

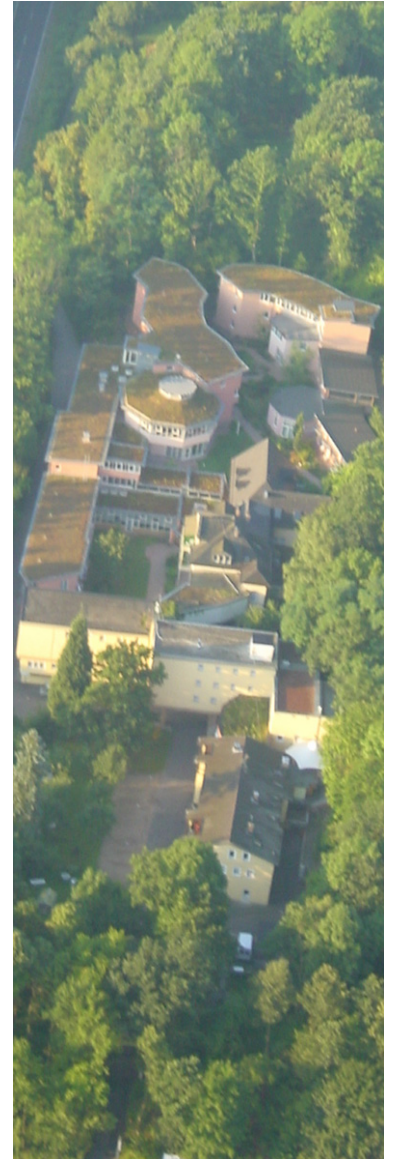


Heiligenfeld

... auf dem Weg zu einem guten Leben

Fachklinik 
Heiligenfeld

Qualitätsbericht 2004



Ärztlicher Direktor: Dr. Joachim Galuska
Chefarzt: Prof. Dr. Dr. Volker-E. Kollenbaum
Qualitätssicherung: Dr. Jürgen Bantelmann
Wissenschaftliche Begleitung der Klinik:
Prof. Dr. Wilfried Belschner, Universität Oldenburg
Bad Kissingen, Juli 2005

www.heiligenfeld.de
info@heiligenfeld.de

Tel. 0971 8206 0

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

Krankenhaus: Fachklinik Heiligenfeld

Anschrift: Euerdorfer Str. 4 - 6
97688 Bad Kissingen

Berichtsjahr: 2004

Inhaltsverzeichnis

Basisteil	3
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	3
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	8
C Qualitätssicherung	11
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	11
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	12
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	13
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V	14
Systemteil	15
D Qualitätspolitik	15
E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	19
E-1 Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	19
E-2 Qualitätsbewertung	23
E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung	24
F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	32
G Weitergehende Informationen	35

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses (Anschrift, E-Mail, Internetadresse)

Fachklinik Heiligenfeld
Euerdorfer Str. 4 - 6
97688 Bad Kissingen
Tel. 0971 8206-0
Fax 0971 68529
info@heiligenfeld.de
www.heiligenfeld.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260961274

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Fachklinik Heiligenfeld GmbH

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

ja nein

A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

20

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten:	155
Ambulante Patienten:	0

A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)	Poliklinik/ Ambulanz ja (j) / nein(n)
3100	Psychosomatik/ Psychotherapie	20	155	ha	Nein

A-1.7 B Mindestens Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
------	------------------	-------------------------------------------------------	----------

entfällt in der Psychosomatischen Medizin

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen? (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

1. **Psychosomatische Störungen, Depressionen, Angststörungen, Phobien**
2. **Persönlichkeitsstörungen, Eßstörungen**
3. **Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS, bzw. engl. PTSD)**
4. **Religiöse und spirituelle Störungen**
5. **Spezialkonzept für Patienten mit therapeutischen und sozialen Berufen**
6. **Psychoonkologisches Spezialkonzept (z.B. für Frauen mit oder nach Brustkrebs)**

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung

ja nein

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Ambulante Behandlungen sind nicht möglich.

A-2.0 Durchgangsarztverfahren

Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?

Eine Zulassung zum D-Arzt-Verfahren der BG ist strukturell nicht gegeben.

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden	Verfügbarkeit 24 Stunden si- cherge- stellt	Apparate- gemeinschaft
Computertomographie	Nein	Nein	
Magnetresonanztomographie	Nein	Nein	
Herzkatheterlabor	Nein	Nein	
Szintigraphie	Nein	Nein	
Positronenemissionstomographie	Nein	Nein	
Elektronenzephalogramm	Nein	Nein	
Angiographie	Nein	Nein	
Schlaflabor	Nein	Nein	

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Möglichkeit	Vorhanden	Apparategemeinschaft
Physiotherapie	Ja	
Dialyse	Nein	
Logopädie	Nein	
Ergotherapie	Ja	
Schmerztherapie	Ja	
Eigenblutspende	Nein	
Gruppenpsychotherapie	Ja	
Einzelpsychotherapie	Ja	
Psychoedukation	Ja	
Thrombolyse	Nein	
Bestrahlung	Nein	

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 **Psychosomatik/Psychotherapie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

1. Internistische Grundversorgung und Diagnostik, EKG;
 2. Pharmakologische und psychopharmakologische Behandlung
-

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

1. Psychosomatische Störungen, Depressionen, Angststörungen, Phobien
 2. Persönlichkeitsstörungen, Ess-Störungen
 3. Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS, bzw. engl. PTSD)
 4. Religiöse und spirituelle Störungen
 5. Spezialkonzept für Patienten mit therapeutischen und sozialen Berufen
 6. Psychoonkologisches Spezialkonzept (z.B. für Frauen mit oder nach Brustkrebs)
-

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

- **Therapiekonzept und Programm für Angehörige von Patienten**
 - **Kinderbetreuung von Eltern in Therapie**
 - **Psychotherapeutische Fortbildungsangebote im Rahmen der Akademie Heiligenfeld**
 - **Psychoedukation**
 - **Therapienachsorge-Konzept**
 - **Fortbildungskonzept für Einweiser**
 - **Für Selbstzahler (und Entfernung 5 Min. Fußweg) Wellness-Abteilung in der Parkklinik Heiligenfeld mit Angebot von Rebalancing und Cranio-sacral-Therapie**
 - **Vegetarische, Nichtvegetarische und Diätküche, nach Bio EG-Öko-Verordnung und ausgezeichnet durch RAL-Gütezeichen für geprüfte Qualität und Verbraucherschutz**
 - **Ökologisch und baubiologisch ausgerichtete Gebäude und Einrichtungen**
-

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	XXX	in der Psychosomatischen Medizin wurden DRGs nicht eingeführt	-

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle, absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	F32	8	Mittelschwere und schwere Depressionen (incl. Burnout-Fälle)
2	F33	49	Wiederholt auftretende mittelschwere und schwere Depressionen (incl. Burnout-Fälle)
3	F41	15	Angststörungen und Panikattacken
4	F43	20	Psychotraumata nach sexuellem Missbrauch, Unfall oder Katastrophe
5	F45	18	Psychosomatische Störungen
6	F50	3	Ess-Störungen
7	F60	27	Verschiedene Arten überwiegend schwerer Persönlichkeitsstörungen
8	F61	4	Kombinierte Persönlichkeitsstörungen
9	F40	3	Phobien (Furcht vor bestimmten Dingen oder Situationen)
10	F42	2	Zwangsstörungen

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr:

strukturell nicht gegeben

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)	-
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	-
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	-

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl der Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
3100	Psychosomatik/ Psychotherapie	3,50	2,00	1,00
	Gesamt	3,50	2,00	1,00

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

2

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. Berichtsjahr)

Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern /-pfleger (3 Jahre)	Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Prozentualer Anteil Krankpflegehelfer /innen (1 Jahr)
3100 Psychosomatik/ Psychotherapie	5,5	86	7	14
Gesamt	5,50	86	7	14

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Anm.: C-1 trifft für die Psychosomatische Medizin nicht zu

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht	Teilnahme an der externen Qualitätssicherung	Dokumentationsrate	
				Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie	Nein			
2	Cholezystektomie	Nein			
3	Gynäkologische Operationen	Nein			
4	Herzschrillmacher- Erstimplantation	Nein			
5	Herzschrillmacher- Aggregatwechsel	Nein			
6	Herzschrillmacher- Revision	Nein			
7	Herztransplantation	Nein			
8	Hüftgelenknahe Fe- murfraktur (ohne sub- trochantäre Frakturen)	Nein			
9	Hüft- Totalendoprothesen- Wechsel	Nein			
10	Karotis-Rekonstruktion	Nein			
11	Knie- Totalendoprothese (TEP)	Nein			
12	Knie- Totalendoprothesen- Wechsel	Nein			
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen- Chirurgie	Nein			
14	Koronarangiografie / Perkutane translumina- le Koronarangioplastie (PTCA)	Nein			
15	Koronarchirurgie	Nein			
16	Mammachirurgie	Nein			
17	Perinatalmedizin	Nein			
18	Pflege: Dekubi- tusprophylaxe mit Kopplung an die Leis- tungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	Nein			
19	Totalendoprothese(TEP bei Koxarthrose)	Nein			
00	Gesamt	-	-	-	-

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbe-
reiche) teil:

Anm.: freiwillige externe QS-Maßnahmen siehe Teil E

C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP-Qualitätssicherungsmaßnahmen teil: (eine pro Zeile)

strukturell nicht gegeben

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V

Leistung ¹	OPS der einbezogenen Leistungen ¹	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH / pro gelistetem Operateur ²	Leistung wird im Kranken- haus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichts- jahr
				pro KH (4a)/ pro gelistetem Opera- teur (4b) ²	4b	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
01 Lebertransplantation		10				
02 Nierentransplantation		20				
03 Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5				
04 Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5				
05 Stammzellentransplantation		12+/- 2 [10-14]				

strukturell nicht gegeben

¹ Jeweils entsprechend der im Berichtsjahr geltenden Anlage 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V.

² Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/ Operateur, der diese Leistung erbringt

Systemteil

D Qualitätspolitik

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden im Krankenhaus umgesetzt:



Die Fachklinik Heiligenfeld ist ein Ort der Gesundheit und Menschlichkeit. Hier kann ganzheitliche Entwicklung und Heilung, ein gutes und würdevolles Leben und eine achtsame und liebevolle zwischenmenschliche Begegnung erfahren werden. Wir bemühen uns um die Anerkennung dessen was ist: Chancen und Möglichkeiten für Therapie und Gesundheitsförderung und die Grenzen von Heilung und Wachstum. Unser ganzheitliches Unternehmenskonzept integriert humanistische und spirituelle Werte mit wirtschaftlichem und qualitativem Wachstum. Unser Handeln ist ausgerichtet auf die Schaffung eines Unternehmensgewinns, eines Gewinns für den Einzelnen - Mitarbeiter, Patienten und Kunden - und eines Gewinns für die Schöpfung - im Sinne eines Beitrags zu einem menschenwürdigen Leben.

In Verantwortung gegenüber unseren Patienten, den Mitarbeitern, dem Unternehmen und der Gesellschaft orientieren wir uns in unserem therapeutischen und unternehmerischen Handeln an folgenden Leitgedanken:

Wir fördern Ganzheitliche Entwicklung und Wachstum

Das Tun unserer Klinik zielt ab auf die Förderung einer ganzheitlichen Entwicklung von Person, Unternehmen und Gesellschaft. Wir tragen dazu bei, die Polaritäten und die Dualität des menschlichen Daseins zu integrieren, sich in der Verbindung mit der Welt auszudrücken und sich auf ein höheres und universelles Sein auszurichten.

Unsere Patienten begleiten wir in ihrem individuellen Prozess durch die Polaritäten und Schattenseiten ihres menschlichen Daseins. Ausgehend von einem ganzheitlichen Menschenbild bezieht unser therapeutisches Handeln dabei alle Ebenen des Menschen ein: seine erkrankte Seele, den Körper, die soziale Bezogenheit und die geistig-spirituelle Dimension.

Wir fördern die berufliche, persönliche und spirituelle Entwicklung unserer

Mitarbeiter. Betriebliche Prozesse und Strukturen werden unter Einbeziehung aller Mitarbeiter gestaltet.

Unter humanen, ökonomischen, ökologischen und spirituellen Aspekten betreiben wir eine zielgerichtete Weiterentwicklung unseres Unternehmens. Wir kooperieren und vernetzen uns mit anderen Personen, Unternehmen und Organisationen.

Auf der Grundlage einer pluralistischen Betrachtungsweise engagieren wir uns für die Gestaltung eines zukunftsfähigen Gesundheitswesens.

Ein Leben in Selbstbestimmung und Verantwortung

Wir verstehen die Selbstbestimmung als Grundrecht des Menschen. In Verantwortung gestalten wir unser Leben unsere Beziehungen und unser Umfeld.

Die Entwicklung von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung begreifen wir als zentrale Aufgabe unseres therapeutischen Handelns und wesentlichen Aspekt unseres gesellschaftlichen Wirkens. Wir betrachten den selbstbestimmenden Patienten als Voraussetzung für positive Behandlungsergebnisse, wir fördern eine ganzheitliche Patientenorientierung bei allen am Genesungs- und Behandlungsprozess Beteiligten.

Die Mitarbeiter handeln in ihrem Arbeitsfeld selbstverantwortlich in der Sorge um ihren Aufgabenbereich, ihrer persönlichen Entwicklung und in der Verantwortung für das Gesamtunternehmen.

Das Unternehmen übernimmt seine gesellschaftliche Verantwortung durch die klare Positionierung seines ganzheitlichen und humanistischen Konzeptes. Wir handeln ökologisch bewusst und verantwortungsvoll im Umgang mit menschlichen und natürlichen Ressourcen.

Wir betrachten die Sinnhaftigkeit menschlichen und unternehmerischen Handelns

Die existentielle Frage nach der Sinnhaftigkeit unseres menschlichen Seins und Handelns ist ausdrücklich Gegenstand unserer therapeutischen Arbeit, unseres unternehmerischen Handelns und unseres gesellschaftlichen Engagements.

Besinnung und Meditation sind Teil unseres Behandlungs- und Mitarbeiterkonzeptes. Unser therapeutisches Konzept bietet Patienten Raum und Unterstützung bei der Suche nach "ihrem Platz in der Welt".

Für Mitarbeiter sind Möglichkeiten zur Besinnung und Meditation gegeben. Sie haben die Gelegenheit, die eigene Arbeit in der Klinik mit Unterstützung zu reflektieren und ihre Sinnhaftigkeit zu überprüfen.

Unternehmerische Entscheidungen werden anhand ethischer Leitlinien getroffen und permanent überprüft. Wir fördern den gesellschaftlichen Diskurs über die Grundwerte des Gesundheitswesens und beteiligen uns an Arbeitsgruppen zu ethischen Fragen in der Medizin, Gesundheitsversorgung und Unternehmensführung.

Wir gestalten einen besonderen Lebens- und Erlebnisraum

Die Klinik versteht sich als einen Ort für Heilung und Menschlichkeit. Sie kreiert innere Erfahrungs- und Erlebnisräume und fördert sinnhafte mitmenschliche Begegnungen. Die Gestaltung der Räume und die Architektur entsprechen menschlichen Bedürfnissen nach Schutz und Geborgenheit, nach Begegnung und Lebendigkeit, nach Stille und Besinnung.

Jeder Moment in der Fachklinik Heiligenfeld soll ein Moment guten Lebens sein - für Patienten, Mitarbeiter, Gäste und Geschäftspartner. Patienten und Mitarbeiter kreieren ein gemeinsames Erlebnisfeld, in dem sie sich auf intensive mitmenschliche Weise erleben und gemeinsam wachsen können.

Die Patienten gestalten aktiv den Klinikalltag und die Abläufe mit und tragen so wesentlich zu Veränderungs- und Innovationsprozessen bei. Dies ermöglicht, die Klinik als einen "Lebensraum auf Zeit" zu erfahren.

Mitarbeiter erleben ihren Arbeitsraum und die kollegiale Zusammenarbeit als ein System gegenseitiger Unterstützung und Solidarität. Dies ist Grundlage für die Entfaltung professioneller Potentiale und Verwirklichung individueller Lebensentwürfe.

Die Klinik öffnet sich nach außen, um Menschen an diesem Erlebnisraum teilnehmen zu lassen und in gesellschaftliche Felder hineinzuwirken.

Die Basis: Wirtschaftlichkeit und Qualität

In Verantwortung gegenüber unseren Patienten und den Menschen, welche die Ressourcen für unsere betrieblichen Aktivitäten zur Verfügung stellen, fühlen wir uns zu Wirtschaftlichkeit und Qualität verpflichtet.

Die fachliche Kompetenz und die Multiprofessionalität unserer Mitarbeiter ist die Basis für wirtschaftlich effiziente und qualitativ hochwertige Therapie. Bei der Gestaltung und Bewertung unserer Arbeit beziehen wir uns auf den aktuellen Stand der Wissenschaft und die Erfordernisse der Gesellschaft.

Moderne Organisationsstrukturen, effektive Methoden der Unternehmenssteuerung, sowie eine konsequente Marktorientierung schaffen die Grundlage für eine wirtschaftlich erfolgreiche Führung des Unternehmens.

Alle Mitarbeiter arbeiten an einer ständigen Qualitätsverbesserung mit und tragen Sorge für den wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens. Wir über-

prüfen und dokumentieren die effiziente Nutzung der eingesetzten Mittel und die Qualität unserer Arbeit mittels professioneller und objektiver Methoden.

Das Spannungsfeld: Vision und Wirklichkeit

Wir nehmen bewusst die Herausforderung des Spannungsfeldes eines ganzheitlichen Unternehmenskonzeptes an. Unsere innere Vision ist vom Herzen und der Verankerung im Existentiellen getragen. In Anerkennung des Soseins üben wir uns in der Demut gegenüber der Form, Zeit, Kultur, Gesellschaft und den Zwängen, Anforderungen und täglichen Aufgaben. Wir erkennen dieses Spannungsfeld an und bemühen uns um die Integration dieser Polaritäten und die Auflösung der Dualität durch die ständige Besinnung auf die aller Dualität innewohnenden Einheit und Ganzheit des Seins. Die Würdigung der Grenzen unseres Wachstums und das gleichzeitig stete Bemühen um Weiterentwicklung lassen uns das Menschsein fühlen und erleben. Im Respekt um die Größe und Schönheit der Existenz erkennen wir uns in unserer Begrenztheit als Teil des Ganzen.

Wir begreifen unser Wirken als einen fortwährenden evaluatorischen Prozess.

Wir laden alle Menschen zu einem Dialog mit uns ein.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

- E-1 Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement (QM) wurde 1999 eingeführt. Das QM-System beruht auf dem EFQM-2000 (European Foundation of Quality Management). Eine EFQM-Selbstbewertung wurde in 2000 durchgeführt. Als QM-Verfahren wurden IQMP für den Rehabereich und KTQ für den Krankenhausbereich eingeführt. QM-Prozesse sind in Heiligenfeld konsolidierte Routinebestandteile unserer Arbeits- und Organisationsbereiche.

Unsere Unternehmensstrategie und Unternehmenspolitik ist auf Interessengruppen ausgerichtet: Patienten mit bestimmten Beschwerdebildern und deren Angehörige, Kostenträger, einweisende Ärzte, Kooperationspartner und Öffentlichkeit.

Qualitätsmanagement ist das Werkzeug unserer Unternehmensentwicklung und Grundlage der Weiterentwicklung hoher Qualität medizinisch-therapeutischer, betriebswirtschaftlicher und Informationsprozesse, sowie der Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter. Unser QM-System integriert betriebswirtschaftliche, ethisch-spirituelle, medizinische und humanistische Prinzipien und Werte.

Geschäftsleitung und QM-Koordinator steuern die QM-Prozesse der Unternehmensgruppe.

Abteilungsleiter und Prozessverantwortliche überwachen und koordinieren die einzelnen QM-Prozesse.

Alle Mitarbeiter der Heiligenfeld Kliniken sind in die konkrete Qualitätsentwicklung einbezogen. Dies z.B. durch QM-Projektgruppen, QM-Fortbildungs- und Präsentationsveranstaltungen, QS-Projekte, ein Beschwerde- und Fehlermanagementsystem, interne- und externe Supervision und durch eine hoch entwickelte Teamkultur.

Ein Prozesshandbuch beschreibt und regelt detailliert und verbindlich sämtliche Unternehmens- und Behandlungsprozesse unter Verwendung von EFQM-Kategorien. Es wird jährlich durch die jeweiligen Prozessverantwortlichen revidiert. Das Handbuch ist allen Mitarbeitern zugänglich.

Die Qualitätspolitik der Heiligenfeld Kliniken folgt einer Konzeption, die an unterschiedlichen Zielgruppen und an einem Zielsystem für alle Unternehmensbereiche orientiert ist.

Ziele unseres Qualitätsmanagements sind die Kultivierung und Entwicklung von:

- Kundenorientierung
- Patientenzufriedenheit
- Behandlungseffektivität und Behandlungsnachhaltigkeit
- Effizienz von Arbeitsabläufen
- Fehlermanagement
- kooperativem Betriebsklima
- Arbeitszufriedenheit und Mitarbeitermotivation
- gesunden Arbeitsplätzen
- Kooperation mit Einweisern
- gesundheitspolitischer - und Öffentlichkeitsarbeit
- gesundheitswissenschaftlicher Therapie- und Versorgungsforschung und nicht zuletzt
- vorausschauender Steuerung angesichts ständiger Veränderung der Bedingungen des medizinischen Versorgungsumfelds.

QM-Instrumente. Die folgenden strukturierten und standardisierten Verfahren werden zur Qualitätsentwicklung in unserem Unternehmen eingesetzt:

- QM-Projektgruppen
- Qualitätszirkel in Form unterschiedlicher Leitungsgremien und Leitungsteams
- Interne und externe Fall-, Gruppen-, Team- und Leitungssupervision
- Fehlermanagement-System
- Interne Audits (Berichte) durch die Ober- und Chefärzte
- Fall- und organisationsbezogene Teamsitzungen
- Datenbankgestütztes Behandlungssteuerungssystem auf Basis interner Leitlinien und differenzierter Behandlungspfade
- Interne Behandlungsleitlinien und Patientenleitlinien für 95% des bei uns behandelten Diagnosespektrums
- Assessmentinstrumente:
 - Ergebnisevaluation (für Aufnahme, Entlassung, Ein- und Dreijahreskatamnese)
 - Therapiezielmonitoring für Patienten (zielorientiertes Arbeiten)
 - Qualitätsmonitoring der Patienten für Behandlung, Strukturen, Prozesse, Service
- Beschwerdemanagement-System
- Patientenbefragung zur Überwachung konzeptueller Entwicklungen
- Interne und externe Mitarbeiterbefragungen

Verfahrensabstimmung. Die aufgelisteten Verfahren sind eingebettet, koordiniert und strukturiert im Unternehmenskonzept und im QM-System. Die Verfahren sind jeweils ausführlich beschrieben im Prozesshandbuch, sie werden evaluiert, überwacht und weiterentwickelt durch das Management- und Leitungsteam.

Zielsystem und Zielindikatoren. Alle Teilbereiche des Unternehmens werden durch ein umfangreiches System von Indikatoren hinsichtlich ihrer Zielerreichung überwacht. Das Zielsystem des Unternehmens umfasst die Bereiche

- Unternehmen (z.B. Philosophie, Vision, Leitbild, betriebswirtschaftliche Kennzahlen, Logistik, Verwaltung, Service)
- Kunden (Patienten und deren Angehörige, Kostenträger, Einweiser, Lieferanten)
- Mitarbeiter
- Politik und Gesellschaft
- Behandlungsprozesse (*Kernprozesse*; Therapien; Information).

Das Ausmaß der Zielerreichung wird anhand dieser Zielindikatoren jährlich neu bestimmt, beziffert und bewertet.

Leistungsmessung. Alle Leistungsprozesse im Unternehmen werden in ihrer Entwicklung überprüft. Beispiele sind:

- Patientenzufriedenheit mit 72 Einzelindikatoren
- Wahrnehmung des Klinikleitbilds und ethischer Werte durch Patienten
- soziodemographische, anamnestische, medizinische Patientenprofile
- Leistungsprofile unserer Therapie- und Serviceangebote
- Behandlungsdauer
- Erfolgsindikatoren der Therapie
- Behandlungsnachhaltigkeit mit einem ein- und Dreijahres-Messzeitraum
- Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter incl. Aspekten der Wirtschaftsethik und persönlicher Entwicklungsmöglichkeiten
- Zufriedenheit der Zuweiser und der Kostenträger mit den Klinikleistungen und dem Service
- Gesellschaftliche- und politische Indikatoren (Öffentlichkeitsarbeit, Konferenzwesen, Fortbildungsangebote)
- Beschwerdemanagement
- Fehlermanagement.

Indikationen und Behandlungskonzept

Indikationen. In unserem Krankenhausbereich behandeln wir Patienten aus dem gesamten Spektrum psychischer Erkrankungen.

Ausnahmen. Psychosen aller Art und primäre Suchterkrankungen werden in unserem Krankenhausbereich nicht behandelt.

Besondere Behandlungsschwerpunkte. Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS; Trauma-Patienten) und Störungen, bei denen spirituelle oder religiöse Themen ein wichtiges Anliegen des Patienten sind (spirituelle Krisen), werden jeweils anhand spezieller Konzepte behandelt.

Innovative Behandlungskonzepte für spezifische Indikationen. Für Lehrer, Ärzte, Therapeuten und Führungskräfte mit ihren psychosozialen Stressfaktoren, für verschiedene Persönlichkeitsstörungen und für die o.g. Behandlungsschwerpunkte wurden spezielle Konzepte entwickelt.

Leitlinien- und pfadgesteuerte Behandlungsprozesse. Alle Behandlungen (95%) werden auf der Grundlage interner Leitlinien und mit Hilfe eines EDV-gestützten Behandlungsleitsystems (Behandlungspfade) durchgeführt und überwacht.

Behandlungskonzept. Die menschliche Beziehung und Atmosphäre stehen im Mittelpunkt unseres integrativen Konzepts, in dem folgende Elemente zusammenwirken:

- tiefenpsychologische Orientierung (Psychodynamik, Konfliktfokussierung, persönliche Entwicklungsgeschichte)
- multimodal orientierte Verhaltenstherapie (Integration unterschiedlicher VT-Verfahren)
- indikationsspezifische (problembezogene) Verfahren (z.B. für PTBS, spezifische Berufsgruppen oder Indikationen, wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen)
- dezidierte Ressourcenorientierung (Förderung persönlicher Fähigkeiten)
- Therapeutische Gemeinschaft und Beziehung (soziale Integration, integrativer Theorieansatz)
- am konkreten Erleben orientierte humanistische Verfahren und
- körperzentrierte Verfahren (Körperpsychotherapie).

Die Behandlungskonzepte sind differenziert nach dem Persönlichkeitsstrukturniveau (Integrationsfähigkeit) und nach spezifischen Diagnosegruppen (z.B. PTBS, Depression, Persönlichkeitsstörungen). Unser Behandlungskonzept enthält eine existenziell bzw. transpersonal orientierte Komponente (Förderung der Ressource *Transpersonales Vertrauen*). Diese wurde auf der Grundlage gesundheitswissenschaftlicher Theorien durch die Universität Oldenburg (Prof. Dr. Belschner) konzipiert und validiert.

Externe Evaluation und Qualitätsentwicklung

Externe multizentrische Qualitätsentwicklung durch das IQP. Heiligenfeld gehört zu den Gründungsinstitutionen eines 1995 konstituierten Qualitätsverbands psychosomatischer Krankenhäuser und Kliniken, aus dem sich in 2000 das unabhängig geführte *Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik* (IQP; München) mit derzeit 15 Kliniken formierte. Ein standardisiertes Basisdokumentations- und Basisevaluations-System (PsyBado-PTM) ermöglicht die von der Universität Regensburg unterstützte multizentrische Forschung. Im IQP-Datenpool werden rund 18% aller deutschen psychosomatischen Akutbetten (Reha 10%) erfasst. Etwa jährlich wird eine Studie publiziert. Die beteiligten Einrichtungen nutzen die vom IQP zur Verfügung gestellten Benchmarkingdaten für die Qualitätsentwicklung.

E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

Im Berichtszeitraum wurde in den Heiligenfeld Kliniken für den Bereich Krankenhaus kein Bewertungsverfahren durchgeführt.

E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Das Krankenhaus kann hier Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren in tabellarischer Form darstellen

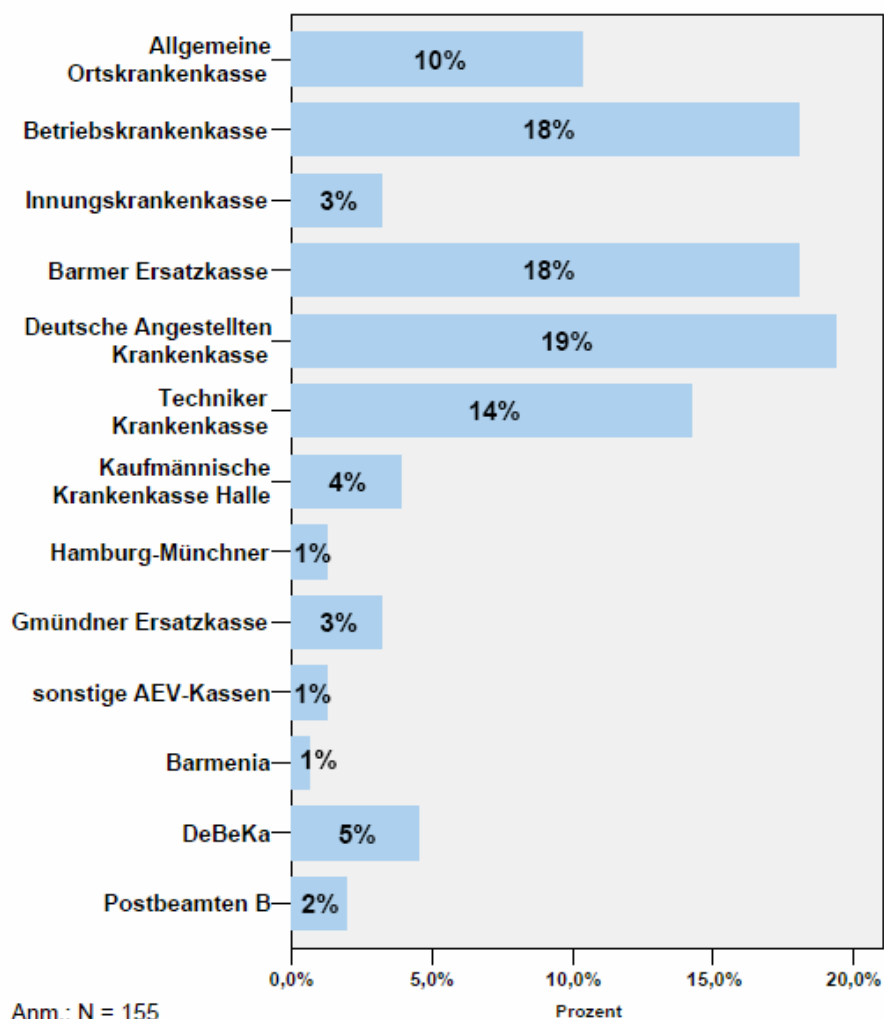
Ergebnisse

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf 155 psychosomatische Krankenhausbehandlungen der Fachklinik Heiligenfeld in 2004.

Bei welchen Kassen waren die Patienten versichert?

Unsere 20 Krankenhausbetten (§ 108 SGB-V) wurden in 2004 von den folgenden Kassen und Versicherungen belegt. Die Zahlen (Balkenlänge) in Abbildung 1 geben die prozentuale Verteilung unserer Krankenhauspatienten nach Kostenträgern wieder.

Abb. 1: Prozentuale Belegung unserer Krankenhausbetten nach Kostenträgern



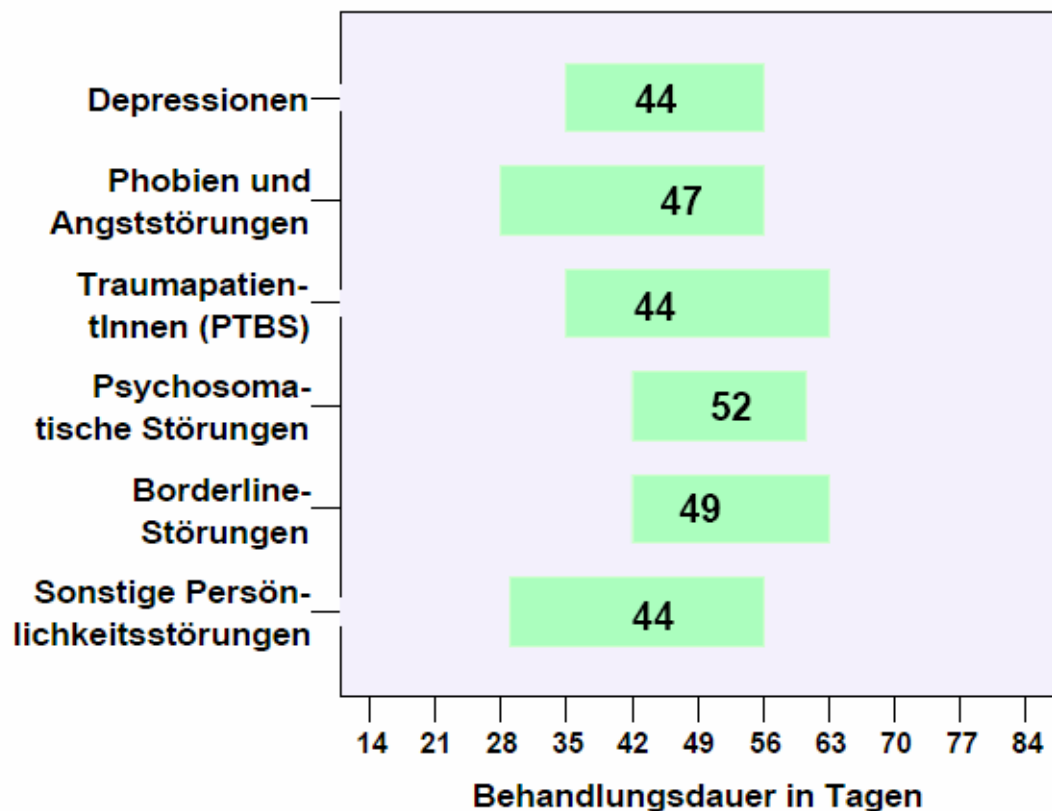
Wer sind unsere Patienten?

Zur Behandlung kommen Patienten aus allen Bundesländern. 72% sind Frauen, 28% Männer. Das Durchschnittsalter beträgt 40 Jahre. Ein Drittel der Patienten ist zwischen 36 und 45 Jahre alt. 52% sind ledig, 52% ohne Partner, 55% kinderlos, 76% in eigenem Haushalt wohnend. 47% verfügen über Abitur, 48% über Fachschul-, bzw. 29% über Hochschulabschlüsse. 47% sind mittlere oder höhere Angestellte, 29% vollzeitbeschäftigt und 19% arbeitslos. Unsere Patienten leiden unter ihrer Hauptdiagnose im Durchschnitt seit 6,6 Jahren.

Wie lange dauert eine Behandlung in der Fachklinik Heiligenfeld?

Zur Darstellung der Behandlungsdauer wurden alle Fälle aus 2004 zu Störungsgruppen zusammengefasst. In Abb. 2 sind die wichtigsten Störungsgruppen zeilenweise wiedergegeben. Die Zahl im Balken gibt jeweils die durchschnittlichen Behandlungstage wieder. Die Balkenbreite gibt an, in welchem Bereich die Behandlungstage bei der Hälfte aller Patienten einer Störungsgruppe variieren. Die Balken geben damit wieder, wie lange 25% bis 75% der Fälle einer Störungsgruppe behandelt wurden.

Abb. 2: Behandlungsdauer in Tagen nach Diagnosegruppen



Unsere Krankenhausbehandlungen dauerten in 2004 je nach Störungsbild durchschnittlich zwischen 44 und 52 Tagen (siehe Abb. 2).

Wie niedrig war die Komplikationsrate?

Die Komplikationsrate, hier repräsentiert als Verlegungsrate, lag für 2004 bei insgesamt 0,8%. Suizidfälle waren keine zu beklagen. Als zweithäufigster Fall einer 'Komplikation' für den Patienten wurde bei 3,8% der Behandlungsfälle die beantragte Verlängerung der Behandlungszeit durch die Kostenträger nicht verlängert (siehe Tab. 1 unten).

Tab. 1: Prozentuale Verteilung der Entlassungsart bei Krankenhauspatienten

Art der Beendigung der Behandlung	
	Prozent
regulär	82,7
vorzeitig Patient	8,1
vorzeitig Therapeut	1,9
vorzeitig beidseits	1,9
Verlegung/ Wiederaufnahme	,4
Verlegung/ Entlassung	,4
sonstiges	,8
vorzeitig durch Kostenträger	3,8

Wie schätzen unsere Einweiser den Therapieerfolg der Patienten ein?

Jeder einweisende Arzt erhält zusammen mit dem Entlassungsbericht einen *Einweiser-Fragebogen*. Anhand von drei Fragen wird mit einem fünfstufigen Antwortformat nach dem körperlichen, psychischen und sozialkommunikativen Therapieerfolg, den der Einweiser bei seinem Patienten wahrnimmt, gefragt. Ein weiteres Item fragt nach der Erwartungserfüllung zum Behandlungserfolg.

Ergebnisse der Einweiserbefragung:

- **75% der Einweiser nehmen körperliche Verbesserungen wahr,**
- **86% eine positive psychische Entwicklung und**
- **83% nehmen sozialkommunikative Erfolge bei ihren Patienten wahr.**
- **69% sehen ihre Behandlungserwartungen als erfüllt,**
- **16% als übererfüllt an.**

Die Ergebnisse stellen eine externe Validierung (Bestätigung) unserer Evaluationsergebnisse (Erfolgsmessungen) dar.

Weitere 13 Merkmale werden zur Qualität von Serviceleistungen erhoben. Die

Auswertung wird jährlich für Serviceverbesserungen, Marketingmaßnahmen und Konzeptentwicklungen genutzt.

In 2004 wurde ein interdisziplinäres QM-Projekt begonnen mit dem Ziel, im vierten Quartal 2005 bei Entlassungsberichten eine Laufzeit von Null bei gleichzeitiger Vollinformation des Patienten über den Inhalt seines Berichts sicherzustellen. Der Zeitplan für dieses Projekt war bei Verfassung dieses Berichts (6/05) eingehalten worden.

Wie zufrieden sind die Mitarbeiter der Fachklinik Heiligenfeld?

Die mitarbeiterbezogenen Zielindikatoren unseres Hauses werden seit 1998 jährlich anhand eines Fragebogens ermittelt. Die Ergebnisse werden allen Mitarbeitern vorgestellt. Sie dienen unserer Personalentwicklung.

Lebensqualität Arbeit in Heiligenfeld. Dieser gleichnamige Mitarbeiter-Fragebogen enthält 18 jährlich gleiche Fragen zur Arbeitszufriedenheit, bzw. zur Qualität sozialer Beziehungen, organisatorischer Bedingungen, persönlicher Entwicklungs-, Weiterbildungs- und Entscheidungsmöglichkeiten, zu erlebten Arbeitsanforderungen und zum Betriebsklima. Weitere 23 Fragen werden zu jährlich wechselnden spezifischen Themen (Evaluation QM-Projekte) erhoben.

Ergebnisse zur Arbeitszufriedenheit. Die Ergebnisse für drei mitarbeiterbezogene QM-Indizes im Verlauf von 1998 bis 2004 werden in Tab. 2 vorgestellt. Für das Jahr 2003 liegen keine Daten vor, da eine externe Studie durchgeführt wurde. Für die drei Arbeitszufriedenheits-Indizes sind insgesamt positive Trends zu erkennen. In 2004 liegen die Bewertungen durch unsere Mitarbeiter im Durchschnitt bei dem Wert 'gut'.

Tab. 2: Indizes für Arbeitszufriedenheit von 1998 bis 2004

Zufriedenheits-Index	1998	1999	2000	2001	2002	2004
Arbeitsbedingungen	2,3	2,6	2,5	2,4	2,3	2,2
Betriebsklima	2,0	2,6	2,3	2,2	2,0	2,1
Teamgeist, Kooperation	2,5	2,8	2,5	2,4	2,3	2,2

Anm.: Die Werte sind als Schulnotenschema von 1 bis 5 zu interpretieren: 1: sehr gut, 2: gut, 3: zufrieden stellend, 4: verbesserungsbedürftig, 5: sehr verbesserungsbedürftig.

Von Mitarbeitern wahrgenommene Verwirklichung ethischer Werte. Anhand eines von uns entwickelten *Werte-Fragebogens* (14 Items) werden alle drei Jahre mitarbeiterbezogene QM-Zielindikatoren zur durch die Mitarbeiter wahrgenommenen Verwirklichung ethischer Werte ermittelt: heilerische, sozialkommunikative, ethische und spirituelle Qualitäten des Arbeitsplatzes; erleb-

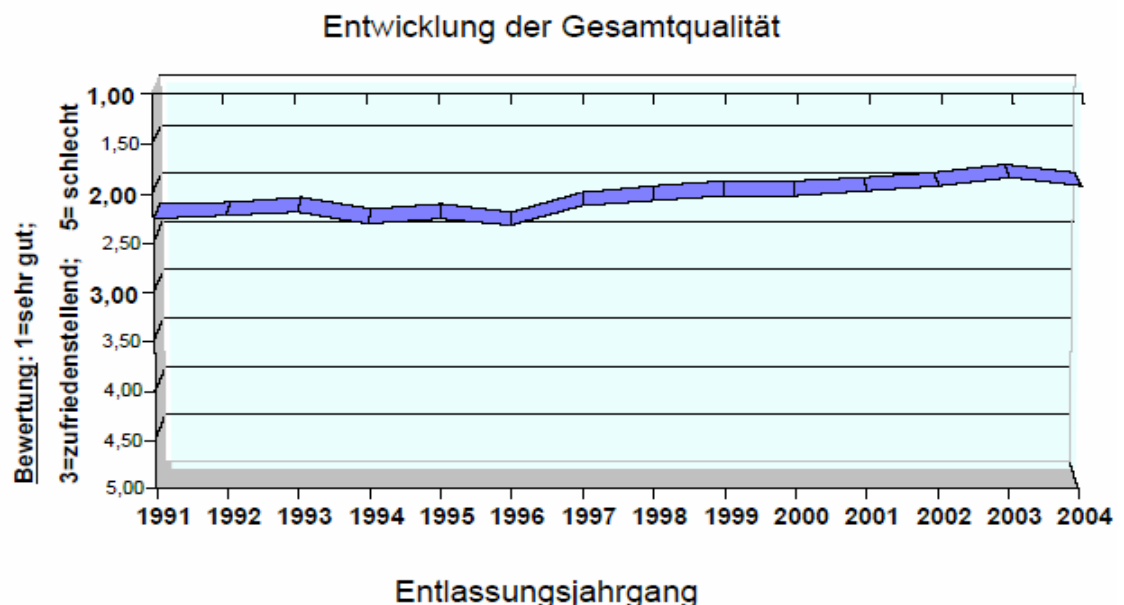
te Verwirklichung von Grundwerten, Verantwortlichkeit und Mitgefühl. Das Bewertungsschema reicht von 1 (trifft vollständig zu) bis 4 (trifft gar nicht zu). Der für das Berichtsjahr 2004 gültige Gesamtmittelwert für die oben beschriebenen Merkmale beträgt 1,8 auf der von 1 bis 4 reichenden Skala. Unsere Mitarbeiter erleben ethische Werte somit als gut verwirklicht (ohne Tabelle).

Wie zufrieden sind die Patienten mit ihrer Behandlung?

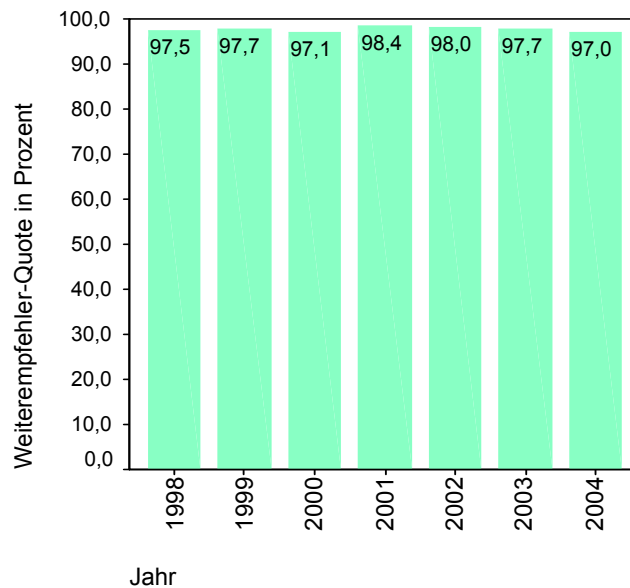
Langzeit-Trends unserer Patientenzufriedenheit. Bei Entlassung beantworten unsere Patienten einen 72 Merkmale umfassenden Rückmeldebogen zur Qualität aller Therapien, Mitarbeitergruppen, Klinikstrukturen, Serviceleistungen und Patienteninformationen. Die Daten werden quartalsweise ausgewertet und für die Qualitätssteuerung und die Mitarbeitersupervision genutzt.

Als Ergebnis wird hier beispielhaft die Langzeitentwicklung der Gesamt-Behandlungsqualität (Mittel aller Qualitätsmerkmale) dargestellt. Diese Auswertung enthält aus Gründen der Vergleichbarkeit über den Gesamtzeitraum sowohl Krankenhaus- als auch Reha-Patienten. Insgesamt zeigt sich ein positiver Trend in Richtung der Bewertung 'gut' (2). Der Trend entwickelte sich insbesondere nach umfangreichen Baumaßnahmen und Klinikerweiterungen in 1996 positiv.

Abb. 3: Langzeitentwicklung der Gesamtqualität



Unser Image bei Patienten. Die Beantwortungsquote variiert bei unseren Qualitätsbefragungen zwischen 65% und 95%. Aus den durchweg konstanten und hohen Weiterempfehlungs-Quoten zwischen 97% und 98,4% abgegebener Urteile (siehe Abb. 4) schließen wir auf eine konstant hohe Patientenzufriedenheit mit allen Leistungen und auf ein gutes Klinikimage bei unseren Patienten.

Abb. 4: Weiterempfehlenquote 1998 bis 2004

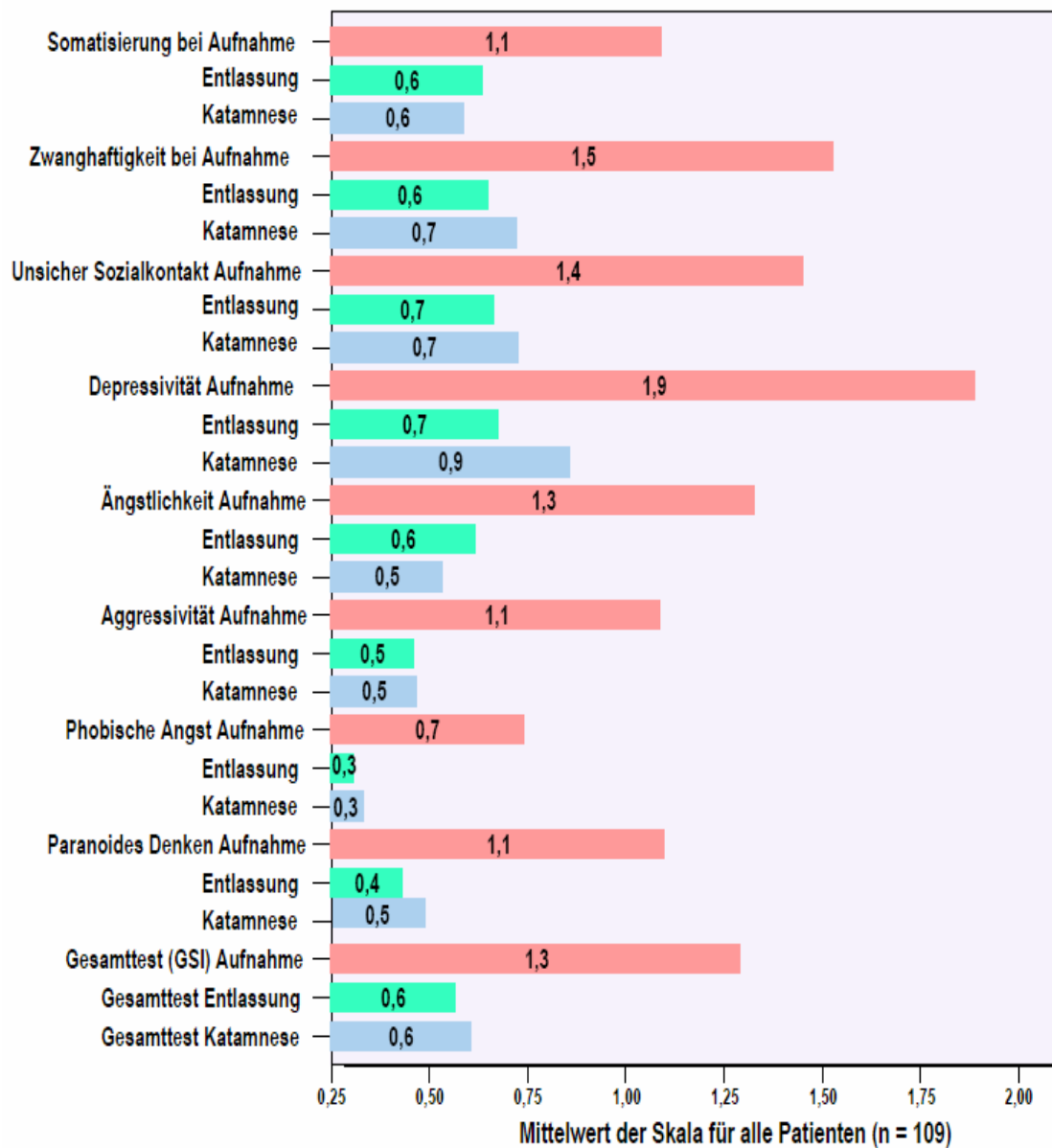
Welche Therapieergebnisse erzielen unsere Patienten?

Symptomverbesserungen

Zu Beginn, am Ende der Behandlung und ein Jahr nach der Behandlung werden anhand eines Fragebogens (SCL-90-R) für neun verschiedene Symptombereiche die Belastungen der Patienten gemessen. Die in Abb. 5 dargestellten Werte wurden auf Basis des Katamneseberichtsjahrs (Nachuntersuchung) 2004 (n=109; parallelisiert; Beantworterquote 62%) erstellt. Die in Abb. 5 dargestellten Ergebnisbalken geben jeweils den Punktemittelwert (Durchschnitt) über alle Patienten für die drei Messzeitpunkte wieder.

Die Graphik (s. Abb. 5) veranschaulicht, dass die Patienten sich über alle Symptombereiche hinweg deutlich verbessert haben (vgl. rote und grüne Balken) und dass die während der Behandlung erreichten Werte zur Nachuntersuchung (Katamnese) ein Jahr später in vergleichbarer Höhe geblieben sind (vgl. grüne und blaue Balken). Die Therapieerfolge können insofern als stabil bezeichnet werden.

Abb. 5: Verbesserung der Symptombelastung während der Behandlung und ein Jahr später

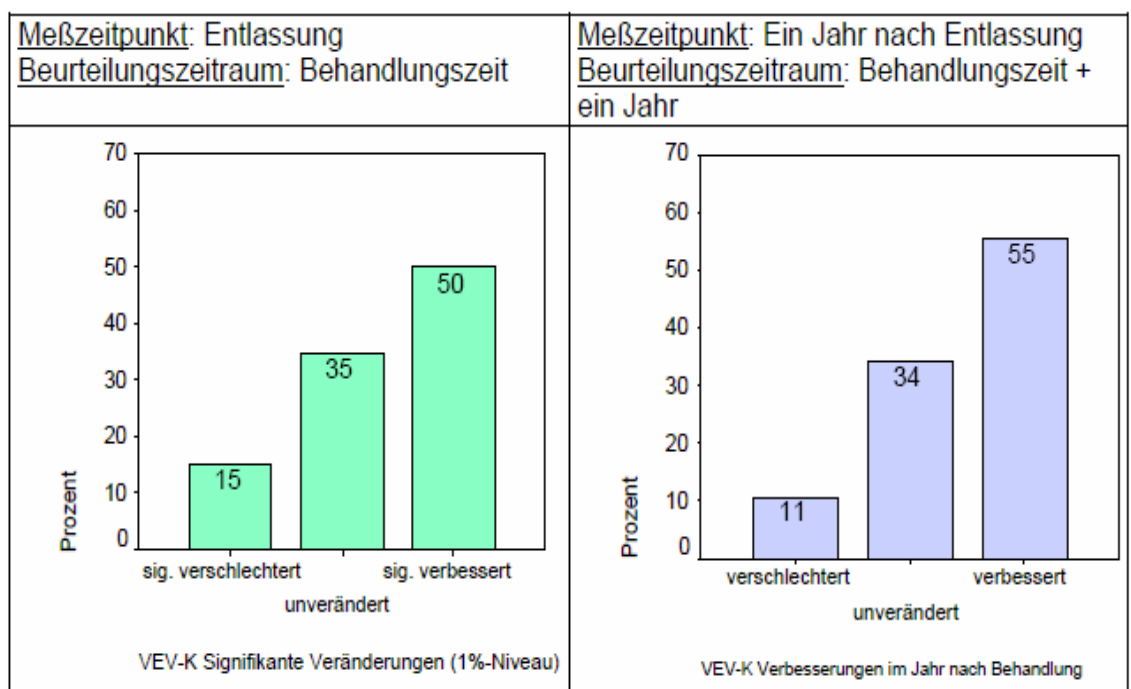


Anm.: Theoretischer Minimalpunktwert der Skala: 0; Maximalwert: 4

Therapieerfolge für Merkmale des Erlebens und Verhaltens

Am Ende der Behandlung und ein Jahr danach bearbeiten unsere Patienten einen Fragebogen (VEV-K) mit 25 Items zu den Themen Entspannung, Gelassenheit, Optimismus, Lebensfreude, Zuversicht, Selbstwertgefühl und Sozialkontakt. In Abb. 6 werden für die Beantworter der Katamnese studie 2004 (n = 107) die eingeschätzten Veränderungen zum Entlassungszeitpunkt (linke Graphik) und zum Katamnesezeitpunkt (rechte Graphik) vorgestellt. Die Patienten wurden entsprechend klinischer Normwerte in die drei Gruppen *signifikant verschlechtert*, *unverändert* und *signifikant verbessert* unterteilt.

Abb. 6: Verbesserungen im Erleben und Verhalten bei Entlassung und ein Jahr später



Beim Vergleich der beiden Graphiken in Abb. 6 wird deutlich, dass unsere Patienten ihre Therapieerfolge für den Behandlungszeitraum in vergleichbaren Relationen zum Gesamtzeitraum (Behandlung plus ein Jahr) beurteilten. Insofern können wir von stabilen Therapieerfolgen ausgehen.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

Qualitätsentwicklung als Teamprozess: unsere QM-Projekte

Im Durchschnitt werden 15 QM-Projekte pro Jahr abgeschlossen. QM-Projekte werden im Mittel von jeweils 5 Mitarbeitern über 3 Monate durchgeführt mit dem Ziel, Arbeitsprozesse und Arbeitsergebnisse in Teilbereichen zu verbessern. Im Folgenden werden die in 2004 durchgeführten Projekte kurz vorgestellt:

1. Darstellung zentraler Behandlungsprozesse

Im Rahmen der Revision und Ergänzung des Prozesshandbuchs wurden alle Behandlungsprozesse (Kernprozesse) und Behandlungselemente überprüft, diskutiert, ergänzt und durch die Prozessverantwortlichen exakt beschrieben.

2. Einführung von Behandlungspfaden

Für alle wichtigen Diagnosegruppen (Abdeckung 95%) wurden unter Einbezug der vorhandenen externen Leitlinien (*Leitlinie*: Regelung und Optimierung von Behandlungsprozessen nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen) interne Leitlinien (= *Behandlungspfade*) entwickelt. Als Ergebnis konnte das gesamte spezifische Behandlungsprozess-Wissen der Klinik in Einklang mit den externen Leitlinien exakt manualisiert werden.

3. Weiterentwicklung des Einarbeitungskonzepts für Ärzte

Bereits vorhandene umfangreiche Einarbeitungsmaterialien (Prozessabläufe, interne Regelungen, interne Formulare, Literatur etc) wurden ergänzt, Einarbeitungspläne überarbeitet und Verantwortlichkeiten revidiert und geregelt.

4. Optimierung der Arztbrieferstellung

Aufgrund gestiegener Kostenträgeranforderungen wurden die Arztbriefkonzepte revidiert und kostenträgerspezifisch differenziert. Als Vorbereitung für die Automatisierung des Verfahrens wurden einzelne Elemente und Variablen für Arztbriefe analysiert und prozessual abgebildet.

5. Telefonische Zusammenarbeit mit Einweisern und Nachbehandlern

Zur weiteren Verbesserung der Kommunikation und Information wurden die Konzepte, konkreten Maßnahmen und Evaluationsinstrumente für die Kooperation mit Einweisern und Nachbehandlern überarbeitet und daraus Kommunikationsleitlinien für die Therapeuten abgeleitet. Die Maßnahmen wurden evaluiert.

6. Aufbau einer Infothek für Patienten und Mitarbeiter

Die Patienten- und die Mitarbeiterbibliothekbestände wurden ergänzt. Verfahren, Prozesse und Verantwortlichkeiten wurden überarbeitet. Das Intranet der Klinik wurde inhaltlich ausgebaut.

7. Sichtung, Aktualisierung und Strukturierung therapeutischer Verträge mit Patienten

Im Zuge der Revision aller Kernprozesse wurden die Therapievertragsvorlagen für Patienten überarbeitet und ergänzt. Die Verträge sind Teil des Komplikationsmanagements. Einsatz-Beispiele: Ess-Störungen, Suizidalität, Sucht, Selbstverletzung.

8. Tätigkeitsanalyse der Berufsfelder Ärzte, Spezialtherapeuten und Pflegedienst mit dem Ziel der Arbeitsentlastung

Die minutengenau dokumentierten Arbeitszeitanalysen einer Reihe von Ärzten, Psychologen, sonstigen Therapeuten und des Pflegediensts wurden taxonomisiert. Unterschiedliche Tätigkeitskategorien wurden unter Kosten-Nutzen-Aspekten daraufhin analysiert, ob die Aufgaben delegierbar oder anderweitig rationalisierbar sind. In den genannten Berufsgruppen konnten damit durch teilweise Neuordnung von Aufgabenverteilungen und Änderungen der Ablauforganisation Arbeitszeitentlastungen geschaffen werden.

9. Optimierung des Behandlungsbeginns für Patienten

Die Organisation und Durchführung der Ankunftsphase, der Begrüßungsveranstaltungen, der Patientenaufklärung und der Patienteninformationsprozesse wurden überarbeitet und im konkreten Ablauf umgesetzt. Die Überprüfung dieser Umsetzung resultierte in einem Folgeprojekt zu Patienteninformationsprozessen. Die Projektevaluation wurde im Folgejahr durchgeführt.

10. Optimierung der Abschiedssituation für Patienten

Die Vorbereitung auf das Therapieende, auf die Übergangsphase von der Klinik zurück in den Alltag und Informationen zur Nachbetreuung wurden überarbeitet und in Form entsprechender themenspezifischer Gruppentherapieangebote realisiert.

11. Leitlinie zum Stressmanagement für Mitarbeiter

Es wurden Literatur und Informationsmaterial zum Thema ausgewertet, ein Stresstest-Konzept mit Symptom- und Verhaltensanalyse-Fragebögen entwickelt, sowie ein individualisiertes Maßnahmen-, Spezialberatungs- und Trainingsprogramm für Mitarbeiter eingerichtet.

12. Leitlinie somatoforme Schmerzstörung

Unter Verwendung der offiziellen Leitlinie wurde eine interne Leitlinie (s.o., Projekt 2) erarbeitet und in das Pfadsystem der Klinik integriert.

13. Erstellung therapeutischer Module für Therapiegruppen

Zusätzlich zu den Darstellungen aller zentralen Behandlungsprozesse (s.o., Projekt 1) wurden therapeutische Übungs-, Edukations-, Psychotherapie- und Interventionslinien-Module für verschiedene Therapiegruppen entwickelt, in das Prozesshandbuch integriert und im Intranet und als Papierversion den medizinischen Mitarbeitern zur Verfügung gestellt.

14. Verbesserung der Kooperation mit dem Medizinischen Dienst

In Zusammenarbeit mit Medizinischen Diensten (MDK) wurde eine Ist-Analyse zur Kooperation und Information erarbeitet. Eine Reihe von Maßnahmen, insbesondere verbesserte und differenzierte Informationen für den MDK im Berichtswesen, wurden umgesetzt.

15. Implementierung des Pfadsystems für alle klinikinternen Leitlinien

Um die konkrete Umsetzung interner Leitlinien in der täglichen Therapiepraxis zu ermöglichen und sicherzustellen, wurde in einem zeitlich und personell umfangreichen interdisziplinären Projekt ein datenbankgestütztes Behandlungssteuerungs-System entwickelt und durch die klinikeigene EDV-Abteilung technisch realisiert. Verschiedene Evaluationsstudien zu diesem Projekt wurden im Folgejahr durchgeführt (Vorbereitung der Bewerbung zum QM-Wettbewerb Golden Helix Award 2005).

16. Revision der therapeutischen Leistungsdokumentation

Die Leistungsdokumentation wurde den gestiegenen Anforderungen verschiedener Interessengruppen angepasst. Durch Differenzierung und Elektronisierung des Dokumentationssystems konnten verschiedene Systeme (z.B. GOÄ, multizentrische QS) incl. Rechnungserstellung und Leistungsstatistik integriert werden und auf papierbasierte Erhebung verzichtet werden. Redundante und manuelle Auswertungsarbeiten entfielen nach der Umstellung auf das datenbankgestützte System.

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Externe Evaluation und QS für die Heiligenfeld Kliniken:

Dr. phil. Jürgen Bantelmann - Dr. Bantelmann Klinik- und Praxisberatung
Schaumburgstr. 15 - 97702 Münnerstadt - Tel. 0178 8806901
E-Mail: Bantelmann@t-online.de

Ansprechpartner (z.B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Pressereferent; Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen):

Ärztlicher Direktor und QM-Leiter: Dr. Joachim Galuska

Chefarzt Fachklinik, Forschung und QM: Prof. Dr. Dr. Volker-E. Kollenbaum

Qualitätssicherung und Forschung: Dr. Jürgen Bantelmann

Oberärzte Fachklinik: Dr. Heinz-Josef Beine; Michael Krüger

Patientenbeauftragte und PDL: Birgit Winzek

Presse und Öffentlichkeitsarbeit: Ralph Sandvoss

Pflegedienstleitung: Manfred Stäblein

Links (z.B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage):

Homepage Heiligenfeld:

<http://www.heiligenfeld.de/Deutsch/home.html>

Publikationen:

<http://www.heiligenfeld.de/Deutsch/Archiv/main.html>

Aktuelles, Kongresse etc.:

<http://www.heiligenfeld.de/Deutsch/Aktuelles/main.html>

Fachklinik Heiligenfeld:

<http://www.heiligenfeld.de/Deutsch/Fachklinik/main.html>

Fachklinik QM:

<http://www.heiligenfeld.de/Deutsch/Fachklinik/Qualitaetsmanagement/quali.html>
