



HOCHGRATKLINIK

WOLFERSRIED

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

**Der strukturierte
Krankenhaus-Qualitätsbericht
nach §137 SGB V**

Berichtsjahr 2006

Redaktion: Dipl.-Psych. Friederike Mutschler
Freigabe: Dr. Georg Reisach

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
Einleitung	2
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	3
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	3
A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	3
A-3 Standort(nummer)	3
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers	3
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus	3
A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses	3
A-6.1 Fachabteilungen	3
A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	3
A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses	3
A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	4
A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses	5
A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses	6
A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)	6
A-13 Fallzahlen des Krankenhauses	6
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten /Fachabteilungen	7
B-[1] Psychosomatik/Psychotherapie	7
B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel	7
B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung	7
B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	7
B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	7
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung	7
B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD	7
B-[1].6.1 ICD, 3stellig	7
B-[1].6.2 Kompetenzdiagnosen	8
B-[1].7 Prozeduren nach OPS	9
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	9
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	9
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ..	9
B-[1].11 Apparative Ausstattung	9
B-[1].12 Personelle Ausstattung	10
B-[1].12.1 Ärzte	10
B-[1].12.1.1 Facharztqualifikation	10
B-[1].12.1.2 Zusatzweiterbildung	10
B-[1].12.2 Pflegepersonal	10
B-[1].12.3 Spezielles therapeutisches Personal	10
C Qualitätssicherung	11
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)	12
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	13
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	13
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	13

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	14
C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)	14
D Qualitätsmanagement	15
D-1 Qualitätspolitik	15
D-1.1 Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission	15
D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses	15
D-1.2.1 Patientenorientierung	16
D-1.2.2 Verantwortung und Führung	16
D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung	16
D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit	16
D-1.2.5 Prozessorientierung	16
D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität	16
D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern	16
D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess	16
D-1.3 Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).	17
D-2 Qualitätsziele	17
D-2.1 strategische/ operative Ziele	17
D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung	18
D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung	18
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	18
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements	18
D-5 Qualitätsmanagement-Projekte	19
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements	19

Vorwort

Herzlich Willkommen!

Der Mensch, der eine unserer beiden Kliniken betritt, begegnet der Therapeutischen Gemeinschaft, die sich um emotionale Offenheit und persönliche Ehrlichkeit bemüht. Diese Gemeinschaft empfängt den Einzelnen nicht allein als behandlungsbedürftigen Patienten, sondern darüber hinaus als einen Gast, dem wir eigenverantwortliches Handeln auf der Basis seiner Ressourcen – seien sie ihm bewusst oder seien sie ihm noch unbekannt – zutrauen und das kann auch heißen: zumuten.

Porta patet – magis Cor

Dieser Satz, den der heilige Augustinus an einen Freund in Not schrieb ("die Tür steht offen – mehr noch das Herz") steht als Motto über unseren Kliniken und prägt verbindlich die persönliche Einstellung von uns als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Hochgrat- und Adula-Klinik.

Einerseits stellen wir uns der Aufgabe, die Wirklichkeit des persönlichen Leidens der zu uns kommenden Menschen als Tatsache zu akzeptieren und den Menschen mit Mitgefühl zu begegnen. Andererseits wissen wir, dass Heilung rasch beginnen kann und jede menschliche Begegnung eine Chance – oft eine zündende Chance – sein kann, um die Stärken, die in jedem Einzelnen sind, zu seiner Gesundheit und zu seinem persönlichen und seelischen Wachstum zu aktivieren.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dr. G. Reisach', written in a cursive style.

Dr. Georg Reisach

Einleitung



Wer sind wir?

Die Hochgrat-Klinik, gegründet 1989, ist eine staatlich anerkannte Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie für die Akut- und Rehabilitationsbehandlung von insgesamt 85 Patienten. Behandelt werden primär Depressionen, Angststörungen, Abhängigkeitserkrankungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und psychosomatische Erkrankungen. Die Grundlage der therapeutischen Arbeit bildet eine ganzheitliche Betrachtungsweise, wonach ein Mensch sein Leben in körperlicher, seelischer, geistige und sozialer Hinsicht entfalten, aber auch verfehlen kann. So steht für uns der Mensch im Mittelpunkt, jeder Einzelne mit seinen Möglichkeiten und Ressourcen sowie mit seinen körperlichen oder seelischen Leiden. Therapie fassen wir als Hilfe zur Selbsthilfe auf, indem wir in Zusammenarbeit mit unseren Patienten deren nach Gesundung drängenden Anteile zu neuer Kraft verhelfen. Das Behandlungskonzept beruht auf den Grundlagen der humanistischen Psychotherapie und integriert tiefenpsychologische, systemische und verhaltenstherapeutische Elemente.

Der Krankenhausqualitätsbericht soll Ihnen als interessierte Leserinnen und Leser eine Möglichkeit bieten, sich über das Behandlungsangebot, sowie die Leistungsdaten einer Klinik einen Überblick zu verschaffen. Anders als Kliniken der allgemeinen Versorgung sind jedoch psychosomatische Kliniken wie die Hochgrat-Klinik vom System der Abrechnung nach Fallpauschalen ausgenommen. Darin liegt begründet, dass einige für Kliniken der allgemeinen Versorgung wichtige Leistungsdaten in unserem Qualitätsbericht nicht dargestellt werden. Auf der anderen Seite können wir durch Strukturvorgaben dieses Berichts nur sehr begrenzt differenzierte Angaben zu unserem Leistungsspektrum, wie z.B. zu unserem Therapiekonzept oder zum umfangreichen Therapieangebot machen. Wir versuchen Ihnen mit unserem Qualitätsbericht dennoch einen guten Überblick über die Strukturen, Prozesse und die Behandlungsqualität unserer Klinik zu geben und möchten Sie an dieser Stelle ganz herzlich einladen, unsere Klinik über unseren Besuchertag persönlich kennenzulernen.

Weiterführende Informationen über die Hochgrat-Klinik, das Therapiekonzept, Behandlungsschwerpunkte, sowie das therapeutische Angebot finden Sie unter www.hochgrat-klinik.de.

Verantwortlich für die Erstellung des Krankenhausqualitätsberichts ist Frau Dipl.-Psych. Friederike Mutschler (QMB). Die Klinikleitung, vertreten durch Dr. Georg Reisach, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

PLZ:	88167
Ort:	Stiefenhofen
Straße:	Wolfsried
Hausnummer:	108
Krankenhaus-URL:	http://www.hochgrat-klinik.de
Email:	info@hochgrat-klinik.de
Telefon-Vorwahl:	08386
Telefon:	96220
Fax-Vorwahl:	08386
Fax:	4107

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

#	IK-Nummer
1	260971619

A-3 Standort(nummer)

Standort-Nummer: 0

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name des Trägers: Dr. Reisach GmbH

Träger-Art: privat

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Lehrkrankenhaus: Nein

Name der Universität:

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

A-6.1 Fachabteilungen

#	Abteilungsart	Schlüssel	Fachabteilung
1	HA	3100	Psychosomatik/Psychotherapie

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie?: Nein

Psychiatrisches Krankenhaus: Nein

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

In der folgenden Tabelle werden die verschiedenen Therapieangebote der Hochgrat-Klinik in einer Übersicht dargestellt.

#	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Erläuterungen
1	Casriel Marathon	Dieses therapeutische Intensivangebot beinhaltet eine Vertiefung der emotionalen Arbeit in Form von Bonding-Psychotherapie und Einstellungsarbeit in einer Gruppe
2	Lehrküchenwoche	Dies ist ein Spezialangebot zur Unterstützung des therapeutischen Prozesses durch Bearbeitung von erkrankungsrelevanten Faktoren des Erlebens und Verhaltens in Bezug auf Essen und Ernährung
3	Familienwoche	Die Familienwoche ist eine Projektwoche, zu der unsere Patienten Angehörige einladen können, um gemeinsam an familientherapeutischen Themen und Fragen der Überleitung in den Alltag zu arbeiten
4	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	Im Rahmen der Familienwoche können Angehörige unserer Patienten in die Behandlung mit einbezogen werden
5	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	Mithilfe von sozialer Beratung werden unsere Patienten bei der Lösung belastender sozialer Probleme unterstützt (Arbeitsplatz, Familie, Wohnsituation, persönliche Finanzen, Sozialrecht).
6	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	
7	Bewegungstherapie	Frühsport, Wandern, Konzentrierte Bewegungstherapie, Bewegung und Gestaltung, Nordic Walking
8	Diät- und Ernährungsberatung	Angebot der Ess-Strukturgruppe sowie der Lehrküchenwoche, Informationsveranstaltungen zur Dr. Brucker Ernährung
9	Entlassungsmanagement	Kooperation mit ambulanten Nachsorgegruppen, Einbindung der Patienten in Selbsthilfegruppen bereits während des Klinikaufenthaltes

#	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Erläuterungen
10	Kunsttherapie	bedingt
11	Musiktherapie	
12	Naturheilverfahren	
13	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	Gruppenpsychotherapie in der Bezugsgruppe, Großgruppe zum Training der sozialen Kompetenz, Emotionale Arbeit nach D. Casriel, Einstellungsarbeit
14	Rückenschule/ Haltungsschulung	Rückenyooga
15	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen	Informationsveranstaltungen und Vorträge
16	Spezielle Entspannungstherapie	Stille Meditation, Progressive Muskelrelaxation (PMR)
17	Wirbelsäulengymnastik	
18	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	Wir fördern die Möglichkeit für unsere Patienten während des Klinikaufenthaltes sowohl innerhalb der Klinik, wie auch extern an Selbsthilfegruppen teilzunehmen

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

#	Serviceangebot	Erläuterungen
1	Aufenthaltsräume	
2	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
3	Mutter-Kind-Zimmer	
4	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
5	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
6	Balkon/ Terrasse	
7	Telefon	
8	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	
9	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
10	Kostenlose Getränkebereitstellung (Mineralwasser)	
11	Bibliothek	
12	Cafeteria	
13	Faxempfang für Patienten	
14	Internetzugang	
15	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	
16	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
17	Parkanlage	

#	Serviceangebot	Erläuterungen
18	Rauchfreies Krankenhaus	
19	Sauna	
20	Schwimmbad	
21	Spielplatz	
22	Empfangs- und Begleitedienst für Patienten und Besucher	
23	Seelsorge	

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

Seit Beginn der Klinik ist die wissenschaftliche Ausrichtung für uns selbstverständlich, was sich in Kooperationen mit psychologischen Instituten (Würzburg, Freiburg), dem Verbund mit anderen Kliniken, Mitgründung eines Qualitätssicherungsinstitutes (IQP) und der Zusammenarbeit mit verschiedenen Weiterbildungsinstituten (CIP, SYST, Süddeutsche Akademie für Psychotherapie, Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie, Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation) zeigt. Dissertationen, Diplomarbeiten und wissenschaftliche Arbeiten dokumentieren diese Aktivität und dienen der Überprüfung und Sicherung unserer Behandlungsqualität. Untersuchungen beziehen sich dabei nicht nur auf die wissenschaftliche Evaluation des Therapieerfolges zu Behandlungsende, sondern auch auf den nach Entlassung anhaltenden Therapieerfolg (Katamneseuntersuchungen).

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

Anzahl Betten: 85

Davon sind 45 Akutbetten

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Anzahl stationärer Patienten: 473

Die Fallzahl bezieht sich hier auf die Anzahl der Patienten, die im Jahr 2006 eine der sechs am häufigsten vergebenen psychiatrischen Diagnosen erhalten haben (Siehe unter B-[3100].6.1: ICD 3stellig). Insgesamt wurden im Berichtsjahr **527** Patienten stationär in der Hochgrat-Klinik behandelt, davon 331 im Rahmen des Kontingents von Akutbetten.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-[1] Psychosomatik/Psychotherapie

B-[1].1.1 Fachabteilungsschlüssel

#	Fachabteilungsschlüssel
1	(3100) Psychosomatik/Psychotherapie

B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung

#	Versorgungsschwerpunkte	Erläuterungen
1	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	
2	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
3	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
4	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
5	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
6	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	

B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Siehe unter A-9: Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Siehe unter A-10: Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote der Fachabteilung

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Die Leistungen der Hochgrat-Klinik im Bereich Psychosomatik und Psychotherapie werden nicht nach DRG ausgewiesen und abgerechnet.

Anzahl stationärer Patienten: 473

B-[1].6 Hauptdiagnosen nach ICD

B-[1].6.1 ICD, 3stellig

#	ICD	Bezeichnung	Fallzahl
1	F33	Wiederkehrende depressive Störung	239
2	F32	Depressive Episode	146
3	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	39
4	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	25
5	F41	Andere Angststörungen	14
6	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	10

B-[1].6.2 Kompetenzdiagnosen

In der Tabelle oben werden nur die sechs am häufigsten vergebenen psychiatrischen Hauptdiagnosen dargestellt.

Um die Problematik eines Menschen jedoch möglichst umfassend beschreiben zu können, werden im Bereich der psychischen Erkrankungen meist mehrere Diagnosen je Patient vergeben, da einzelne Diagnosen jeweils nur Teilbereiche des Erlebens und Verhaltens berücksichtigen. Die alleinige Herausstellung der ersten Diagnose kann deshalb die Behandlungsschwerpunkte nicht angemessen wiedergeben und würde zu einer verzerrenden Darstellung führen.

In der nachfolgenden Tabelle wird daher eine Rangfolge der 10 häufigsten, *aller* im Berichtsjahr 2006 vergebenen *psychiatrischen Diagnosen* wiedergegeben. Es wurden insgesamt 1320 psychiatrische Diagnosen, damit durchschnittlich 2,5 Diagnosen pro Patient vergeben.

#	ICD-N	ICD Bezeichnung	Fallzahl
1	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	185
2	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	137
3	F61.0	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	111
4	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	80
5	F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	67
6	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	64
7	F60.7	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung	63
8	F60.3	Emotional instabile	52

#	ICD-N	ICD Bezeichnung	Fallzahl
		Persönlichkeitsstörung	
9	F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	43
10	F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung	42

In der nachfolgenden Tabelle werden die zehn am häufigsten vergebenen *somatischen Diagnosen* des Jahres 2006 dargestellt. Es wurden insgesamt 1361 somatische Diagnosen vergeben, dies entspricht durchschnittlich 2,7 somatischen Diagnosen pro Patient.

#	ICD-N	ICD Bezeichnung	Fallzahl
1	G47.9	Schlafstörungen, nicht näher bezeichnet	164
2	E66.9	Adipositas, nicht näher bezeichnet	81
3	M54.5	Kreuzschmerz	73
4	M54.2	Zervikalneuralgie	52
5	G44.0	Cluster-Kopfschmerz	48
6	L10.0	Pemphigus vulgaris	47
7	K30.0	Verdauungsstörungen	41
8	T78.4	Allergie, nicht näher bezeichnet	37
9	N92.6	Unregelmäßige Menstruation, nicht näher bezeichnet	23
10	G43.9	Migräne, nicht näher bezeichnet	21

B-[1].7 Prozeduren nach OPS

Entfällt

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Entfällt

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Entfällt für das Leistungsspektrum der Hochgrat-Klinik.

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Entfällt

Ambulante D-Arzt-Zulassung: Nein

Stat. BG-Zulassung: Nein

B-[1].11 Apparative Ausstattung

#	Apparative Ausstattung	Kommentar/Erläuterung
1	Belastungs-EKG/ Ergometrie	

B-[1].12 Personelle Ausstattung**B-[1].12.1 Ärzte**

Ärzte insgesamt (außer Belegärzte):	10
Kommentar dazu:	
Davon Fachärzte:	7
Kommentar dazu:	3 ärztliche Kollegen befinden sich derzeit in der Weiterbildung zum Facharzt
Belegärzte nach § 121 SGB V:	
Kommentar dazu:	

B-[1].12.1.1 Facharztqualifikation

#	Facharztqualifikation
1	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
2	Innere Medizin und Allgemeinmedizin (Hausarzt)
3	Psychiatrie und Psychotherapie
4	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

B-[1].12.1.2 Zusatzweiterbildung

#	Zusatzweiterbildung
1	Akupunktur
2	Manuelle Medizin / Chirotherapie
3	Naturheilverfahren
4	Notfallmedizin
5	Psychotherapie
6	Rehabilitationswesen
7	Sozialmedizin

B-[1].12.2 Pflegepersonal

Pflegekräfte insgesamt:	9
Kommentar dazu:	
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, ohne und mit Fachweiterbildung):	9
Kommentar dazu:	
Davon examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (3 Jahre, mit entsprechender Fachweiterbildung):	2
Kommentar dazu:	

B-[1].12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Die meisten in der Hochgrat-Klinik beschäftigten Therapeuten besitzen mehrere Qualifikationen bzw. sind derzeit zusätzlich in Weiterbildung in verschiedenen therapeutischen Methoden und Verfahren. Es sind an der psychotherapeutischen Behandlung unserer Patienten mehrere Berufsgruppen (z.B. Diplom-Sozialarbeiter, Körperpsychotherapeuten, Ernährungstherapeuten) in großem Umfang beteiligt (siehe Tabelle).

#	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar
1	Bewegungstherapeutin	Konzentrierte Bewegungstherapie
2	Dipl.-Theologin	Seelsorge, spirituelle Angebote und Rituale
3	Traumatherapeutin	Stabilisierungsübungen
4	Diätassistenten	Ernährungstherapeutin
5	Kunsttherapeuten	
6	Musiktherapeuten	
7	Psychologen	Es sind insgesamt 9 Dipl.-Psychologen in der Hochgrat-Klinik beschäftigt, davon sind 5 bereits approbiert und 4 Kollegen in der Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten.
8	Psychotherapeuten	(s.o.) Die Psychotherapeuten haben verschiedene therapeutische Ausbildungen, wie z.B. Verhaltenstherapie, Psychodrama, Systemische Therapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Gesprächspsychotherapie.
9	Sozialarbeiter	

C Qualitätssicherung

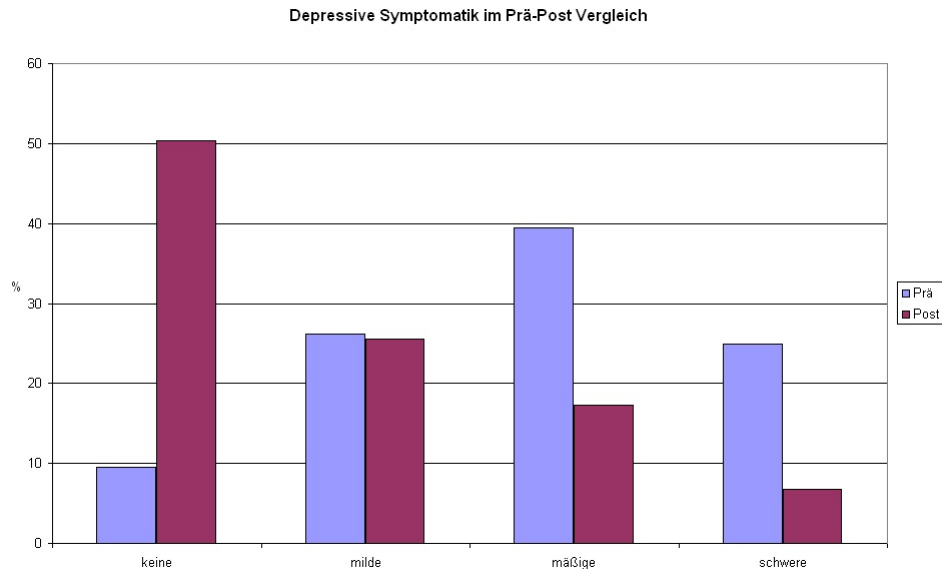
Untersuchung des Therapieerfolgs

Seit Bestehen der Klinik hat die Qualitätssicherung einen festen Platz im Selbstverständnis unserer Klinik. Traditionell ist ein Mitarbeiter vorwiegend mit diesen Aufgaben betraut. Eine routinemäßige **psychometrische Eingangs- und Ausgangsdiagnostik** wird in unserer Klinik bei allen Patienten zu Beginn und zum Ende der Behandlung durchgeführt. Mit Hilfe von Persönlichkeitsfragebögen und Symptomfragebögen haben die Patienten die Möglichkeit, sich selbst anhand ihrer Antworten in ihrem Erleben und ihrer Symptomatik zu beschreiben. Die Ergebnisse der Eingangs- und Ausgangsdiagnostik werden von uns miteinander verglichen und den Patienten in einem persönlichen Gespräch vermittelt. Dies soll uns die Möglichkeit einer direkten Effektivitätsüberprüfung der Behandlung bieten, zum anderen wird die Besprechung der psychologischen Befragung von unseren Patienten als hilfreich und therapeutisch unterstützend wahrgenommen. Diese Veränderungsmessungen stellen darüberhinaus die Basis für eine Effektivitätsanalyse dar. So können wir Veränderungen und die Effektivität der Therapie konstant überblicken. Die erhobenen Daten werden für Diplomarbeiten und sonstige wissenschaftliche Untersuchungen zur Verfügung gestellt.

Wissenschaftliche Arbeiten, die in Kooperation mit dem Psychologischen Institut der Universität Würzburg entstanden sind, konnten insgesamt die hohe Wirksamkeit der

therapeutischen Behandlung belegen. In einer aktuellen prospektiven Studie konnten diese Ergebnisse erneut bestätigt werden (Hahn und Rath, 2006).

Unsere Patienten beschrieben beispielsweise zum Ende der Behandlung signifikant weniger depressives Erleben (gemessen im Becks-Depressionsinventar) als noch zu Beginn.



In der Grafik oben ist dargestellt, in welchem Maß sich unsere Patienten zu Beginn und zum Ende der Behandlung durch depressives Erleben beeinträchtigt fühlten. In der Klassifikation der schweren Depression ergab sich der größte Unterschied. So zeigten zu Beginn der Behandlung insgesamt knapp 35% eine schwere depressive Symptomatik, zum Ende waren es noch knapp 7%. Über 50% der Patienten konnten ohne depressive Symptomatik entlassen werden.

Nachbefragung unserer Patienten (Katamnese)

In Katamneseuntersuchungen konnte die Nachhaltigkeit der therapeutischen Behandlung belegt werden. So zeigte sich in einer wissenschaftlichen Arbeit, die in Kooperation mit dem Psychologischen Institut der Universität Würzburg durchgeführt wurde (Tscheulin, Walter-Klose und Wellenhöfer, 1999), dass der ganzheitliche Therapieansatz sogar noch nach Beendigung der Therapie (ein Jahr danach) zu einer weiteren Verbesserung des Erlebens unserer Patienten führte. Neuere Untersuchungen (2004, 2005) unserer Schwesterklinik, der Adula-Klinik, Oberstdorf, welche sich dem gleichen ganzheitlichen Therapiekonzept verpflichtet fühlt, wie die Hochgrat-Klinik, bestätigten erneut, dass die Patienten sich ein Jahr und sogar 5 Jahre nach Beendigung der Therapie nachwievor gebessert erlebten (siehe dazu www.adula-klinik.de).

Zusätzlich wird der therapeutische Prozess unserer Patienten über Fragebögen zur Therapeutischen Beziehung, zum Erleben der Therapeutischen Gemeinschaft und zum Umgang der Patienten mit sich selbst, dokumentiert (**Prozessbefragung**). In diesem Rahmen haben unsere Patienten die Möglichkeit, anhand von stimulierenden Fragen den therapeutischen Prozess intensiv zu reflektieren. Diese Befragungen werden bei uns in der 3., 6. und 9. Aufenthaltswoche durchgeführt. In wissenschaftlichen Arbeiten konnte gezeigt werden, dass die Qualität der Therapeutischen Beziehung von den Patienten über den Therapieverlauf hinweg gleichbleibend sehr hoch wahrgenommen wurde und das Ausmaß an hilfreichen Erfahrungen in der Klinikgemeinschaft im Verlauf der Therapie stetig anstieg. Es konnte darüber hinaus ein starker Zusammenhang zwischen den erhobenen Prozessvariablen und dem Therapieergebnis gezeigt werden.

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

Für das Leistungsspektrum der Hochgrat-Klinik sind derzeit vom gemeinsamen Bundesausschuss der Krankenkassen und der Leistungserbringer keine verbindlichen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 137 SGB V vorgesehen. Wir legen dennoch bereits seit Bestehen unserer Klinik großen Wert darauf, die Qualität und Effektivität der therapeutischen Behandlung im Sinne dieser Maßnahmen zu überprüfen. Hierzu verwenden wir ein umfangreiches System zur Dokumentation und Evaluation. So führen wir routinemäßig bei allen Patienten eine ausführliche Psychodiagnostik zu Beginn und zu Ende der Behandlung in unserem Haus durch (s.o.). Die testpsychologischen Ergebnisse werden in Kooperation mit dem Psychologischen Institut der Universität Würzburg ausgewertet, wissenschaftlich aufgearbeitet und in Diplomarbeiten und Fachartikeln dargelegt. Damit wird die Behandlung von allen aufgenommenen Patienten vollständig dokumentiert. Fortlaufend dokumentieren wir Basisdaten und Ergebnisse unserer Behandlung (Psy-BaDo-PTM) und stellen sie den Ergebnissen anderer Kliniken gegenüber (Benchmarking). Im Bereich der Rehabilitation haben wir bereits im Jahr 2001 an einer externen Überprüfung der Leistungsqualität durch das Hochrhein-Institut (IRES-Studie) teilgenommen. Seit 2005 und noch bis in das Jahr 2008 hinein, lassen wir uns im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Krankenkassen (QS-Reha Verfahren®) extern prüfen.

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Entfällt

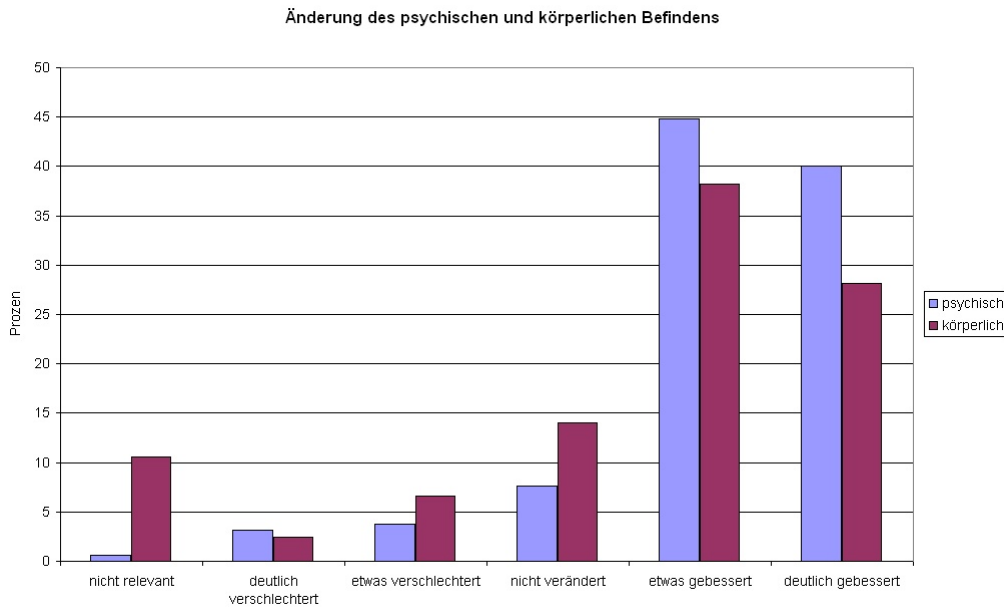
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

Entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Wir überprüfen seit Beginn bevorzugt den wichtigsten Aspekt unserer Arbeit – das Ergebnis und damit die Effektivität der Behandlung. Über die Dokumentation von Struktur und Ergebnisdaten stellen wir uns neben den Maßnahmen der internen Qualitätssicherung fortlaufend einer *externen Überprüfung* der Therapiequalität. Der kritische Vergleich gibt uns Hinweise darauf, wie wir unsere Therapie noch effektiver gestalten können.

Die wissenschaftliche Ausrichtung der Klinik zeigt sich unter anderem auch durch die Mitbegründung des Institutes für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik (IQP) mit Sitz in München. Bereits seit 1996 sind wir über das IQP im Verbund mit derzeit 15 psychosomatischen Kliniken in Deutschland organisiert. Fortlaufend dokumentieren wir Basisdaten und Ergebnisse unserer Behandlung und stellen sie den Ergebnissen anderer Kliniken gegenüber (Benchmarking). Basis für die Datenerhebungen ist die "**Psy-BaDo-PTM**", eine standardisierte, schulen- und methodenübergreifende Basisdokumentation für die stationäre Psychosomatik. Die Ergebnisse der Behandlung messen wir dabei auf verschiedenen Ebenen durch Befragung der Patienten, der Bezugstherapeuten und behandelnden Ärzte. In der nachfolgenden Grafik finden sich die Ergebnisse, in welchem Ausmaß sich die körperliche und psychische Beeinträchtigung unserer Patienten zu Behandlungsende verändert hat (Patientenangaben aus der Psy-BaDo-PTM).



So zeigte sich beispielsweise, dass zu Ende der Behandlung knapp 45% der Patienten angaben, dass sich die Störung ihres psychischen Befindens etwas geändert hat, 40% gaben an, eine deutliche Verbesserung erlebt zu haben. Bezogen auf die Störung des körperlichen Befindens gaben 38% der Patienten an, dass sich ihre Symptomatik etwas gebessert hat, 28% gaben eine deutliche Veränderung der körperlichen Symptomatik an.

Im Bereich der Rehabilitation haben wir bereits im Jahr 2001 an der **IRES Studie** teilgenommen, welche eine externe Überprüfung der Leistungsqualität der Klinik durch das Hochrhein-Institut darstellte. Insgesamt wurde hier eine gute Ergebnisqualität in den Bereichen somatischer Status, funktionaler Status und psychosomatischer Status festgestellt. In der zielorientierten Auswertung zeigte sich, dass deutliche und nachhaltige Verbesserungen in der Belastungsausprägung in denjenigen SCL-90-R-Bereichen festgestellt werden konnten, die bei Behandlungsbeginn von Ärzten und Therapeuten als Behandlungsziel festgelegt worden waren.

Seit 2005 nimmt die Hochgrat-Klinik am Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Krankenkassen der Medizinischen Rehabilitation, dem **QS-Reha Verfahren®** teil. In diesem Rahmen werden die Struktur- und Prozessqualität der Klinik evaluiert. Darüberhinaus werden der unmittelbare Therapieerfolg, die Nachhaltigkeit des Therapieerfolgs nach Entlassung (Katamnese), sowie die Patientenzufriedenheit mit dem stationären Aufenthalt untersucht. Die Datenerhebung wird im Jahr 2008 abgeschlossen. Für die organisatorische Durchführung ist das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zuständig.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Entfällt

C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)

Entfällt

D Qualitätsmanagement

Die Dr. Reisach-Kliniken (Hochgrat- und Adula-Klinik) sind seit dem 15. Dezember 2006 nach DIN EN ISO 9001:2000 zertifiziert.

D-1 Qualitätspolitik

Zuständigkeiten und Entscheidungswege werden im Rahmen einer von gegenseitiger Achtung und Respekt getragenen Verantwortlichkeit klar geregelt:

- Struktur und Verantwortung
- Ablauf- und Stellenbeschreibungen
- Vertretungsregelungen
- Entscheidungskompetenzen und Aufgabendurchführung
- Reagieren auf Anforderungen und Veränderungen

Unser Qualitätsmanagement-System legt den Fokus auf eine ständige Verbesserung der Prozesse in der medizinisch-psychotherapeutischen Behandlung, in den unterstützenden Prozessen der Patientenversorgung vor, während und nach der stationären Behandlung sowie die wirtschaftliche Bestandssicherung der Kliniken.

Die Leitung benennt Friederike Mutschler für die Hochgrat-Klinik zur Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB).

D-1.1 Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission

Der Mensch, der eine unserer beiden Kliniken betritt, begegnet der Therapeutischen Gemeinschaft, die sich um emotionale Offenheit und persönliche Ehrlichkeit bemüht. Diese Gemeinschaft empfängt den Einzelnen nicht allein als behandlungsbedürftigen Patienten, sondern darüber hinaus als einen Gast, dem wir eigenverantwortliches Handeln auf der Basis seiner Ressourcen – seien sie ihm bewusst oder seien sie ihm noch unbekannt – zutrauen und das kann auch heißen: zumuten.

Porta patet – magis Cor

Dieser Satz, den der heilige Augustinus an einen Freund in Not schrieb ("die Tür steht offen – mehr noch das Herz") steht als Motto über unseren Kliniken und prägt verbindlich die persönliche Einstellung von uns als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Hochgrat- und Adula-Klinik. Einerseits stellen wir uns der Aufgabe, die Wirklichkeit des persönlichen Leidens der zu uns kommenden Menschen als Tatsache zu akzeptieren und den Menschen mit Mitgefühl zu begegnen. Andererseits wissen wir, dass Heilung rasch beginnen kann und jede menschliche Begegnung eine Chance – oft eine zündende Chance – sein kann, um die Stärken, die in jedem Einzelnen sind, zu seiner Gesundheit und zu seinem persönlichen und seelischen Wachstum zu aktivieren.

D-1.2 Qualitätsmanagementansatz / -grundsätze des Krankenhauses

D-1.2.1 Patientenorientierung

Mit unserem prozessorientierten Qualitätsmanagement nehmen wir in unserem Tun und Handeln die Sicht unserer Patienten und Partner ein. Dazu gilt es, ihre Anforderungen und Erwartungen an uns zu ermitteln und in unsere Zieldefinition einzubeziehen.

D-1.2.2 Verantwortung und Führung

Zuständigkeiten und Entscheidungswege werden im Rahmen einer von gegenseitiger Achtung und Respekt getragenen Verantwortlichkeit klar geregelt:

- Struktur und Verantwortung
- Ablauf- und Stellenbeschreibungen
- Vertretungsregelungen
- Entscheidungskompetenzen und Aufgabendurchführung
- Reagieren auf Anforderungen und Veränderungen

D-1.2.3 Mitarbeiterorientierung und -beteiligung

Unsere psychologischen Mitarbeiterinnen sind approbiert oder auf dem Weg dazu, unsere ärztlichen Mitarbeiterinnen sind Fachärzte oder in Weiterbildung zum Facharzt. Der Pflegedienst besteht ausschließlich aus examinierten Fachkräften. Wir fordern und fördern die fachliche Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen Funktionsbereichen der Kliniken. Durch regelmäßige Supervision und Fortbildung der Mitarbeiterinnen in allen Abteilungen des Hauses fördern wir Wirksamkeit, Effizienz und Nachhaltigkeit unserer Behandlung. Alle Mitarbeiter sind unserem Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9001:2000 verpflichtet. Sie arbeiten aufmerksam an der stetigen Qualitätsverbesserung mit.

D-1.2.4 Wirtschaftlichkeit

Wirtschaftlichkeit einerseits und Qualitätssteigerung andererseits sind die Zielrichtungen unseres Qualitätsmanagements. Uns ist bewusst, dass nur durch Beachtung dieser Grundsätze der langfristige Erfolg der Klinik gesichert werden kann.

D-1.2.5 Prozessorientierung

Das Qualitätsmanagementsystem der Hochgrat-Klinik ist prozessorientiert nach DIN EN ISO 9001:2000 aufgebaut.

D-1.2.6 Zielorientierung und Flexibilität

Wir setzen uns Ziele, die herausfordernd und doch konkret, messbar, realistisch und zeitbezogen sind. Im Rahmen unseres QM leiten wir Maßnahmen ein, definieren ggf. Projekte und stellen die erforderlichen Ressourcen hierfür bereit. Das Ziel vor Augen, entscheiden wir an festgelegten Reviews über ggf. notwendige Kursänderungen.

D-1.2.7 Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern

Mit dem klinikeigenen Verfahren "Umgang mit Fehlern" wird sichergestellt, dass fehlerhafte Produkte und Dienstleistungen gelenkt werden, um den unbeabsichtigten Gebrauch zu verhindern, bzw. fehlerhafte Dienstleistung zu korrigieren und mögliche schädliche Folgen zu vermeiden. Wir stellen die Frage danach, was wir aus unseren Fehlern lernen können und nicht, wer daran Schuld ist. Dazu ermutigen wir unsere Mitarbeiter, offen mit Fehlern umzugehen und so allen die Möglichkeit zur Qualitätssteigerung unserer Klinik zu geben.

D-1.2.8 kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Mit unserem Prozess „Internen Auditsystem“ stellen wir sicher, dass die Tätigkeiten des auditierten Bereiches/Prozesses mit den Forderungen der relevanten Abschnitte der Norm DIN EN ISO 9001:2000 sowie den dazugehörigen QM-Dokumentationen (z.B. Prozessbeschreibungen) übereinstimmen.

Wir nutzen das Interne Audit als Verbesserungsgespräch, um den Kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) für alle Bereiche der Klinik in Gang zu halten: Verbesserungspotenzial soll entdeckt, Vorschläge zur Ablaufverbesserung erörtert und Maßnahmen abgeleitet werden.

Insgesamt 10 Mitarbeiter beider Kliniken aus den Bereichen Medizin/Therapie, Pflegedienst, Hauswirtschaft und Haustechnik sind für das Interne Audit geschult. Wir achten darauf, Erkenntnisse der Abteilungen hinsichtlich der Qualität der Abläufe zu nutzen und voneinander zu lernen. Dafür lassen wir die Bereiche beider Kliniken (Hochgrat- und Adula-Klinik) sich gegenseitig auditieren.

D-1.3 Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z.B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).

In allen Bereichen der Klinik finden regelmäßige interne Besprechungen nach Plan statt, bei Bedarf werden außerplanmäßigen Sitzungen einberufen. Entscheidungen werden schriftlich protokolliert und umgehend an alle betroffenen Personen weiter geleitet. Bei der Übermittlung mündlicher Informationen wird besonders auf Verbindlichkeit und Verständnis des Rezipienten geachtet. Die Forderungen des Datenschutzgesetzes müssen dabei jederzeit eingehalten werden. Insbesondere dürfen keine patientenbezogenen Inhalte in öffentlichem Kontext (innerhalb und außerhalb der Klinik) besprochen werden. Dies gilt auch für die externe Kommunikation auf dem Post- oder elektronischen Weg sowie für den Umgang mit externen Telefonanrufen. Die Privatsphäre unsere Patienten bleibt unbedingt geschützt, es werden keine hausinternen Telefonnummern weitergegeben und Anrufe nur zu bestimmten Sprechzeiten an Mitarbeiter und Patienten weiter geleitet. In unseren Kliniken ist jeweils ein Faxgerät verfügbar, eingehende Faxe werden, ebenso wie Posteingänge, umgehend weitergeleitet. Funktionen mit wichtigen Schnittstellen nach außen sind mit E-Mail-Adressen ausgestattet. Die Website beider Kliniken ist für alle Interessenten der Öffentlichkeit zugänglich. Dort werden die Kliniken mit ihrem Leistungsspektrum dargestellt, zudem sind Stellenangebote, Termine für öffentliche Veranstaltungen und aktuelle Berichte dort veröffentlicht und. Der Austausch mit unseren Einweisern und anderen niedergelassenen Kollegen (z.B. Weiterbehandlern) findet sowohl auf dem schriftlichen Wege, über die erstellten Arztbriefe und Berichte statt, als auch bei Bedarf bzw. konkreten Fragen telefonisch oder persönlich bei der jährlichen Ärztetagung der Kliniken.

D-2 Qualitätsziele

D-2.1 strategische/ operative Ziele

Wir wollen unsere Therapiequalität sichern, weiterentwickeln und kommunizieren.

Das bedeutet für uns:

- Aktive Mitgliedschaft im Institut für Qualität in der Psychotherapie (IQP)
- Teilnahme an vergleichender Qualitätssicherung (z.B. QS-Reha)
- Therapiebegleitende Datenerhebung
- Patientenbefragung
- Einweiserbefragung
- Kontinuierliche interne Fortbildung auf hohem Niveau
- Freistellung bis zu 10 Tagen/Jahr je Mitarbeiter für externe Fort- und Weiterbildung
- Berichtlegung der internen und externe Qualitätssicherung
- Zertifizierung nach ISO 9001:2000

Wir wollen mit den Ressourcen der Kliniken effizient umgehen und wirtschaftlich arbeiten.

Das bedeutet für uns:

- Transparenz in der Leistungserbringung
- Förderung des Kostenbewusstseins
- effiziente Dokumentation der Behandlung
- Vermeidung unnötiger und/oder redundanter Arbeiten

Wir wollen die Qualität der Dokumentation in der Therapie kontinuierlich steigern.

Das bedeutet für uns:

- Informationsinhalte auf Wesentliches, Nutzbringendes aus Sicht des nächsten Nutzers zu prüfen
- Ansprechpartner für spezielle Fragestellungen (z.B. Reha-Doku) zu bieten
- Kenntnisse der Anforderungen an die Dokumentation in Schulungen vertiefen
- Einsatz moderner Kommunikationstechnik
- Einsatz geeigneter Software

D-2.2 Messung und Evaluation der Zielerreichung

Den Erfolg unserer Bemühungen zur Zielerreichung messen wir an:

- Benchmark (15 beteiligte Kliniken im IQP)
- interne Jahresvergleiche
- Ergebnis der Patientenzufriedenheitsbefragung
- Ergebnis der Einweiserzufriedenheitsbefragung
- wissenschaftliche Kennzahlen der psychometrischen Erhebungen
- Anzahl wissenschaftlicher Vorträge und Berichte
- Veröffentlichungen
- Zertifikaterhaltung
- Wirtschaftlichen Kennzahlen
- Rückfragen und ggf. Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)
- Fehlerfreiheit der Berichte
- Teilnahme an Schulungen
- Stand der Kommunikationstechnik und Software

D-2.3 Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

In regelmäßigen QM-Besprechungen (Jour Fixe) wird der aktuelle Stand der Projekte und Eingaben aus unserem Verbesserungssystem EVI (Entwicklung - Verbesserung - Information) an die Leitung der Bereiche kommuniziert und an Mitarbeiter weitergegeben.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Das QM-System der Klinik ist nach DIN EN ISO 9001:2000 aufgebaut und seit dem 15. Dezember 2006 zertifiziert.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Im folgenden sind die Instrumente des Qualitätsmanagements aufgelistet:

- EVI bedeutet Entwicklung, Verbesserung und Information und steht allen Patienten und Mitarbeitern als einrichtungsinternes Verbesserungssystem bzw. Beschwerdemanagement zur Verfügung
- Im Jour Fixe besprechen die QMB mit der Geschäfts- sowie Bereichsleitung aktuelle QM-Projekte und Belange des internen Verbesserungsmanagements
- Interne Audits werden in allen Bereichen der Klinik durchgeführt
- Die Therapieevaluation wird anhand psychometrischer Verfahren computergestützt mit

dem Wiener-Testsystems durchgeführt

- Eine Patientenbefragung wird zu Ende der Behandlung mit Fragebogen zur Zufriedenheit unserer Patienten mit allen Bereichen der Klinik durchgeführt. Die allgemeine Patientenzufriedenheit mit dem stationären Aufenthalt wird mit Hilfe des ZUF-8 erfragt
- Es finden wöchentliche Fallbesprechungen in den therapeutischen Teams statt
- Fallsupervisionen werden durch externe Fachleute in festgelegten Zyklen durchgeführt
- Mitarbeiter des therapeutischen Teams nehmen turnusmäßig an Teamsupervisionen teil
- In der vorstationäre Beratung, bereits vor Antritt des stationären Aufenthaltes, werden die Patienten intensiv über Chancen und Risiken einer Behandlung aufgeklärt, gleichzeitig findet eine gründliche Prüfung hinsichtlich eines Behandlungsangebots seitens der Klinik statt.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

Im Rahmen des ständigen Verbesserungsprozesses sind diverse interne Verbesserungsprojekte aufgesetzt und mit Verantwortlichkeiten, Ressourcen und Timeline versehen worden. Eine regelmäßige Prüfung des Fortschritts wird durch Jour Fixe, die Managementbewertung und die Überwachungsaudits durch den externen Zertifizierer gewährleistet.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Eine Bewertung des QM-Systems hinsichtlich der ständigen Eignung zur Zielerreichung der Klinik findet in der jährlichen Managementbewertung statt.