



## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 1.1 für Rehabilitationskliniken

**Einrichtung:** Heiligenfeld GmbH

**Institutionskennzeichen:**

Fachklinik Heiligenfeld (Abteilung Rehabilitation):	510 960 649
Fachklinik Heiligenfeld (Abteilung Krankenhaus):	260 961 274
Luitpoldklinik Heiligenfeld (Rehabilitation)	260 960 320
Rosengarten Klinik Heiligenfeld (Rehabilitation)	510 962 834
Parkklinik Heiligenfeld (Krankenhaus):	Privatklinik

**Anschrift:** Altenbergweg 6, 97688 Bad Kissingen

**Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:** 2011-0180 RH  
**durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:** BSI Management Systems und Umweltgutachter Deutschland GmbH, Hanau

**Gültig vom:** 01.12.2011  
**bis:** 30.11.2014

## Inhaltsverzeichnis:

<b>Vorwort der KTQ®</b> .....	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b> .....	<b>5</b>
<b>Die Kriterien</b> .....	<b>8</b>
1 Patientenorientierung in der Einrichtung .....	9
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung.....	16
3 Sicherheit in der Einrichtung .....	20
4 Informationswesen .....	24
5 Führung der Einrichtung.....	27
6 Qualitätsmanagement.....	31

## Vorwort der KTQ<sup>®</sup>

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

Gesellschafter der KTQ<sup>®</sup> sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR), der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e.V. (HB) und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>. 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<sup>®</sup> 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

- Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Informationswesen,
- die Führung der Rehabilitationsklinik und das
- Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren<sup>®</sup> gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses

---

<sup>1</sup> zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, IKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Die Knappschaft

der Fremdbewertung wurde der Klinik das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

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

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

Wir freuen uns, dass die Heiligenfeld GmbH 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](http://www.ktq.de) abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

## Vorwort der Einrichtung

### Einleitung

Die Heiligenfeld GmbH ist eine Klinikgruppe mit dem Schwerpunkt psychosomatischer Behandlung. Neben vier Kliniken für Psychosomatische Medizin, darunter eine Familienklinik in Waldmünchen<sup>2</sup> in der Oberpfalz, gehören eine orthopädische, onkologische und internistische Reha-Klinik, ein Medizinisches Versorgungszentrum<sup>2</sup>, eine eigene Akademie<sup>2</sup> sowie eine Unternehmensberatung<sup>2</sup> zum Unternehmen. Die Heiligenfeld Kliniken beschäftigen über 600 Mitarbeiter und zeichnen sich durch eine wertorientierte Unternehmensphilosophie aus, die neben wirtschaftlichen Werten auch humanistische, soziale, ökologische und spirituelle Werte einbezieht. Sowohl in der Patientenbehandlung als auch in der Unternehmenskultur, im öffentlichen Wirken und wirtschaftlichen Handeln werden diese Werte auf eine ganzheitliche Weise realisiert. Im Folgenden werden alle Bad Kissinger Einrichtungen kurz vorgestellt.

### Fachklinik Heiligenfeld

Die Fachklinik Heiligenfeld ist eine Klinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Psychiatrie. Hier wird das gesamte Spektrum psychischer und psychosomatischer Erkrankungen behandelt. Es bestehen spezielle Behandlungsgruppen für Frauen, Menschen in spirituellen und religiösen Krisen und bei Psychosen und Borderline-Zuständen.



### Parkklinik Heiligenfeld

Die Parkklinik Heiligenfeld ist ein Privatkrankenhaus für die Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Das Behandlungsangebot ist auf die Bedürfnisse Privatversicherter ausgerichtet. Darüber hinaus gibt es spezielle Behandlungskonzepte für Ärzte, Therapeuten, Lehrerinnen und Lehrer, Führungskräfte und Selbstständige, Beamte im Vollzugsdienst, Mitarbeiter in öffentlicher Verwaltung und Behörden sowie Menschen im kirchlichen Dienst.



### **Rosengarten Klinik Heiligenfeld (ehem. Gesundheitszentrum)**

Die Rosengarten Klinik Heiligenfeld für psychosomatische Rehabilitation am Kurpark arbeitet nach einem ganzheitlichen, menschlichen Konzept und behandelt alle psychosomatischen Erkrankungen. Es bestehen spezielle Behandlungsgruppen und Konzepte für Menschen aus dem sozialtherapeutischen Bereich, ältere Patienten, Essstörungen (Adipositas), psychoonkologische Störungen und Studenten mit psychischen Erkrankungen.



### **Luitpoldklinik Heiligenfeld**

Die Luitpoldklinik Heiligenfeld behandelt Erkrankungen aus den Fachbereichen Orthopädie und Unfallchirurgie, Innere Medizin, Onkologie, Rheumatologie und Urologie. Die medizinisch-therapeutische Konzeption umfasst stationäre und ambulante Vorsorgemaßnahmen, Heilverfahren und Anschlussheilbehandlungen/Abschlussrehabilitation.



Außerdem gehören zur Unternehmensgruppe Heiligenfeld noch folgende Einrichtungen:

### **Heiligenfeld Klinik Waldmünchen**

Die Heiligenfeld Klinik Waldmünchen<sup>2</sup> bietet psychosomatische Krankenhausbehandlungen, psychosomatische Rehabilitation und die Möglichkeit zur Aufnahme von Begleitkindern oder –Eltern an. Sie arbeitet nach einem ganzheitlichen und menschlichen Konzept. Neben Erwachsenen werden auch Kinder, Jugendliche, Väter und/oder Mütter mit Kindern und Familien behandelt.



---

<sup>2</sup> nicht Bestandteil der Zertifizierung

### **Ärztzentrum Heiligenfeld**

Im Ärztezentrum Heiligenfeld<sup>2</sup> sind verschiedene Fachärzte sowie die Ergotherapie und die Logopädie gemeinsam unter einem Dach und erfüllen den Zweck der ambulanten medizinischen Versorgung.



### **Akademie Heiligenfeld**

Die Akademie Heiligenfeld<sup>2</sup> ist die Bildungseinrichtung der Heiligenfeld GmbH. Sie bietet Veranstaltungen zu wesentlichen Themen für die Bewusstseinsbildung, persönliches und spirituelles Wachstum, professionelle Fachkompetenz und ethische Verantwortung in der Gesellschaft. Ein besonderes Anliegen ist die Integration der spirituellen Dimension in gesellschaftliche Felder wie Psychotherapie, Medizin, Wirtschaft, Pädagogik und Kultur.



### **Unternehmensberatung Heiligenfeld & Pietzko GmbH**

Die Unternehmensberatung Heiligenfeld & Pietzko GmbH<sup>2</sup> ist eine Kooperation von Albert Pietzko und der Unternehmensgruppe Heiligenfeld. Sie vermittelt den ganzheitlichen Unternehmensansatzes und bietet Coaching an.

# Die Kriterien



# 1 Patientenorientierung in der Einrichtung

## 1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

### *1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung/Therapie sind patientenorientiert*

Die Einrichtung gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.

Interessenten erhalten umfangreiche Informationen zu den Kliniken und Hilfestellung zur Aufnahme im Internet, bei kooperierenden Einweisern und Beratungsstellen sowie persönlich und schriftlich durch das eigene ausreichend besetzte Aufnahmeteam. Bei gekläarter Kostenübernahme werden psychosomatische Patienten 14 Tage vor Aufnahmetermin schriftlich eingeladen, somatische Patienten unverzüglich nach Anmeldung. Die Kliniken sind mit allen Verkehrsmitteln gut erreichbar, ein Abholservice steht auf Anfrage zur Verfügung.

### *1.1.2 Orientierung in der Einrichtung*

Innerhalb der Einrichtung ist die Orientierung für Patienten und Besucher sichergestellt.

Die Orientierung innerhalb der Kliniken ist durch das Beschilderungssystem möglich. Bei Ankunft erfolgt eine persönliche Information über die örtlichen Gegebenheiten, die Aushändigung eines Stadtplans sowie die Begleitung auf das Zimmer durch unsere Mitarbeiter der Rezeptionen. Alle Mitarbeiter tragen Namensschilder und stehen Patienten und Besuchern ebenfalls beratend zur Seite. Neuen psychosomatischen Patienten steht ein erfahrener Patient als Pate zur Seite, somatischen Patienten die Mitarbeiter der Pflege.

### *1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme*

Die Aufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der medizinischen und nicht-medizinischen Bedürfnisse von Patienten nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung.

Der persönliche Empfang der Patienten erfolgt an der Rezeption und wird ohne lange Wartezeiten nach den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Patienten gestaltet. Zur Erholung von der Anreise stehen ausreichend Sitzgelegenheiten, Getränke und Speisen zur Verfügung. Nach persönlicher Begleitung aufs Zimmer erfolgt die Übergabe an den Pflegedienst und anschließend die medizinische Aufnahme. Die Terminkoordination der Behandlung wird durch die Mitarbeiter des Patientenmanagements an den Rezeptionen zur Aufnahme vorbereitet und durchgeführt.

#### *1.1.4 Ambulante Patientenversorgung*

Die ambulante Patientenversorgung verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

Zugelassen zur ambulanten Rehabilitation ist die Luitpoldklinik. Nach Terminvereinbarung beginnt am ersten Tag die Behandlung mit der Aufnahme und Untersuchung des Patienten. In einem interdisziplinären und nach den internationalen Erkenntnissen der Weltgesundheitsorganisation orientierten Zielsetzungsprozess wird gemeinsam mit dem Patienten das Behandlungsziel vereinbart und der Rehabilitationsplan erstellt. Die Behandlung findet in neu gestalteten und apparativ gut ausgestatteten Räumlichkeiten statt und wird im Verlauf dem Stand der Therapie angepasst.

### 1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung/Therapie

Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungs-/Therapieplanung.

#### *1.2.1 Ersteinschätzung*

Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung/Therapie darstellt.

Die Erhebung und Dokumentation aller relevanten Daten erfolgt nach standardisierten Vorgaben. Befunde werden durch die verschiedenen Berufsgruppen erhoben und in der elektronischen Patientenakte zusammengeführt. Die Therapieplanung erfolgt unter Einbeziehung aller Befunde durch den behandelnden Arzt mit dem Patienten.

#### *1.2.2 Nutzung von Vorbefunden*

Vorbefunde werden soweit wie möglich genutzt und zwischen dem betreuenden Personal ausgetauscht.

Am Aufnahmetag liegen dem behandelnden Arzt alle Vorbefunde vor, werden in einer Akte zusammengeführt und stehen allen Mitarbeitern zur Verfügung. In der prästationären Prozessbeschreibung sind alle benötigten Unterlagen benannt, die Aufnahme erfolgt nur bei Vollständigkeit. In interdisziplinären Teamsitzungen werden kritische Vorbefunde besprochen.

### *1.2.3 Festlegung des Rehabilitations-/Behandlungsprozesses*

Für jeden Patienten wird der umfassende Behandlungsprozess unter Benennung der Behandlungs-/Therapieziele festgelegt.

Die Therapieplanung erfolgt auf der Grundlage aller Vorbefunde und wird vom behandelnden Arzt gemeinsam mit dem Patienten festgelegt. Die Einhaltung der Therapieziele wird vom Bezugstherapeuten oder Stationsarzt fortlaufend durch das Zielmonitoring überprüft und angepasst. Das individuell zusammengestellte Therapieprogramm ist verpflichtend und setzt sich aus Gruppenangeboten, Einzelgesprächen und Anwendungen zusammen.

### *1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungs-/Therapieplanung*

Die Festlegung des Behandlungs-/Therapieablaufs erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Das therapeutische Konzept zielt auf eine hohe Selbstverantwortung und Selbststeuerung des Patienten. Die Aufklärung über Therapieziele und therapeutische Maßnahmen erfolgt durch den Bezugstherapeuten oder Stationsarzt und Physiotherapeuten. Bedürfnisse und der aktuelle Gesundheitsstatus des Patienten werden aktiv in die Therapieplanung einbezogen.

## 1.3 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß multiprofessioneller Standards, um bestmögliche Behandlungs-/Therapieergebnisse zu erzielen.

### *1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung*

Die Behandlung/Rehabilitation jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.

Für alle psychosomatischen Diagnosen existieren klinikinterne Leitlinien und Behandlungspfade, die Basis für eine effiziente Therapie nach dem neuesten Stand der Wissenschaft sind. Die elektronische Patientenakte sichert den direkten Zugriff auf Informationen über den Therapieverlauf. Die Therapie im interdisziplinär besetzten Team sichert die Vielfalt des Behandlungsspektrums. Bei Aufnahme erfolgt gemeinsam mit dem Patienten die individuelle Therapieplanung.

### *1.3.2 Anwendung von Leitlinien*

Der Patientenversorgung werden Leitlinien und, wo möglich, Evidenzbezug zugrunde gelegt.

Die Standardisierung der therapeutischen Abläufe wird durch die Leitlinien sichergestellt. Diese werden nach dem neuesten Stand der Fachgesellschaften, den internen Qualitätsstandards und dem Therapiekonzept durchgeführt. Verantwortlich für die Erstellung und Einführung der Leitlinien sind die Leitlinienverantwortlichen der ärztlichen und pflegerischen Leitung (Pflegedirektorin, Oberärzte, Leitende Ärzte, Chefarzt).

### *1.3.3 Patientenorientierung während des Therapieaufenthalts*

Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungs-/Therapieschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.

Die Prozesse zur umfassenden Aufklärung des Patienten sind für die einzelnen Berufsgruppen beschrieben. Mit der Ankunft in der Klinik werden die Patienten systematisch in die Abläufe des Klinikalltags in Einzelgesprächen, Gruppenveranstaltungen mittels schriftlicher Informationsmappe und durch ein Patensystem eingeführt. Mitarbeiter tragen Namensschilder mit Berufsbezeichnung. Patientenzimmer und Gemeinschaftsräume sind nach funktionalen und ästhetischen Aspekten gestaltet.

### *1.3.4 Patientenorientierung während des Therapieaufenthalts: Ernährung*

Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt.

Die mehrfach ausgezeichnete Speiseversorgung ist biozertifiziert und erfüllt die Anforderungen der Gütegemeinschaft Diät- und Vollkost (RAL-Gütezeichen). Ein reichhaltiges Angebot an Mahlzeiten mit freier Menüwahl (vegan, vegetarisch) wird angeboten. Die Einnahme erfolgt in den neu gestalteten Speiseräumen. Monatlich findet ein saison- und themenbezogenes Festessen statt. Spezielle Wünsche und individuelle Beratung sind ebenfalls möglich und können mit den speziell ausgebildeten Diätköchen und den Diätassistentinnen besprochen und vereinbart werden.

### *1.3.5 Koordinierung des Therapieaufenthaltes*

Die Durchführung der Therapie/Behandlung erfolgt koordiniert.

Vorbefunde liegen am Aufnahmetag dem behandelnden Arzt vor, so dass unmittelbar die hausinterne Diagnostik durchgeführt und die Therapieplanung erfolgen können. Der gesamte Therapieprozess ist im Handbuch beschrieben und für alle Berufsgruppen verbindlich. Die elektronische Patientenakte, regelmäßige Teamsitzungen, Supervisionen und Visiten sichern den Informationsaustausch.

### *1.3.6 Koordination der Behandlung: chirurgische Eingriffe*

Kriterium entfällt, da keine chirurgischen Eingriffe durchgeführt werden.

### *1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung*

Die Behandlung/Therapie des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Die Behandlung erfolgt in multiprofessionellen Teams. Die Behandlungsplanung, Durchführung der Therapie und der Entlassprozess werden fortlaufend in interdisziplinären Teamsitzungen reflektiert. Die interdisziplinäre Arbeit wird durch die elektronisch gestützte Behandlungsplanung, -durchführung und -dokumentation gesichert. In der Psychosomatik finden Team- und Fallsupervisionen berufsgruppenspezifisch und berufsgruppenübergreifend statt.

### *1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite*

Die Visitation des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.

Es besteht ein differenziertes und komplexes Visitenystem, in dem berufsgruppenübergreifende und abteilungsspezifische Notwendigkeiten berücksichtigt sind. Tägliche Fallbesprechungen in interdisziplinären Teams, wöchentliche Chefarztvisiten und spontane Visiten bei Notfällen sichern die zielorientierte Therapieplanung und -durchführung.

### *1.3.9 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Sozialmedizinische Beurteilung/Leistungsbeurteilung/berufliche Situation*

Die sozialmedizinische Beurteilung der Patienten verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

Die Erfassung aller sozialmedizinisch relevanten Daten erfolgt über die elektronische Patientenakte. Die Gestaltung der häuslichen und beruflichen Situation ist in den Gruppentherapien, in Einzelgesprächen und in der psychosomatischen Transfergruppe fester Bestandteil. Im Abschlussgespräch und im Entlassbericht wird auf sozialmedizinische Aspekte eingegangen.

### *1.3.10 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Sozialmedizinische Beurteilung/häusliche Situation*

Die sozialmedizinische Beurteilung der Patienten im Hinblick auf die Teilhabe an Familie und Gesellschaft verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

Prästationär und im Aufnahmeprozess werden alle sozialmedizinischen Fakten systematisch erhoben und in die individuelle Behandlungsplanung einbezogen. In der Entlassphase werden in Einzelgesprächen mit dem Sozialarbeiter und in der Transfergruppe Fragen zum Wiedereinstieg in den Alltag besprochen. In verschiedenen Gruppen wird die Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag gefördert. Die Klinik organisiert Nachsorgegruppen im gesamten Bundesgebiet.

## 1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.

### *1.4.1 Entlassung und Verlegung*

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen. In den einzelnen Behandlungsleitlinien ist das Vorgehen bei Entlassung von Patienten störungsspezifisch ausgearbeitet. Die Durchführung und Anwendung wird von den ärztlichen Vorgesetzten (Oberarzt, leitender Arzt, Chefarzt) überwacht.

### *1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Übergangs des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich*

Die Einrichtung sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.

Die benötigten Informationen stehen zum Zeitpunkt der Entlassung des Patienten in Form des Entlassbriefs zur Verfügung. Die Verantwortlichen sind die Leitenden Ärzte und Oberärzte der Klinik.

### *1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung*

Von der Einrichtung wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt. Mit der Planung der Weiterbetreuung der Patienten sind in der Klinik die behandelnden Ärzte und Psychologen zusammen mit den Sozialarbeitern befasst. Alle Rehabilitations-Patienten bekommen dazu sozialarbeiterische Termine. Außerdem finden regelmäßig Termine des BfA-Beraters in unserem Hause statt. Verantwortlich für die Durchführung dieser Konzepte sind die Leitenden Ärzte und Oberärzte.

## 2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

### 2.1 Personalplanung

Die Leitung der Einrichtung sorgt durch eine entsprechende Personalplanung für die Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern.

#### *2.1.1 Bereitstellung qualifizierten Personals*

Die Leitung der Einrichtung sorgt für die Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl von qualifizierten Mitarbeitern.

Bestmögliche Behandlungsqualität und Zufriedenheit mit unserer Leistung wird durch bedarfsgerechte und qualifizierte Besetzung der Stellen ermöglicht. Die Gewinnung qualifizierter Mitarbeiter in allen Bereichen, deren gezielte Einarbeitung und Weiterqualifizierung werden konsequent verfolgt. Dies führte zu hoher Nachfrage durch Patienten und einer konstant sehr guten Belegung und Wartelisten. Hierdurch konnte die Klinik weiter expandieren und weitere Stellen und Funktionen besetzt werden.

### 2.2 Personalentwicklung

Die Einrichtung betreibt eine systematische Personalentwicklung.

#### *2.2.1 Systematische Personalentwicklung*

Die Einrichtung betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Ein umfassendes Konzept zur Personalentwicklung wird in allen Kliniken umgesetzt. Neue Mitarbeiter und Führungskräfte werden konsequent eingearbeitet und unterstützt. Durch systematische Mitarbeiter- und Zielerreichungsgespräche wird der Entwicklungsbedarf festgestellt und individuelle Maßnahmen vereinbart. Interne und externe Coachings, abteilungs- und berufsgruppenübergreifende Supervisionen und zahlreiche Fort- und Weiterbildungen werden durchgeführt. In 2011 wurden wir erneut als Deutschlands Bester Arbeitgeber im Gesundheitswesen ausgezeichnet.

#### *2.2.2 Festlegung der Qualifikation*

Die Einrichtung stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe/Verantwortlichkeiten entsprechen.

Tätigkeitsbezogene Anforderungsprofile und Entscheidungskompetenzen sind in den Stellenbeschreibungen für alle Mitarbeiter definiert und werden jährlich in Mitarbeitergesprächen besprochen und neu vereinbart. Die Qualifikationen werden systematisch durch ein spezielles Beurteilungssystem ermittelt und gemeinsam mit der Personalentwicklerin weiterentwickelt. Es werden spezielle Fortbildungsreihen zum Selbstmanagement, Leadership in Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsmanagement angeboten und Mitarbeiter zur Teilnahme verpflichtet.



### *2.2.3 Fort- und Weiterbildung*

Die Einrichtung sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die an den Bedürfnissen der Mitarbeiter der Einrichtung ausgerichtet ist.

Strukturierte Fort- und Weiterbildungsprogramme sowie Seminare durch die Akademie Heiligenfeld und internes Coaching werden für alle Mitarbeitergruppen angeboten und durchgeführt. Es gibt für alle Mitarbeiter einen Jahresplan sowie spezifische Schulungspläne für medizinisch-therapeutische Mitarbeiter. Durch Analyse der jährlichen Mitarbeiterbefragungen zur Fort- und Weiterbildung und der Patientenbefragungen zur Qualität der Berufsgruppen und Erhebung der Teilnehmerzahlen verbessern wir ständig das Fort- und Weiterbildungskonzept.

### *2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung*

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen werden durch verschiedene Maßnahmen unterstützt und finanziert. Neben finanziellen Ressourcen stehen jedem Mitarbeiter zusätzlich zum Urlaub noch zehn Fortbildungstage zur Verfügung. Es wird ein eigenes Weiterbildungsinstitut, die Akademie Heiligenfeld, mit großem Seminarangebot unterhalten, an welchem Mitarbeiter kostenfrei teilnehmen können. Kostenbeteiligung oder vollständige Kostenübernahme von individuellen Fort- und Weiterbildungen werden im Einzelfall durch die Unternehmensleitung mit dem Mitarbeiter vereinbart.

### *2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien*

Für Mitarbeiter sind angemessene Fort- und Weiterbildungsmedien zeitlich uneingeschränkt verfügbar.

In allen Kliniken gibt es Mitarbeiterbibliotheken mit umfangreichem Literaturmaterial. Ein eigenes Intranet, zahlreiche Fachzeitschriften und Internetzugänge stehen ebenfalls allen Mitarbeitern zur Verfügung. Jeder Fachzeitschrift ist ein Verantwortlicher zugeteilt, welcher die Zeitschrift als erste Person erhält, beurteilt und interessante Artikel relevanten Mitarbeitern zur Kenntnis bringt. Für Veranstaltungen, Seminare und Fortbildungen werden ausreichend Räume, Präsentations- und Moderationsmaterialien vorgehalten.

### *2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolgs in angegliederten Ausbildungsstätten*

Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor.

Die Heiligenfeld Kliniken bilden Hotelfachleute, Gesundheitskaufleute sowie Köche und medizinische Fachangestellte aus. Eine eigene Ausbildungsbeauftragte sowie weitere Ausbilder für die verschiedenen Berufe organisieren die Ausbildung und betreuen die Auszubildenden. Die Ausbildung orientiert sich an den Ausbildungsrahmenplänen der IHK und Landesärztekammer. Spezielle Fort- und Weiterbildungspläne für die Auszubildenden mit monatlichen Veranstaltungen und unterschiedlichen praktischen Einsätzen und Übungen stellen die gute Ausbildung sicher.

## 2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung der Einrichtung berücksichtigt.

### *2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstils*

In der Einrichtung wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt.

Die Führungsprinzipien sind Teil der Unternehmensphilosophie, deren Grundsatz die Verwirklichung humanistischer und spiritueller Werte und Prinzipien im Wirtschaftsunternehmen einer Klinikgruppe darstellt. Die Mitarbeiterorientierung ist wesentlicher Bestandteil unseres ganzheitlichen Unternehmensverständnisses. Mitarbeitergespräche, Mitarbeiterauswahl, Mitarbeiterereinbarung, Mitarbeiterweiterbildung, Supervision und individualisierte Personalentwicklung und Gesundheitsförderung werden systematisch angewandt und weiterentwickelt.

### *2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten*

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Abteilungen mit festen Arbeitszeiten, wie Pflegedienst, Patientenverwaltung mit Rezeption, Küche und Service, Reinigungsdienst planen und dokumentieren ihre Arbeitszeiten mit Dienstplänen. In den anderen Bereichen besteht die Möglichkeit der Gleitzeit. Die Überprüfung der Einhaltung der Arbeitszeiten findet alle zwei Jahre für die Dauer von zwei Monaten statt. Wünsche werden soweit möglich berücksichtigt. Es gibt unbezahlte Urlaubsketten von jeweils zwei Monaten, Jobsharing-Modelle, Arbeitszeitkonto mit Zeitgutschriften für bestimmte Tätigkeiten.

### *2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern*

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch/effizient auf seine Tätigkeit vorbereitet. Die Einarbeitung aller Mitarbeiter erfolgt durch persönliche Paten und entsprechende Einarbeitungskonzepte mit Checklisten. Alle neuen Mitarbeiter erhalten vorab eine umfangreiche Mitarbeiterinformationsmappe mit Informationen zum Unternehmen, den Behandlungsmöglichkeiten und bestehende Regelungen (Arbeitszeit, Datenschutz, Brandschutz). Die Einarbeitung wird ergänzt durch Gespräche mit dem Vorgesetzten und Orientierungsveranstaltungen. Die Qualität der Einarbeitung wird durch die Mitarbeiterbefragung überprüft und bei Bedarf verbessert.

### *2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden*

In der Einrichtung existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.

Mitarbeiter haben jederzeit die Möglichkeit, über alle Medien Ihre Meinungen, d. h. Fragen, Beschwerden, Lob, Fehler, Vorschläge und Ideen der Meinungsmanagerin mitzuteilen. Die schriftliche Eingangsbestätigung, Bearbeitung, Weiterleitung und regelmäßige Auswertung erfolgen durch die Meinungsmanagerin. Über die Prämierung von Vorschlägen entscheidet ein eigenes Gremium mit der Unternehmensleitung. Das Verfahren und die Kriterien zum Meinungsforum und zur Prämierung von Verbesserungsvorschlägen sind allen Mitarbeitern z. B. über Intranet bekannt.

## 3 Sicherheit in der Einrichtung

### 3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Die Einrichtung gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patienten.

#### *3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz*

In der Einrichtung wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt.

Der Arbeitsschutz und die Sicherheit in den Kliniken werden sichergestellt durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit, vier Sicherheitsbeauftragte und den Betriebsarzt. Aus den regelmäßigen Begehungen abgeleitete Verbesserungen werden zeitnah umgesetzt. Viermal jährlich tagt der Arbeitssicherheitsausschuss mit Vertretern der Geschäftsleitung, welcher u. a. die Umsetzung prüft. Jährliche Schulungen der Mitarbeiter ergänzen das Sicherheitskonzept. Die Mitarbeiter werden regelmäßig betriebsärztlich untersucht.

#### *3.1.2 Verfahren zum Brandschutz*

In der Einrichtung wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt. Der Brandschutz ist in allen Gebäuden sichergestellt und wird durch jährliche Begehungen geprüft. Alle Gebäude sind mit einer Brandmeldezentrale mit zahlreichen Feuer- und Rauchmeldern, Brandschutztüren und einem akustischen Alarmierungssystem ausgestattet. Flucht- und Rettungswege sind ausgeschildert. Mitarbeiter werden im Umgang mit Feuerlöschern und zum Verhalten im Brandfall praktisch geschult. Die Brandschutzmaßnahmen werden mit den verantwortlichen Behörden und der Feuerwehr abgestimmt und entsprechen den aktuellen Brandschutzbestimmungen.

#### *3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz*

In der Einrichtung wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.

Die Sicherheit der Patienten ist gewährleistet und wird regelmäßig durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit, Sicherheits- und Hygienebeauftragte, Brandschutzbeauftragte und Haushandwerker überprüft und sichergestellt. Dem 24 Stunden besetzten Pflegedienst liegen klinikspezifische Notfallpläne vor. Die Erreichbarkeit der verantwortlichen Personen ist immer sichergestellt durch Bereitschaftsdienste und den Einsatz von unabhängigen Stromversorgungen für die Telefonanlage, und als weitere Alternative werden Mobilfunkgeräte bereitgehalten.

### *3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement*

In der Einrichtung wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Es gibt eine standardisierte Vorgehensweise bei medizinischen und psychiatrischen Notfällen. Verantwortlich für die Überwachung und Durchführung der medizinischen Notfallorganisation ist ein Leitender Arzt. Medizinische Notfälle in der Psychosomatik sind relativ selten, psychiatrische und psychosomatische Notfälle häufiger. Eine Regel für das Vorgehen ist in den klinikinternen Behandlungsleitlinien beschrieben. Die Mitarbeiter werden jährlich zum Notfallmanagement und Erste Hilfe geschult und die Notfallausrüstung monatlich geprüft.

### *3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit*

Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt.

Die Einschätzung von Personengefährdung erfolgt durch das Fachpersonal und wird dokumentiert und in Teamsitzungen kommuniziert. Bei Selbst- oder Fremdgefährdung werden die Komplikationsleitlinien angewandt. Es finden regelmäßige Zimmerkontrollen statt. Eine 24-Stunden-Rufbereitschaft ist für Notfälle eingerichtet.

## 3.2 Hygiene

In der Einrichtung wird ein systematisches, einrichtungswertes Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.

### *3.2.1 Organisation der Hygiene*

Für Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen einrichtungswert geregelt.

Verantwortlich für die Belange der Hygiene ist der Ärztliche Direktor, der die Durchführung und Umsetzung an den internen Hygienebeauftragten und den externen hygienebeauftragten Arzt delegiert. Die Hygienekommission arbeitet auf der Grundlage einer Geschäftsordnung, in die die Hygienerichtlinien des Gesetzgebers und des Robert Koch-Instituts integriert sind. In allen relevanten Bereichen sind die Mitarbeiter geschult und wenden die dort relevanten Hygienerichtlinien an. Ergänzend werden einmal im Quartal Hygienebegehungen anhand von Checklisten durchgeführt.

### *3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten*

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden einrichtungsweit hygienerelevante Daten erfasst. Im Ausbruchmanagement sind alle Verfahrensregelungen beim Auftreten meldungspflichtiger Infektionskrankheiten geregelt. In den Regelungen sind alle zu ergreifenden internen und externen Maßnahmen definiert. Es gibt Verfahrensvorschriften für die Mitarbeiter, die Hygienekommission, die interne Hygienefachkraft und den hygienebeauftragten Arzt.

### *3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen*

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Die gesetzlichen Vorgaben zur Hygienesicherung sind in hausinternen Handlungsanweisungen niedergelegt. In regelmäßigen Begehungen und in Sitzungen der Hygienekommission wird die Einhaltung der Vorgaben überprüft. Die Schulung der Mitarbeiter zu hygienesichernden Maßnahmen erfolgt nach einem festgelegten Themenkatalog durch die internen und externen Fachkräfte.

### *3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien*

Hygienerichtlinien werden einrichtungsweit eingehalten.

Die verschiedenen fach- und berufsgruppenspezifischen Hygienerichtlinien werden durch Schulungen an die Mitarbeiter vermittelt und liegen zur Einsicht in allen Stationen und Abteilungen aus. Auf die Einhaltung der Richtlinien wird durch eine Dienstweisung an alle Mitarbeiter hingewiesen.

## 3.3 Bereitstellung von Materialien

Von der Einrichtung werden die für die Patientenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.

### *3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten*

In der Einrichtung existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Die Auswahl der Arznei- und Sachmittel erfolgt durch die Leitenden Ärzte und die Pflegedirektorin und wird in einer verbindlichen Hausliste für alle Mitarbeiter bekannt gegeben. Die Bestellungen erfolgen EDV-gestützt anhand der elektronischen Hausliste. Die Beschaffung von Medizinprodukten erfolgt über den Einkauf, die Inbetriebnahme durch den Hersteller mit Ersteinweisung der beauftragten Personen. Blut und Blutprodukte werden nicht eingesetzt.

### *3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln*

In der Einrichtung existiert ein geregelter Verfahren zur Bereitstellung und Anwendung von Arzneimitteln.

Die medikamentöse Versorgung der Patienten ist jederzeit über den Bestand auf den Stationen und über den Bestand in kooperierenden Krankenhäusern der Stadt sichergestellt. In Verfahrensvorschriften werden die Beschaffung, Verabreichung, Aufbewahrung und Verfallskontrollen geregelt. Beinahefehler werden dem hausinternen Fehlermanagement zur Kenntnis und Verbesserung vorgelegt. Die Vorgaben für Betäubungsmittel sind in den Verfahrensvorschriften geregelt.

### *3.3.3 Anwendung von Blut und Blutprodukten*

Kriterium entfällt, da keine Blut- und Blutprodukte verwendet werden,

### *3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten*

In der Einrichtung existiert ein geregelter Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Ein geregelter Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten ist in der Klinik vorhanden und umgesetzt. Medizinproduktverantwortliche sind im Organigramm gekennzeichnet und von der Unternehmensleitung benannt. Die Einweisung der Mitarbeiter vor der Inbetriebnahme neuer Geräte ist durch Standards geregelt. Die turnusmäßige Überprüfung und Wartung erfolgt. Ein umfassendes Dokumentationssystem sichert die Einhaltung der Vorgaben.

### *3.3.5 Regelung des Umweltschutzes*

In der Einrichtung existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Zahlreiche Maßnahmen zum Umweltschutz wurden in den umfassenden Sanierungs- und Umbaumaßnahmen umgesetzt, z. B. Einsatz von Energiesparlampen und Steuerung der Außenbeleuchtung über Luxmeter, Perlatoren an Wasserhähnen, Toiletten-spülung mit Sparfunktion. Abfälle werden getrennt gesammelt und umweltgerecht entsorgt. Spitzenlast-Optimierungsanlagen in allen Kliniken und Blockheizkraftwerke in der Fachklinik und Parkklinik wurden installiert. Der Energieverbrauch wird täglich dokumentiert und überprüft, bei Abweichungen die Unternehmensleitung informiert.

## 4 Informationswesen

### 4.1 Umgang mit Patientendaten

In der Einrichtung existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.

#### *4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten*

Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.

Die Führung und Dokumentation der Patientendaten erfolgt über die elektronische Patientenakte und in Schriftform. Alle Mitarbeiter fügen ihre Daten zeitnah in das Krankenhausinformationssystem ein, so dass alle Informationen den Fachkräften unmittelbar zur Verfügung stehen. Das Dokumentationssystem wird permanent durch alle Beteiligten gemeinsam mit der IT weiterentwickelt. Die Führung der Patientendaten ist im Qualitätshandbuch geregelt und für alle Mitarbeiter verbindlich. Die jährliche Aktualisierung erfolgt durch die Prozessverantwortlichen.

#### *4.1.2 Dokumentation von Patientendaten*

Von der Einrichtung wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet.

Die standardisierte Leistungsdokumentation erfolgt unmittelbar in die elektronische Patientenakte im Krankenhausinformationssystem. Die Eingaben können aufgrund des vorgegebenen Systems nur strukturiert und nachvollziehbar erfolgen. Die Durchführung der Dokumentation wird neuen Mitarbeitern im Einarbeitungskonzept erklärt und ist für alle Mitarbeiter verbindlich. Die Vollständigkeit der Daten wird mindestens wöchentlich und bei Abschluss der Behandlung überprüft. Neue Dokumentationsvorgaben, z. B. durch gesetzliche Änderungen, werden zeitnah integriert.

#### *4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten*

In der Einrichtung existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendokumentation zu gewährleisten.

Die elektronische Patientenakte sichert den direkten und zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf alle Daten. Für die korrekte und umfassende Pflege der Daten existieren Verfahrensanleitungen. Externe Informationen in Papierform liegen den Mitarbeitern im Aktenzimmer vor. Umfassende Maßnahmen zur Datensicherheit und Ausfallschutz der EDV-Systeme gewährleisten jederzeit die Verfügbarkeit der Patientendaten.



## 4.2 Informationsweiterleitung

In der Einrichtung existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung der Informationen gewährleistet.

### *4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen*

In der Einrichtung existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Einrichtungsbereichen. Der zeitnahe und korrekte Informationsaustausch wird durch ein alle Bereiche umfassendes Leitungs- und Teambesprechungssystem sichergestellt. In den Sitzungen sind immer Teilnehmer von ranghöheren Gremien sowie bei Leitungsteam-Sitzungen immer Vertreter aller Berufsgruppen vorhanden. Die Besprechungsstrukturen, Ablauf sowie Teilnehmer und Kopieempfänger sind festgelegt und werden jährlich aktualisiert. Beschlüsse, Ergebnisse und Maßnahmen werden während der Sitzungen protokolliert und am Ende an alle Teilnehmer und Kopieempfänger elektronisch versandt.

### *4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen*

Zentrale Auskunftsstellen in der Einrichtung werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten. Auskünfte für externe Anrufer und schriftliche Anfragen werden durch das Call-Center beantwortet. Vor Ort stehen außerhalb der Therapiezeiten die Rezeptionen als Ansprechpartner zur Verfügung. Außerhalb der Rezeptionszeiten sind 24 Stunden die Mitarbeiter des Pflegedienstes jederzeit ansprechbar. Die Informationen der Auskunftsstellen sind im Krankenhausinformationssystem immer aktuell und jederzeit verfügbar. Dies gewährleistet eine schnelle und kompetente Auskunft. Verbesserungsvorschläge aus Befragungen oder Patientenrückmeldungen werden zeitnah umgesetzt.

### *4.2.3 Information der Öffentlichkeit*

Die Einrichtung informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Zur Information der Öffentlichkeit werden jährlich zahlreiche Marketingaktivitäten festgelegt und umgesetzt. Die Informationen sind über zahlreiche Medien verfügbar (z. B. Veröffentlichungen in der Presse, Internet, Telefon, allgemeines und behandlungsspezifisches Prospektmaterial, Direkt-Mail-Aktionen, Facebook und Twitter, regionales Klinikjournal). Vorträge, Kongresse und Symposien ergänzen das umfassende Angebot. Die Wirksamkeit der Maßnahmen wird konsequent überprüft und verbessert.

#### *4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes*

Daten und Informationen, insbesondere von Patienten, werden in der Einrichtung durch verschiedene Maßnahmen geschützt.

Alle persönlichen Daten werden durch Einsatz neuester Technologien (Firewall/Webfilter) und Schulungen der Mitarbeiter durch den Datenschutzbeauftragten vor Zugriff Dritter geschützt. Nur nach Kenntnis und schriftlicher Zustimmung werden persönlich Daten weitergegeben. Alle Mitarbeiter und Geschäftspartner sind zur Einhaltung des Datenschutzes verpflichtet und bestätigen dies durch Unterschrift.

#### *4.3 Nutzung einer Informationstechnologie*

Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.

##### *4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie*

Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.

Das Krankenhausinformationssystem ist eine Eigenentwicklung. Es wird konsequent an die Anforderungen der Anwender angepasst und gemeinsam weiterentwickelt. Integriert sind indikationsspezifische Klinische Behandlungspfade, sämtliche administrativen Prozesse sowie Kommunikationsmöglichkeiten und weitere Funktionen. Der Einsatz modernster Informationstechnologien mit doppelt verfügbaren Systemen an unterschiedlichen Orten gewährleisten jederzeit die Funktion und Verfügbarkeit. Ein Service-Desk stellt die Bearbeitung aller Supportanfragen sicher.

## 5 Führung der Einrichtung

### 5.1 Entwicklung eines Leitbilds

Die Einrichtung entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

#### *5.1.1 Entwicklung eines Leitbilds*

Die Einrichtung entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden. Die Heiligenfeld Kliniken verfügen über ein Unternehmensleitbild das durch Mitbeteiligung von Mitarbeitern aller Berufsgruppen und Hierarchieebenen entstanden ist. Es umfasst die Dimensionen der Patienteninteressen, Mitarbeiterinteressen, die Beziehungen zu Beratern und externen Kunden, die Organisation, die Ökologie, das Qualitätsmanagement und die Wirtschaftlichkeit. Der Wertekommission überprüft jährlich die Aktualität und entwickelt es gemeinsam mit allen Mitarbeitern weiter.

### 5.2 Zielplanung

Die Einrichtung entwickelt eine Zielplanung und steuert deren Umsetzung.

#### *5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung*

Die Einrichtung entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese zur Steuerung ihrer Handlungen.

Die Unternehmensleitung erarbeitet auf der Grundlage der Unternehmensphilosophie, der Unternehmensvision und des Leitbilds strategische Unternehmensziele. In jährlichen Klausurtagen erarbeitet die Unternehmensleitung gemeinsam mit der Strategischen Leitungsgruppe strategische Ziele zur Unternehmensentwicklung. Die Kommunikation der Ziele erfolgt über definierte Informationswege.

#### *5.2.2 Festlegung der Einrichtungsprozesse*

Einrichtungsprozesse und Organisationsstruktur der Einrichtung sind festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Patienten aller Kostenträger können behandelt werden. In der Luitpoldklinik bestehen spezielle Kooperationsvereinbarungen mit den größten Kostenträgern der gesetzlichen Krankenversicherungen. Die Matrixorganisation des Unternehmens ist durch ein System von Organigrammen abgebildet. Sie schaffen Transparenz über Zuständigkeiten und Über- und Unterordnungsverhältnisse. Im vollständig umgesetzten Qualitätsmanagementprozess werden in Projektgruppen fortlaufend Projekte zur Unternehmensentwicklung durchgeführt.

### *5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplans*

Die Einrichtung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung.

Die Finanzplanung mit halbjährlich aktualisierter Wirtschaftsplanung, monatlicher Liquiditätsplanung und laufender Investitionsplanung wird durch die Controllingabteilung in Abstimmung mit der Unternehmensleitung sowie externen Finanzberatern erstellt und festgelegt. Monatlich erfolgt eine Analyse der aktuellen Entwicklung, der Abweichungen von der Planung und Hochrechnung. Alle Abteilungsleiter erhalten Quartalsberichte mit Vorjahresvergleichen zur Kostenentwicklung in ihren Bereichen. Es gibt Personalkosten- und Sachkostenbudgets.

## 5.3 Sicherstellung einer effizienten Einrichtungsführung

Die Einrichtung wird mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung effizient geführt.

### *5.3.1 Sicherstellung einer effizienten Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen*

In der Einrichtung existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

In der Klinik ist ein differenziertes Leitungs- und Besprechungssystem eingeführt. Alle Gremien verfügen über eine Geschäftsordnung, in der die Aufgabenstellungen und Befugnisse geregelt sind. Die Besetzung der Gremien wird von der Unternehmensleitung definiert. Alle Sitzungen der Gremien werden protokolliert und die Ergebnisse nach festgelegten Kriterien kommuniziert.

### *5.3.2 Sicherstellung einer effizienten Arbeitsweise innerhalb der Einrichtungsführung*

In der Einrichtung existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Einrichtungsführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Letztverantwortlich für die Führung der Klinik sind die geschäftsführenden Gesellschafter. Diese richten zur effizienten Führung der Klinik Leitungsgremien ein, die für die Erreichung und Umsetzung strategischer Ziele verantwortlich sind. Eine feste Struktur für regelmäßige Besprechungen der Gremien ist festgelegt. Die Sitzungen unterliegen einer Geschäftsordnung und werden protokolliert.

### *5.3.3 Information der Einrichtungsführung*

Die Einrichtungsführung informiert sich regelmäßig über die Entwicklungen und Vorgänge in der Einrichtung und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Konsequente Berichterstattung über Vorgänge, Ereignisse und die aktuelle und prognostizierte Unternehmenssituation werden durch das alle Bereiche übergreifende Besprechungssystem sichergestellt. Die sofortigen Kurzprotokolle der Besprechungsergebnisse im Krankenhausinformationssystem und deren elektronische Weiterleitung an die Teilnehmer und festgelegten Kopieempfänger sowie das EDV-gestützte Aufgabenverwaltungssystem mit automatisierter Wiedervorlage unterstützen die zeitnahe und rechtzeitige Information der Klinikführung.

### *5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen*

Die Einrichtungsführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern.

Gegenseitiges Vertrauen und Respekt zwischen allen Mitarbeitern wird umfassend gefördert und durch zahlreiche Maßnahmen ermöglicht. Führungsgrundsätze und Leitlinien sowie die Heiligenfelder Botschaften sind ebenso Bestandteil des Konzepts der Unternehmenskultur, wie jährliche Betriebsausflüge, regelmäßige Supervisionen und Teamtage, Tage der Achtsamkeit, interdisziplinäre QM-Gruppen sowie zahlreiche betriebliche Leistungen für die Mitarbeiter. Jährliche Befragungen und zahlreiche Kennzahlen werden für die Weiterentwicklung des Konzepts genutzt.

## 5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden einrichtungswelt respektiert und berücksichtigt.

### *5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen*

In der Einrichtung werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt. Werteorientierung ist grundlegender Bestandteil der Unternehmensphilosophie. Es gibt ein Wertemanagementsystem für Mitarbeiter, welches durch die Wertekommission weiterentwickelt wird. Die Wertekommission ist abteilungs- und hierarchieübergreifend besetzt und trifft sich zweimal jährlich. Sie beschäftigt sich mit der Weiterentwicklung des Wertekonzepts, Erstellung und Überprüfung eines jährlichen Maßnahmenplans, Diskussion konkreter ethischer Fragestellungen, Förderung von Projekten und gibt Impulse an die Unternehmensleitung.

#### *5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten*

In der Einrichtung werden Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt.

Sterbende Patienten werden nicht aufgenommen. Bei Verschlechterung des Krankheitszustands, insbesondere bei somatisch schwer erkrankten Patienten, werden diese nach Möglichkeit zur Weiterbehandlung in regionale Krankenhäuser oder zum Heimatort verlegt und die Angehörigen sofort benachrichtigt. Ist eine Verbesserung durch Weiterbehandlung medizinisch nicht möglich, gestalten wir ein ungestörtes Abschiednehmen im Patientenzimmer, betreut durch Mitarbeiter der Pflege, dem zuständigen Arzt und auf Wunsch von Psychologen oder Seelsorgern.

#### *5.4.3 Umgang mit Verstorbenen*

In der Einrichtung gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.

Aufgrund der speziellen Indikationsbereiche der Kliniken stellt das Versterben eines Patienten eine absolute und äußerst seltene Notfallsituation dar. Gefährdete oder sterbende Patienten werden nicht aufgenommen oder unmittelbar in eine entsprechende Einrichtung verlegt. Der Umgang mit Verstorbenen ist standardisiert. Im Falle eines Suizids gelten die entsprechenden Verfahrensvorschriften, die das Einschalten der Polizei, die Benachrichtigung der Angehörigen, das Verhalten der Mitarbeiter bis zum Eintreffen der Polizei und das Verhalten gegenüber den Mitpatienten regelt.

## 6 Qualitätsmanagement

### 6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

Die Einrichtungsführung stellt sicher, dass alle Einrichtungsbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.

#### *6.1.1 Einbindung aller Einrichtungsbereiche in das Qualitätsmanagement*

Die Einrichtungsführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.

Seit 2000 ist ein umfassendes Qualitätsmanagement eingeführt, das alle Bereiche umfasst. Im eigenen Qualitätsmanagementhandbuch sind alle durchgeführten Prozesse schriftlich niedergelegt, beschrieben und zu Teilprozessen zusammengeführt. Diese sind Basis für die übergeordneten Handlungsleitlinien. Wöchentliche Veranstaltungen mit Teilnehmern aller Berufsgruppen für Schulungen und Fortbildungen zur Organisationsentwicklung sowie zur Arbeit in Qualitätszirkeln werden durch den Qualitätsmanagementbeauftragten und die Unternehmensleitung durchgeführt.

#### *6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen*

Die Einrichtung entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zur Erreichung von Qualitätszielen um.

Basis bilden die Unternehmensvision und -philosophie und davon abgeleitet das Leitbild. Für alle Kundengruppen und Leistungsbereiche wurden spezielle Ziele formuliert und durch Befragungen zuständiger Mitarbeiter ergänzt. Die Abteilungsziele werden in den Abteilungen gemeinsam mit den Mitarbeitern diskutiert und festgelegt, die Zielerreichung jährlich ermittelt und gemeinsam analysiert. In 2009 wurden die Unternehmensziele mit Aktualisierung der Wissensbilanz neu bewertet und neue Maßnahmen festgelegt.

### 6.2 Qualitätsmanagementsystem

In der Einrichtung existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

#### *6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements*

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Verantwortlich für die Organisation des Qualitätsmanagements ist die Unternehmensleitung mit dem Qualitätsmanagementbeauftragten. Steuerungsgruppe ist die Strategische Leitung mit den ranghöchsten Vertretern aller Berufsgruppen. Die Klinikprozesse sind im Qualitätsmanagementhandbuch veröffentlicht und Prozessverantwortliche festgelegt. Jeder Mitarbeiter ist für die Sicherung der Qualität seines Arbeitsbereichs selbst verantwortlich. Jeden Dienstag finden Qualitätsmanagementveranstaltungen mit Qualitätszirkeln, Schulungen und Projektarbeiten statt.

### *6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung*

In der Einrichtung werden regelmäßig und systematisch Methoden der internen Qualitätssicherung angewandt.

In den Heiligenfeld Kliniken werden umfassende Maßnahmen zur Sicherung der Qualität in medizinischer, pflegerischer sowie organisatorischer Hinsicht durchgeführt. Festgelegte Verantwortliche bewerten, überprüfen und verbessern laufend die Qualitätssicherungsmaßnahmen. Im Krankenhausinformationssystem sind Klinische Behandlungspfade und ein automatisiertes Aufgaben- und Wiedervorlagesystem mit integrierten Sicherungsmaßnahmen implementiert. Basis der Qualitätssicherung sind die Behandlungsleitlinien und standardisierten Prozesse im QM-Handbuch.

## 6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben, analysiert und zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.

### *6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten*

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben.

Qualitätsrelevante Daten werden seit Klinikeröffnung 1990 permanent erhoben, ausgewertet und analysiert. Die Daten werden u. a. durch das Krankenhausinformationssystem, schriftliche Fragebögen der permanenten Patienten- und Einweiserbefragung erfasst, anonymisiert und mit den Daten weiterer psychosomatischer Kliniken verglichen. An externen Qualitätssicherungsverfahren nehmen wir teil. Ein eigener Medizinischer Dokumentar ist verantwortlich für die Aufbereitung der Daten. Wir arbeiten eng mit der Stiftung für Bewusstseinswissenschaften zusammen.

### *6.3.2 Nutzung von Befragungen*

Regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.

Wir führen permanente Patienten- und Einweiserbefragungen und eine jährliche Mitarbeiterbefragung durch, um die Zufriedenheit mit unseren Leistungen zu messen und Verbesserungen abzuleiten. Die Befragungen werden unter Berücksichtigung des Datenschutzes durchgeführt und anonymisiert ausgewertet. Die Ergebnisse dienen als Grundlage zur Festlegung von Unternehmens- und Abteilungszielen und der Messung der Zielerreichung sowie der Wirksamkeit der jeweils eingeleiteten Maßnahmen.



### *6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden*

Die Einrichtung berücksichtigt Patientenwünsche und -beschwerden. Patienten, Angehörige und Besucher können Ihre Meinungen (Beschwerden, Vorschläge, Lob, Fragen) über alle verfügbaren Kommunikationswege und mit speziellen Meinungsbögen an die Meinungsmanagerin mitteilen. Sie werden durch unsere Mitarbeiter und durch die Gästeinformationsmappe auf dem Zimmer darüber informiert. Die Meinungen werden zeitnah durch die Meinungsmanagerin bearbeitet und zur Erledigung an die verantwortlichen Abteilungsleiter übergeben. Alle Meinungen werden erfasst, bearbeitet und zusätzlich jährlich zur Ableitung von Verbesserungen analysiert.