rechtsvorschriften
- der Vorgabe durch das DwB. Ein Kriterienkatalog wird über das Scheve Management erstellt und dient als Basis der Planungen.
- der Vorgabe dem Konzept durch die Geriatriische Reha-Klinik Bethel Trossingen gGmbH
- der Vorgabe der Ärztekammer „Fachärztliche Weiterbildung“

2.1.5 Arbeitszeiten / Work-Life-Balance

Das Unternehmen arbeitet , unter Berücksichtigung der betrieblichen Belange, an der Schaffung einer Work-Life-Balance für ihre Mitarbeitenden. Eine angenehme und offene Unternehmenskultur ermöglicht es den MA, Bereiche des Privatlebens mit dem Job zu vereinbaren. Work-Life-Balance eines Unternehmens sorgt gleichzeitig dafür, das Unternehmensimage zu verbessern und auf dem Arbeitgebermarkt wettbewerbsfähig zu bleiben. Dabei werden verschiedene Leistungen angeboten. Das Unternehmen profitiert durch diese unterschiedlichen Work-Life-Balance-Aktivitäten von einer hohen Motivation der Belegschaft, die wiederum zur Arbeitszufriedenheit und Leistungsverbesserung führt. Ziel ist es, eine hohe Mitarbeiterbindung zu erhalten.

2.1.6 Ideenmanagement

Den Kern des Ideenmanagements bilden die unterschiedlichen Interessengruppen des Unternehmens, MA, Kunden, Lieferanten und sonstige mögliche Ideengeber. Für ein funktionierendes Ideenmanagement wurde im Unternehmen eine offene, innovationsfördernde Unternehmenskultur geschaffen. Das Ideenmanagement ist bei der Unternehmensleitung und den Vorgesetzten garantiert und wird gefördert. Ideen und kreative Denkweisen von Mitarbeitenden führen zu einer Verbesserung der Struktur und Qualität und werden durch ein Prämiensystem belohnt.

3 Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements und Fehlermanagements

Das klinische Risikomanagement umfasst das pflegerische, therapeutische sowie medizinische Risikomanagement während des Rehabilitationsablaufes und ist in folgende Teilschritte aufgegliedert:

Risikoanalyse: Ziel der Risikoanalyse ist die Ermittlung der Ursachen von Risiken und fehlerbegünstigenden Faktoren, deren Eintrittswahrscheinlichkeit sowie deren Auswirkung auf die Sicherheit der Rehabilitanden, der an der Versorgung Beteiligten und der Organisation.

Risikobewertung: Im Rahmen der Risikobewertung legt die Geschäftsführung Pflege / Medizin und auf Basis der identifizierten und analysierten Risiken fest, welche Risiken mit welcher Intensität und Priorität bewältigt werden.

Risikobewältigung mit dem Ziel: Vermeidung des Risikos durch Einstellen der Aktivitäten, Verminderung des Risikos durch Präventionsmaßnahmen, Überwälzung des Risikos bis hin zu einem akzeptablen Restrisiko. Die Risikobewältigung erfolgt in Anlehnung an den PDCA-Zyklus und berücksichtigt gesetzliche und untergesetzliche Anforderungen einschließlich Handlungsempfehlungen externer Experten.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Eigen-, fremdgefährdeten sowie orientierungslose Personen sind Teil des klinischen Risikomanagement. Alle Mitarbeitenden werden in den jeweiligen Handlungsschritten geschult, Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Pateintensicherheit fließen in den Umsetzungsprozess mit ein. Gesetzlich und behördlicher Forderungen werden eingehalten, technische Risiken, z. B. Treppe, Balkone, Steckdose, Geräten entsprechenden Arbeitsstättenverordnung sowie den Unfallverhütungsvorschrift.

3.1.3 Konzept zum medizinischen Notfallmanagement

Notfälle können jeden Tag zu jeder Minute auftreten und betreffen nicht nur körperliche, sondern auch psychische Veränderungen des Gesundheitszustandes, die während der Rehabilitation lebensbedrohlich sein könnte.

Zum Notfallteam der Reha-Klinik gehören im engeren Sinne die Ärzte, Pflegefachkräfte und Ersthelfenden. Im weiteren Sinne kann jede anwesende

Person zum Notfall Team gehören, denn jeder kann eine Notfallsituation vorfinden und sollte dann in kürzester Zeit die richtigen Maßnahmen einleiten, um eine zügige Versorgung des Rehabilitanden zu gewährleisten.

3.1.4 Hygiene

Das Unternehmen wird von einer Fachkraft für Hygiene betreut. Die Umsetzungen von gesetzlichen Vorgaben sind Grundlage des Hygienehandbuches, welches sich an den Richtlinien des Robert-Koch-Institutes orientiert. Hygienekommission,- Begehungen,- Untersuchungen sowie mikrobiologische Untersuchungen etc. sind protokolliert und archiviert. Korrektur und Verbesserungsmaßnahmen werden über den Maßnahmenplan bearbeitet. Maßnahmen werden abgeleitet und umgesetzt. Alle Schulungen werden über die QMB ausgewertet und archiviert. Die Einrichtung beteiligt sich zudem an externen Hygienemaßnahmen (z.B. Aktion Saubere Hände).

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Das Infektionsmanagement umfasst die Planung, Durchführung und Kontrolle vorbeugender Maßnahmen zur Vermeidung Infektionen sowie regelmäßige Schulung aller MA zu den neuesten Erkenntnissen. Es stellt eine Leitlinie für die MA dar und zielt auf die Sicherstellung eines gleichbleibend hohen Hygienestandards. Im Falle gehäuft vorkommender Infektionen spielen dem CA/OA sowie der Fachkraft für Hygiene eine wichtige Rolle zur Beherrschung dieses Ausbruchs. Die Reha-Klinik steht in wichtigen Hygienefragen in Kontakt mit dem Gesundheitsamt.

3.1.6 Arzneimittel

Das Arzneimittelgesetz und das Betäubungsmittelgesetz bilden die Grundlage zur korrekten Erfüllung der Anforderungen. In regelmäßigen Fortbildungen, täglichen Besprechungen und Visiten werden Ärzte und Pflegekräfte im sicheren Umgang mit Medikamenten und Wechselwirkungen geschult.

Bereits bei der Aufnahme neuer Rehabilitanden wird vom ärztlichen Dienst wie auch von der Pfachkraft nach Allergien und Unverträglichkeiten gefragt und in der Dokumentation vermerkt. Bei jeder Neuverordnung von Medikamenten wird auf bekannte Unverträglichkeiten Rücksicht genommen. Eine Aufklärung möglicher Nebenwirkungen wird standardmäßig umgesetzt.

3.1.7 Medizinprodukte

Alle Medizinprodukte unterliegen der Medizin-Produkte-Betreiberverordnung (MPBetreibV). Alle Produkte werden regelmäßig gewartet und instand gehalten. Die zeitlichen Intervalle sowie die Durchführung der Instandhaltung der jeweiligen

Medizinprodukte werden durch den Beauftragten für Medizinprodukte des Hauses sowie zertifizierte Unternehmen umgesetzt. Die jeweiligen Daten sind im Bestandsverzeichnis des Unternehmens dokumentiert.

3.2.1 Arbeitsschutz

In der Rehabilitationseinrichtung wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz der MA und den Umgang mit Gefahrenstoffen berücksichtigt. Die Bereiche von Arbeitsmedizin und -sicherheit und die Erstellung von Gefährdungsbeurteilungen werden durch eine Fachkraft für Arbeitssicherheit sowie einem Betriebsarzt unterstützt. Arbeitssicherheitsausschuss, Sicherheitsbegehungen, Gefährdungsbeurteilungen, betriebsmedizinische Vorsorgeuntersuchung sowie Unterweisung in Gefahr- und Biostoffe werden turnusgemäß umgesetzt.

3.2.2 Brandschutz

Das strukturierte Vorgehen im Bedarfsfall sowie alle dazugehörigen Verfahren werden im Notfallmanagement sowie der darin enthaltenen Brandschutzordnung gemäß DIN 14096 geregelt. Das Verhalten im Brandfall innerhalb des Gebäudes ist festgelegt. Alle Maßnahmen zur Brandschutzvermeidung sind getroffen. Aushang von Flucht und Rettungsplänen sind aktuell. In jedem Dienstzimmer befindet sich eine „Brandschutzordnung A“. Eine regelmäßig nach den gesetzlichen Vorgaben, Kontrolle/Prüfung der brandschutztechnischen Einrichtungen erfolgt durch externe Wartungsfirmen sowie dem Brandschutzbeauftragten.

3.2.3 Datenschutz

Der Datenschutzbeauftragte ist nach der Intention der EU-DSGVO das innerbetriebliche Kontrollorgan in allen Datenschutzfragen und wirkt auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften (Art. 39 DSGVO Aufgaben des Datenschutzbeauftragten) mit folgendem Auftrag hin:

- Unterrichtung und Beratung
- Überwachung der Einhaltung der Datenschutzvorschriften
- Zusammenarbeit mit und Anlaufstelle für die Aufsichtsbehörde

Das Unternehmen gibt zeitlichen Raum zur Umsetzung der Vorgaben sowie Schulungen zu aktuellen und allgemeinen Themen. Der Datenschutzbeauftragte berichtet in einem jährlichen Datenschutzbericht über die jeweilig festgestellten Sachverhalte in Bezug auf den Datenschutz in der Einrichtung. Neuerungen und Änderungen werden über Datenschutz-News per E-Mail an die MA weitergeleitet.

Schulungen (Pflichtveranstaltungen) finden alle 2 Jahre statt und werden prospektiv auf 4 Jahre über den Fortbildungsplan geplant und umgesetzt.

3.2.4 Umweltschutz

Der betriebliche Umweltschutz ist auf eine kontinuierliche Verbesserung der Stoff- und Energieflusseffizienz (Umweltentlastung), die konsequente Einhaltung aller gesetzlichen Vorschriften und die optimale Organisation umweltrelevanter Abläufe ausgerichtet. Sparsamer Umgang mit Energie und Ressourcen wird durch organisatorische Maßnahmen, die Anwendung der gesetzlichen und kommunalen Umweltverträglichkeitsprüfung und den Einsatz der besten verfügbaren Technik im Rahmen des wirtschaftlich sinnvollen verwirklicht. Bei der Beschaffung und Vergabe werden die Ziele des Umweltschutzes beachtet. Umweltgesichtspunkte sind Bestandteile von Ausschreibungen, Vergaben, Verträgen und Planungsergebnissen.

3.2.5 Katastrophenschutz

Die Grundlage beruht auf den Vorgaben des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Die Organisation im Unternehmen erfolgt über die Technische Leitung. Realisierungsmaßnahmen werden über die Haupt- und Geschäftsführung eingeleitet. Dem Amt für Brand- und Katastrophenschutz obliegen die Aufgaben der unteren Verwaltungsbehörden nach dem Feuerwehrgesetz. Es steht der Einrichtung für die Beratung zur Verfügung.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Der Ausfall von Systemen stellt ein *Worst-Case-Szenario* dar, das für die betreffende UB weitreichende Schäden zur Folge haben könnten. Alle Bereichsleitungen sowie die Haupt- und Geschäftsführung stehen mit dem technischen Leiter in der Verantwortung, die jeweiligen Szenarien schnellstmöglich in Griff zu bekommen. Unterschiedliche Optionen unterstützen die Verantwortlichen in Ihrem Handeln. Externe Firmen kooperieren mit der Reha-Klinik und stehen durch 24h Notdienste zur Verfügung. Über externe Dienstleister in der nahen Umgebung wird sichergestellt, dass bei Ausfällen oder auftretenden Problemen umgehend Hilfe angefordert werden kann. Die jeweiligen Notrufnummern sind in allen Fachbereichen hinterlegt.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Die Beschreibung von Planung und Aufbau des EDV Systems ist über SKG (Scheve Kommunikation Service) geregelt und findet auf die einzelnen Unternehmensbeteiligungen entsprechende Anwendung. Service-Leistungen (Support, Hotline, Helpdesk-Funktionalitäten) sind mit den jeweiligen Anbietern festgelegt. Alle Unternehmensbereiche der Geriatrischen Reha-Klinik sind an das zentrale EDV System des Diakoniewerks angekoppelt. Die Anwendungsberechtigungen werden durch eine geeignete Vorgabe von Rechten geregelt und stellen die Vertraulichkeit und Integrität der Daten sicher.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Zur klinischen Dokumentation gehören alle patientenbezogenen Aufzeichnungen, die bei der ärztlichen, therapeutischen, pflegerischen Tätigkeit sowie im Aufgabenbereich des Sozialdienstes (d. h. im Versorgungsverlauf) entstehen. Daten des Rehabilitationsverlaufes aller Fachbereiche werden über die elektronischen Patientenakte zusammengefügt, ausgewertet und fließen in den weiteren Prozess der jeweiligen Fachbereiche mit ein.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

In der Reha-Klinik wird eine Akte pro Rehavbilitand geführt. Es existiert ein angepasstes Verfahren, dass die adäquate Weiterleitung der Informationen sowie ein patientenbezogenes Zusammenführen von Unterlagen der unterschiedlichen Fachbereichen gewährleistet. Datenwerte und Teile einer Patientenakte werden im Computer gespeichert, sog. elektronische Patientenakte (EPA). Papierbezogene Daten und EPA Daten sind archiviert und jederzeit abrufbar. Im Rahmen des Versorgungsauftrags gilt die jeweilige Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO).

Die *Archivierung / revisionssichere Langzeitarchivierung* wird vom SozD gesteuert. Jede Akte wird anonymisiert über die Angabe von SAP-Fallnummer, Name und Geb.-Datum archiviert. Archive sind über eine Archivordnung sichergestellt.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die Unternehmenskommunikation der Unternehmensleitung basiert auf den Grundpfeilern der Offenheit, Transparenz und Partizipation. Angebote für einen niederschweligen Informationsaustausch zwischen der Unternehmensleitung und Arbeitnehmenden sind in die Unternehmenskultur integriert. Das Prinzip *der offenen Türen* ist im Unternehmen fest verankert und stellt so den niederschweligen Zugang zur Unternehmensleitung sicher.

Um die Fülle an Informationen aus gesetzlicher, behördlicher Forderung nachzukommen, werden unterschiedliche Informationsgeber herangezogen, um einen aktuellen umfassenden Informationsgehalt sicherzustellen.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Das Ziel der *Informationslogistik* besteht darin, die richtige Information, im richtigen Umfang, in der richtigen Qualität, zur richtigen Zeit, mit möglichst geringem Aufwand, zur richtigen Person oder Fachbereich weiter zu leiten.

- Die interne Informationslogistik ist über eine Informations- und Kommunikationsstruktur aufgegliedert und verzweigt sich auf alle Fachbereiche.
- Die externe Informationslogistik baut auf den Schwerpunkt des Informationsgehalts von Gästen oder Lieferanten auf.

Alle neuen Mitarbeiter erhalten im Rahmen der Einarbeitung, Einweisungen bezüglich der im Haus üblichen Grundsätze des Kommunikationsverhaltens u. a. Telefonverhalten. Die Einrichtung verfügt über eine zentrale Auskunftsstelle. Zu deren Aufgaben gehören u. a. Zentrale Telefonannahme, Vermittlung und Weiterleitung, Reha-Aufnahme bei Ankunft, zentrale Schnittstellenfunktion, Rezeptionsaufgaben/Empfang von Gästen und Besuchern, Erteilung von Auskünften, etc.

5 Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Teilhabeorientiertes Leitbild

Das schriftliche Leitbild enthält Aussagen zu: Selbstverständnis, diakonischem Auftrag, Handlungsfeldern, Werteorientierung und christlichem Menschenbild, Führungsgrundsätzen, Qualitätsmanagement, Wirtschaftlichkeit, Mitarbeiterpflege, Kooperationen, Ökologie, Einbindung in gemeindliche und kommunale Strukturen, Bedeutung der christlich-ethischen Grundlagen für die Entwicklung von Zukunftsperspektiven, Umgang mit nicht-christlichen Weltanschauungen und religiösen Bedürfnissen. Alle in der Einrichtung bestehenden Leitbilder und Konzepte sowie sämtliche einrichtungsinterne Regelungen folgen dem diakonischen Einrichtungsleitbild und sind von diesem abgeleitet.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Führungskompetenz sowie vertrauensbildende Maßnahmen beinhalten sowohl das Wissen über bestimmte Vorgehensweisen (Fertigkeiten) der Führung als auch die Fähigkeiten, diese situationsgerecht anzuwenden.

Die Grundlage der Führungskompetenz / vertrauensbildenden Maßnahmen, bilden in der Reha-Klinik die Leitbilder, welche eingebunden sind in die Leitungs- und Führungsgrundsätze *Leben und Arbeiten*. In besonderer Weise sind alle Führungskräfte für das *Arbeiten in christlicher Verantwortung* verantwortlich.

Im Klima der gegenseitigen Wertschätzung und Respekt, prägen Sie das „*Miteinander Füreinander da!*“. Das Unternehmen berücksichtigt den allgemeinen Gleichstellungsgrundsatz. Der Grundgedanke des Gleichbehandlungsgrundsatzes zielt darauf ab, dass alle MA gleich behandelt werden.

Prinzipien vertrauensbildender Maßnahmen werden im Unternehmen umgesetzt:

- Berechenbarkeit in Form von „Teilen von Erfahrungen“
- Fehler als Chance in Form eines „adäquaten Umgangs mit Kritik / Fehler“
- Verbindlichkeit in Form von „Transparenz“
- Interesse am Menschen durch „vertrauensbildende Maßnahmen“, z. B. Handlungsspielraum eines Fachbereichs

5.1.3 Ethische, kulturelle und weltanschauliche Verantwortung

Sowohl das ethische, kulturelle als auch das weltanschauliche Verständnis der Reha-Klinik Bethel Trossingen gGmbH gründet sich auf dem Leitbild und den Leitfäden „*Leben und Arbeiten*“ sowie „*Arbeiten in christlicher Verantwortung*“. Darin definiert das Diakoniewerk folgenden Grundsatz:

„Bethel möchte diakonisch handeln, indem es die Würde eines jeden Menschen achtet, ohne Rücksicht auf kirchliche Zugehörigkeit, politische oder weltanschauliche Einstellung, Rasse, Nationalität und sozialen Stand.“

Verantwortlich für die Sicherstellung der ethischen, kulturellen und weltanschaulichen Verantwortung tragen Management und die Bereichsleitung gleichermaßen.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Das *Corporate Identity des DwB* stellt die Gestaltungsrichtlinie für die Einrichtungen der Bethel-Gruppe verbindlich in einem Manual vor. Sie dienen zur Wiedererkennung, Markenbildung sowie der Darstellung des Leistungsspektrum in Flyer, Broschüren oder ähnlichen Marketing Maßnahmen. Das Unternehmen ist in vielfältiger Weise mit den Medien verbunden und nutzt diese zur Zusammenarbeit und Informationsweitergabe bei Neuerungen und Entwicklungen, Pressemitteilungen oder Einladungen. Zusätzlich fügt sich die Reha-Klinik in die sozialen Strukturen der Stadt ein, um diese in der Reha-Klinik miteinzubinden, z. B. Mitglied im Kunstverein dient der Außenwirkung des Unternehmen.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Basis aller Entwicklungs- und Umsetzungsschritte bilden die Leitbilder und Philosophie des Unternehmens. Projekte, Vorhaben und Ausrichtungen der Reha-Klinik werden über die Jahresziele definiert und beinhalten den gesamten Wirtschaftsplan inklusive Finanz-, Investitions- und Liquiditätsplanung. Sie bilden die Ausgangslage der Machbarkeit und Umsetzungsrealisation.

Unsere Verpflichtung in der Unternehmensführung zielt in erster Linie auf die Zufriedenheit unserer Rehabilitanden mit den vereinbarten Dienstleistungen ab.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Das wirtschaftliche Handeln und kaufmännische Risiko stellen die mit jeder wirtschaftlichen Betätigung verbundene Verlustgefahr dar. Es kann sich sowohl um den effektiven Verlust von eingesetztem Kapital als auch um die Nichtausnutzung möglicher Vorteile (Opportunitätsverluste) handeln.

Damit im Rahmen eines Risikomanagementprozesses eine effiziente Risikovorsorge möglich ist, werden die einzelnen Risiken zunächst identifiziert, und bewertet. Zur Erfassung der Risiken werden in der Reha-Klinik u.a. folgende Maßnahmen herangezogen.

- Kennzahlen
- Kapazitätsauslastung
- Personalbedarfsdeckung
- Personalaufwandsquote
- Weiterbildungsquote
- usw.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Anfangsinnovationen zur Erschließung neuer Märkte und der Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit dienen dazu, sich der gesellschaftlichen Herausforderung im Gesundheitswesen in der Region zu stellen. Als mittelständische Unternehmen ist sich die Reha-Klinik ihrer gesellschaftlichen Verantwortung bewusst und möchte dies auch mit entsprechenden, z.B. unterstützenden Aktivitäten, vor allem in der Region umsetzen.

Wir wollen vor allem unsere Stärken bzw. das Knowhow einbringen. Hierzu gehört

- die Förderung der Gesundheit,
- die Öffnung unseres Hauses nach außen,
- die Förderung der medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität und
- die Förderung von Ausbildungsmöglichkeiten und Bereitstellung von Arbeitsplätzen.

Ein wichtiger Punkt ist im Unternehmen die Unterstützung von sozialen, kulturellen Projekten. Hier unterstützt das Unternehmen zahlreichen Vereine in Trossingen.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Unabhängig von den unterschiedlichen Verantwortungsebenen verstehen sich alle Mitarbeitenden der Geriatrischen Reha-Klinik als eine Gemeinschaft, in der fachübergreifende Dialoge besondere Achtung bekommen. Basis für eine gemeinsame Verständigung bilden regelmäßige Besprechungen / Konferenzen sowie Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, deren Ergebnisse in die einzelnen Bereiche getragen werden, z. B. Betriebsversammlung, Teamsitzung, QZ, etc..

Wesentliche Grundsätze zur Führung diakonischer Unternehmen sind die Ausbildung gegenseitigen Vertrauens, Entscheidungen und Handlungen mit

anderen. Deshalb differenzieren wir zwischen Leitungs- und Handlungsdiakonie und pflege das Prinzip der kompetenzorientierten Entscheidungsfindung. Bei wichtigen Beschlüssen holen die Führungskräfte grundsätzlich den Rat der Haupt- und Geschäftsführung ein.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Wenn Wissensmanagement als „Lernende Organisation“ gesehen wird, kommen sich die beiden Begriffe Wissen und Innovation näher. Denn beide Disziplinen, Wissens- und Innovationsmanagement, nutzen Potenziale zur Verbesserung. Der Standort Bethel Trossingen nutzt die *Wissenstreppe*, zur Wettbewerbsfähigkeit, denn dies bedeutet zugleich Einzigartigkeit und bleibendes Bestehen auf dem Markt. Das Unternehmen setzt unterschiedliche Methoden ein, um Innovationen (Anregungen/ Vorschläge) umzusetzen. Im Ansatz werden hier nur einige der vielfältigen Methoden aufgeführt:

- Open Innovation Ansatz = ist die Beauftragung eines technischen Dienstleisters, eine technische Lösung für eine konkrete Aufgabenstellung zu finden: Im Unternehmen z. B. bei MCC, Shiva
- Big Data oder Analyse von Datenmengen = sind Innovationen die aus Auswertungen und Analysen oder aus Statistiken entstehen: Im Unternehmen z. B. Managementbewertung
- Brainstorming = steht für alle Arten der Aufgabenstellung: Im Unternehmen z. B. bei Planung der Biblischen Reise ...

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Die oberste Leitung verpflichtet sich für das QM einen QMB einzusetzen, anzuleiten und zu unterstützen, welcher zur Wirksamkeit des QM-Systems beiträgt. Zudem fördert die oberste Leitung die ständige Verbesserung des QM-Systems. Das Steuerungsteam des Qualitätsmanagements setzt sich aus der Geschäftsführung und dem Qualitätsbeauftragten zusammen. Die 7 Grundsätze des QM-Systems

- Kundenorientierung,
- Führung,
- Engagement der Mitarbeitenden,
- Prozessorientierter Ansatz,
- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess,
- Faktengestützte Entscheidungsfindung sowie
- Beziehungsmanagement

finden sich in Organisation und Aufgabenprofil des Qualitätsmanagementsystem wieder.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Das Qualitätsmanagement unterstützt die unternehmerischen Prozesse der Reha-Klinik und das Team dabei, Arbeitsabläufe zu strukturieren, Verantwortlichkeiten festzulegen und Risiken frühzeitig zu erkennen. Die Strukturen sind so ausgelegt, dass das Handeln jedes Mitarbeitenden beobachtet, dokumentiert und Verbesserungen und Veränderungen stattfinden. Ein maßgeblicher Faktor ist die kontinuierliche Verbesserung der Prozesse. Erfahrungswerte fließen nach Umsetzung wieder zurück in die Planung, so dass ein Regelkreis (Demingkreis) entsteht:

- **Qualitätsplanung** - es wird ein Ist-Zustand ermittelt und die Rahmenbedingungen für das Qualitätsmanagement festgelegt. Danach werden Konzepte und Abläufe erarbeitet.
- **Qualitätslenkung** - die in der Planphase gewonnenen Ergebnisse werden umgesetzt.
- **Qualitätssicherung** - Auswerten qualitativer und quantitativer Qualitätsinformationen (Kosten-Nutzen, Überprüfen von Ergebnisse).

- **Qualitätsgewinn** - aus vorheriger Phase gewonnene Informationen werden für Strukturverbesserungsmaßnahmen und Prozessoptimierung eingesetzt. Erfolge und Ergebnisse werden kommuniziert.

6.2.1 Rehabilitanden / externe Kooperationspartner / Kunden

Die Befragung ist Teil des Risikomanagements und hilft, wesentliche Faktoren, für den Unternehmenserfolg oder -bestand zu erkennen sowie ein optimales Verhältnis zwischen Chancen und Risiken, ausgehend von den Risikopräferenzen des Entscheidungsträgers, zu finden. In der Einrichtung werden regelmäßige Befragungen durchgeführt. Jährlich werden unterschiedlich Zusweisende eingeladen (Akuthäuser, Ärzte, Krankenkassen...), um in einem gegenseitigen Austausch Verbesserungen abzuleiten. Ergebnisse, die sich aus Erkenntnissen ableiten lassen werden transparent kommuniziert und fließen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess mit ein.

6.2.2 Mitarbeiterbefragung

Die Beauftragung sowie Festlegung der jährlichen Intervalle erfolgen über das Diakoniewerk Bethel. Die Umfrage erfolgt im Rahmen einer konzernweiten Befragung aller Bethel Standorte in Deutschland. Anmerkungen, Anregungen, Wünsche, Verbesserungen aus den Fragebögen, werden thematisiert, ausgewertet und ggf. Verbesserungen oder Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen eingeleitet. Eine Veröffentlichung im Rahmen der internen Zeitung *Miteinander Füreinander da!* tragen zur transparenten Kommunikation beitragen.

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

Entsprechend der Unternehmensphilosophie stellt sich die Unternehmensleitung offen gegenüber Vorwürfen und ist an einer umfassenden Aufarbeitung interessiert. Desgleichen stellen Lob und Anerkennung ein wichtiges Gleichgewicht zu Beschwerden dar und werden im gleichen Maßstab gewertet.

Das Beschwerdemanagement umfasst alle organisatorischen und operativen Maßnahmen, unabhängig ob die Beschwerde von MA, Rehabilitanden oder weiteren Externen erfolgt. Im Beschwerdemanagement stehen die Erhöhung der *Zufriedenheit* sowie die Verhinderung/Verminderung von *Fluktuation*, *Unzufriedenheit* und *Imageschaden* im Mittelpunkt.

Lob und Anerkennung bilden ein positives Feedback an alle Fachbereiche. Vielmals werden Lob und Anerkennung an Einzelne, Fachbereiche oder Personengruppen weitergegeben und erreichen weitere über mündliche Weiterleitung. Sofern Lob und

Anerkennung direkt an das Unternehmen erfolgen (meist per Brief oder E-Mail), werden diese per scan an alle weitergeleitet.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Qualitätsrelevante Daten aus internen und externen Verfahren, die in der Geriatrischen Reha-Klinik erhoben werden, werden gebündelt.

Die kontinuierliche Planung, Durchführung und Überwachung der Qualität der Einrichtung sind in die Sammlung und Analyse der Unternehmensplanung integriert.

Auf allen Fachbereichen sind, entsprechend der jeweiligen Anforderung, Kennzahlen mit qualitätsrelevanten Daten gefordert. Die Zusammenarbeit zwischen Qualitätsmanagement, Controlling und verantwortlicher Leitung werden über die jeweiligen Schnittstellen geregelt.

Die Outcome Qualität der qualitätssichernden Maßnahmen (intern/extern) dienen einerseits der Steuerung, und andererseits der Ausrichtung der Reha-Klinik. Vergleichswerte aus Bundes oder Länder werden zur Überprüfung herangezogen.