



QUALITÄTSBERICHT 2006

Krankenhaus: Zentrum für Soziale Psychiatrie Bergstraße

Institutionskennzeichen: 260610565

Anschrift: ZSP Bergstraße
64646 Heppenheim

Datum der Ausstellung: 15.11.2006

Erstellt:

Anke Berger-Schmitt Dipl.-Betriebswirtin (FH)	Betriebsleiterin
PD Dr. med. Dipl.-Psych Hartmann	Ärztl. Direktor
Franz J. Büdinger Dipl. Betriebswirt (VWA)	Pflegedirektor
Christian Schmidt-Anders	Qualitätskoordinator

Freigegeben am 15.11.2006

Berger-Schmitt	PD Dr. med. Dipl.-Psych Hartmann	F.J. Büdinger
Betriebsleitung	Ärztl. Direktor	Krankenpflegedirektor

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Herrn Christian Schmidt-Anders ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht

1 Einleitung

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Soziale Psychiatrie Bergstraße, früher Psychiatrisches Krankenhaus Heppenheim, besteht seit 1866 und ist ein modernes Fachkrankenhaus mit einem differenzierten Diagnostik- und Behandlungsangebot für Menschen mit allen Formen psychiatrischer Erkrankungen.

Unser Krankenhaus gewährleistet als Teil des psychosozialen Netzes die psychiatrische Versorgung für Menschen des Landkreises Bergstraße, des Odenwaldkreises und des Landkreises Darmstadt-Dieburg.

Hierfür stehen unserer Klinik 249 Betten sowie zwei Tageskliniken mit insgesamt 35 Plätzen zur Verfügung sowie eine Methadonsubstitutions Ambulanz in Darmstadt mit 2,5 integrierten TK - Plätzen die mit den Kostenträgern vereinbart sind. Darüber hinaus verfügen wir über eine Institutsambulanz mit Tageskliniken in Bensheim, Erbach mit insgesamt 35 Plätzen (zertifiziert 2002 nach DIN ISO 9001:2000) und Darüber hinaus steht unser Krankenhaus auch allen übrigen psychisch kranken Menschen als Zentrum einer zukunftsweisenden psychiatrischen Versorgung zur Verfügung.

Eine wird spezielle Behandlung für Mütter und Kinder angeboten. (Mutter - Kind - Station)

In Kooperation mit dem Kreis Bergstraße besteht eine gerontopsychiatrische Beratungsstelle.

Wir verfügen über ein breites Spektrum von Diagnostik-, Behandlungs- und Betreuungsangeboten in stationären, teilstationären, ambulanten Bereichen sowie Schulungs- und Trainingsmaßnahmen.

Unsere Klinik ist eine anerkannte Weiterbildungsstätte zur/zum Fachärztin/ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie teilermächtigt zur Weiterbildung zum Facharzt für psychotherapeutische Medizin.

Angegliedert an unsere Klinik ist eine nach DIN ISO 9001:2000 zertifiziertes Aus- Fort und Weiterbildungszentrum (seit 2005 Gesundheitsakademie Bergstraße) mit einer staatlich anerkannten Krankenpflegeschule mit ca. 120 Ausbildungsplätzen in Kooperation mit dem Heilig Geist Hospital, Bensheim. Ferner bildet das Haus BetriebswirtInnen, Bürokaufleute, Kaufleute im Gesundheitswesen und GärtnerInnen im Zierpflanzenbau aus.

Das ZSP-Bergstraße ist seit Mai 2004 nach DIN ISO 14001 "Umweltmanagement" zertifiziert, 2006 wurde die Umstellung auf die DIN ISO 14001:2005 vollzogen und ein neues Zertifikat ausgestellt.

Als einer der größten Arbeitgeber der Region beschäftigt das Zentrum für Soziale Psychiatrie in seinen verschiedenen Bereichen insgesamt ca. 580 ArbeitnehmerInnen.

Wir sind spezialisiert auf die Diagnostik und Behandlung von:

- allgemeinspsychiatrischen Erkrankungen
- psychischen Störungen und Erkrankungen des höheren Lebensalters
- Abhängigkeitserkrankungen (auch durch Methadonsubstitution)
- Persönlichkeitsstörungen
- psychosomatischen Erkrankungen und Lebenskrisen

Unsere therapeutischen Angebote werden ergänzt durch:

- die Ergotherapie
- die Arbeitstherapie (Gärtnerei, Werkstätten, EDV u.a.)
- die Kunst-, Musik- und Tanztherapie
- die Bäderabteilung und Physiotherapie
- sowie Maßnahmen zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung.

2 Inhaltsverzeichnis

1	ENLEITUNG.....	2
2	INHALTSVERZEICHNIS	4
3	STRUKTURERHEBUNGSBOGEN	7
4	BASISTEIL.....	8
4.1	A ALLGEMEINE STRUKTUR- UND LEISTUNGSDATEN DES KRANKENHAUSES.....	8
4.2	B-1 FACHABTEILUNGSBEZOGENE STRUKTUR- UND LEISTUNGSDATEN DES KRANKENHAUSES	11
4.3	B-2 FACHABTEILUNGSÜBERGREIFENDE STRUKTUR- UND LEISTUNGSDATEN DES KRANKENHAUSES.....	12
4.4	C QUALITÄTSSICHERUNG.....	14
4.5	C-1 EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG NACH § 137 SGB V	14
4.6	C-3 EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG NACH LANDESRECHT (§ 112 SGB V).....	14
4.7	C-4 QUALITÄTSSICHERUNGSMAßNAHMEN BEI DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMMEN (DMP)	14
4.8	C-5.1 UMSETZUNG DER MINDESTMENGENVEREINBARUNG NACH §137 ABS. 1 S.3 NR. 3 SGB V.....	14
4.9	G WEITERGEHENDE INFORMATIONEN	16
4.10	H AUSSTATTUNG.....	16
5	SYSTEMTEIL.....	17
5.1	VORWORT	17
5.2	HINWEIS (0.4).....	17
5.3	QUALITÄTSMANAGEMENT	17
5.4	AUSSCHLUSS (1.2)	18
5.5	INTEGRIERTE VERSORGUNG (7)	19
5.6	MANAGEMENTBEWERTUNG NACH TQU (5.6).....	19
5.7	CROSS REFERENZ DIN ISO 9001:2000 ZU KTQ IM BERICHT	19
6	PATIENTENORIENTIERUNG IN DER KRANKENVERSORGUNG (7).....	20
6.1	VORFELD DER STATIONÄREN VERSORGUNG UND AUFNAHME	20
6.1.1	<i>Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert.</i>	<i>20</i>
6.1.2	<i>Orientierung im Krankenhaus.....</i>	<i>20</i>
6.1.3	<i>Patientenorientierung während der Aufnahme</i>	<i>21</i>
6.1.4	<i>Ambulante Patientenversorgung</i>	<i>21</i>
6.2	ERSTEINSCHÄTZUNG UND PLANUNG DER BEHANDLUNG.....	21
6.2.1	<i>Ersteinschätzung</i>	<i>21</i>
6.2.2	<i>Nutzung von Vorbefunden.....</i>	<i>22</i>
6.2.3	<i>Festlegung des Behandlungsprozesses.....</i>	<i>22</i>
6.2.4	<i>Integration von Patienten in die Behandlungsplanung.....</i>	<i>22</i>
6.3	DURCHFÜHRUNG DER PATIENTENVERSORGUNG.....	22
6.3.1	<i>Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung.....</i>	<i>23</i>
6.3.2	<i>Anwendung von Leitlinien</i>	<i>23</i>
6.3.3	<i>Patientenorientierung während der Behandlung (5.2)</i>	<i>23</i>
6.3.4	<i>Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung.....</i>	<i>24</i>
6.3.5	<i>Koordinierung der Behandlung.....</i>	<i>25</i>
6.3.6	<i>Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.....</i>	<i>25</i>
6.3.7	<i>Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite</i>	<i>25</i>
6.4	ÜBERGANG DES PATIENTEN IN ANDERE VERSORGBEREICHE.....	26
6.4.1	<i>Entlassung und Verlegung</i>	<i>26</i>
6.4.2	<i>Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung / Verlegung u. a.)</i>	<i>26</i>
6.4.3	<i>Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung.....</i>	<i>27</i>
7	SICHERSTELLUNG DER MITARBEITERORIENTIERUNG (6.2).....	27
7.1	PLANUNG DES PERSONALS.....	27

7.1.1	Planung des Personalbedarfes.....	27
7.2	PERSONALENTWICKLUNG (6.2).....	27
7.2.1	Systematische Personalentwicklung.....	28
7.2.2	Festlegung der Qualifikation (6.2).....	28
7.2.3	Fort- und Weiterbildung (6.2.2).....	29
7.2.4	Finanzierung der Fort- und Weiterbildung (6.1).....	29
7.2.5	Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien.....	30
7.2.6	Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten (6.2.2).....	31
7.3	SICHERSTELLUNG DER INTEGRATION VON MITARBEITERN (6.2.2).....	31
7.3.1	Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles (5.1; 5.3).....	31
7.3.2	Einhaltung geplanter Arbeitszeiten (6.4).....	31
7.3.3	Einarbeitung von Mitarbeitern (6.2.1; 6.2.2).....	32
7.3.4	Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden (8).....	33
8	SICHERHEIT IM KRANKENHAUS (6.4) DIN 14001:2004.....	33
8.1	GEWÄHRLEISTUNG EINER SICHEREN UMGEBUNG.....	33
8.1.1	Verfahren zum Arbeitsschutz.....	33
8.1.2	Verfahren zum Brandschutz.....	34
8.1.3	Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz.....	34
8.1.4	Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement.....	35
8.1.5	Gewährleistung der Patientensicherheit (7.2).....	35
8.1.6	Hygiene.....	35
8.2	BEREITSTELLUNG VON MITTELN UND MATERIALIEN (6.1).....	36
8.2.1	Bereitstellung von Mitteln.....	36
8.2.2	Materialeinkauf und Verteilung (6.1).....	36
8.2.3	Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.....	37
8.2.4	Anwendung von Arzneimitteln.....	37
8.2.5	Anwendung von Blut und Blutprodukten.....	38
8.2.6	Anwendung von Medizinprodukten.....	38
8.2.7	Regelung des Umweltschutzes (5.3; DIN ISO 14001:2005).....	38
9	INFORMATIONSWESEN (5.5.4; 7.2.3).....	39
9.1	UMGANG MIT PATIENTENDATEN (4).....	39
9.1.1	Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten (4; 5.5.6).....	39
9.1.2	Dokumentation von Patientendaten (4.2).....	39
9.1.3	Verfügbarkeit von Patientendaten.....	40
9.2	INFORMATIONSWeiterLEITUNG (5.5.4; 7.2.3).....	40
9.2.1	Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen.....	40
9.2.2	Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen.....	41
9.2.3	Information an die Öffentlichkeit.....	41
9.2.4	Berücksichtigung des Datenschutzes (7.5.3).....	42
9.3	NUTZUNG EINER INFORMATIONSTECHNOLOGIE (5.5.4; 6).....	42
9.3.1	Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie IT-Konzept (5.5.4).....	42
9.3.2	Verfügbarkeit von Informationen, Lenkung von Dokumenten und Daten (4.2.3, 4.2.4).....	43
10	KRANKENHAUSFÜHRUNG (5).....	43
10.1	ENTWICKLUNG EINER LEITBILDES (5.2; 5.3).....	43
10.2	ZIELPLANUNG (5.4).....	43
10.2.1	Entwicklung einer Zielplanung (5.3; 5.4; 5.4.1).....	44
10.2.2	QM-Ziele für 2006/2007.....	44
10.2.3	Strategische Ziele der Krankenhausleitung aus 2006 werden bis 2008 /2010 weiter geführt. (5.4; 5.4.1) 44	44
10.2.4	Festlegung einer Organisationsstruktur (5.5).....	45
10.2.5	Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes (6.1; 8.5.3).....	46
10.2.6	Risikomanagement (8.5.3).....	46
10.3	SICHERSTELLUNG EINER EFFEKTIVEN UND EFFIZIENTEN KRANKENHAUSFÜHRUNG (5.1).....	46

10.3.1	Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen (5.4; 5.5.4).....	46
10.3.2	Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung	46
10.3.3	Information der Krankenhausführung (5.4; 5.5.4).....	47
10.3.4	Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen (6.2.2).....	48
10.4	ERFÜLLUNG ETHISCHER AUFGABEN	48
10.4.1	Berücksichtigung ethischer Problemstellungen.....	48
10.4.2	Umgang mit sterbenden Patienten.....	49
10.4.3	Umgang mit Verstorbenen.....	49
11	QUALITÄTSMANAGEMENT (5).....	49
11.1	UMFASSENDES QUALITÄTSMANAGEMENT (4.1)	49
11.1.1	Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement (5.1; 5.5.4; 6.2)	49
11.1.2	Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen (3.2; 4.2; 5.3; 5.4; 5.4.1; 5.4.2; 5.5.1; 5.5.3; 5.5.5; 5.5.6; 6.2.2).....	51
11.2	QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM (2.0).....	52
11.2.1	Organisation des Qualitätsmanagements(4.0; 5.3; 5.4; 5.5; 5.5.3; 5.5.6; 5.6; 6.0; 8.2.2;)	52
11.2.2	Methoden der internen Qualitätssicherung (7.5.5; 8.2; 8.2.2; 8.2.3; 8.2.4; 8.5;)	53
11.3	SAMMLUNG UND ANALYSE QUALITÄTSRELEVANTER DATEN (8.4; 8.5).....	54
11.3.1	Sammlung qualitätsrelevanter Daten	54
11.3.2	Nutzung von Befragungen, Benchmark (7.2; 8.4; 8.5)	56
11.3.3	Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden (7.2; 8.5).....	56
12	VERBESSERUNGSPROJEKTE 2006/7 (5.4; 5.4.1; 8.5,)	57
12.1	BEARBEITUNG DER HINWEISE / EMPFEHLUNGEN AUS DEM ÜBERWACHUNGSGSAUDIT VOM 07. UND 08.12.2005.....	58
12.2	ÜBERSICHT TÄTIGKEITEN VERBESSERUNGSPROJEKTE PDCA ZYKLUS (8.5; 8.5.1).....	61
13	STATISTIKEN (AUSZÜGE) 8.4.....	62
13.1	BEFRAGUNGSERGEBNISSE (AUSZÜGE) (7.2.1, 7.2.1; 7.2.3; 8.2; 8.2.1).....	62
13.1.1	Interne Patientenbefragungen 2002 bis Okt. 2006 n = 2203 (7.2.2; 7.2.3; 8.2; 8.2.1)	62
13.1.2	Kundenbefragung Fort- und Weiterbildungszentrum (Gesundheitsakademie Bergstrasse) am ZSP-Bergstraße 1998 bis Okt.06 Auszug (7.2.1) n = 1944	68
13.2	ERGEBNISSE DER KÜCHENBEFRAGUNG IN % 2002 BIS OKT 2006	69
13.3	ERGEBNISSE DER BEFRAGUNG ZUR SAUBERKEIT DES HAUSES IN % 2002 BIS OKT 2006.....	69
13.4	AUSZÜGE AUS DEN STATISTIKEN UMWELTMANAGEMENT	70
13.5	DAS ZSP-BERGSTRABE IM VERGLEICH MIT 11 HÄUSERN DES LWV HESSEN (8.2.1; 8.4; 8.5; BENCHMARK).....	72
13.6	ERGEBNISSE DER ZUWEISERBEFRAGUNGEN 2004 UND 2006	77
14	MANAGEMENTBEWERTUNG (5.6).....	78
14.1.1	Managementbewertung nach DIN ISO 9001:2000	78
14.1.2	Managementbewertung nach DIN ISO 14001:2005.....	79
15	HÄUFIGE BEGRIFFE UND DEREN ERLÄUTERUNGEN (3).....	80

3 Strukturhebungsbogen

inklusive der Anforderungen des strukturierten Qualitätsberichtes

gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V

für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

4 Basisteil

4.1 A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

ZSP Bergstraße
Ludwigstr. 54
64646 Heppenheim
christian.schmidt-anders @zsp-bergstrasse.de
www.zsp-bergstrasse.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260610565

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Landeswohlfahrtsverband Hessen

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

ja nein

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

284

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:¹

Stationäre Patienten:	3405
Ambulante Patienten:	<u>11241</u>

A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)*	Poliklinik/ Ambulanz ja (j) / nein(n)
2900	Allgemeine Psychiatrie	126	1329	HA	J
2931	Allg. P./SP Psychosomatik/-therapie	23	88	HA	J
2950	Allg. Psych./SP Suchtbehandlung	55	1387	HA	J
2951	Allg. Psych./SP Gerontopsychiatrie	45	317	HA	J
2960	Allg. P./Tagesklin. (f. teilstat. Pfleges.)	35	286	HA	J

* Nicht bettenführende Abteilung mit fachlich nicht weisungsgebundener Leitung nb eintragen

¹ HIER: 01.01.05 bis 26.10.05

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

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

A-1.8 Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen? (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

- allgemeipsychiatrische Erkrankungen
- psychische Störungen und Erkrankungen des höheren Lebensalters
- Abhängigkeitserkrankungen (inkl. Methadon-Substitution)
- Persönlichkeitsstörungen
- psychosomatische Erkrankungen und Lebenskrisen sowie
- psychischen Störungen und Krisen bei Müttern mit Neugeborenen, Säuglingen oder Kleinkindern

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung
ja

A-1.9 Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Institutsambulanz mit Methadonsubstitutionsambulanz in Heppenheim, Institutsambulanz an der Tagesklinik Erbach/Odw., Methadonsubstitutionsambulanz in Darmstadt

A-2.0 Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?

entfällt

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

	Vorhanden	Verfügbarkeit 24 Stunden si- cherge- stellt	Apparate- gemeinschaft
Computertomographie		X	
Magnetresonanztomographie		X	
Herzkatheterlabor		X	
Szintigraphie		X	
Positronenemissionstomographie		X	
Elektronenzephalogramm	X		
Angiographie		X	
Schlaflabor		X	
Röntgen	X		

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

	Vorhanden	Apparategemeinschaft
Physiotherapie	X	
Dialyse		
Logopädie		
Ergotherapie	X	
Schmerztherapie		
Eigenblutspende		
Gruppenpsychotherapie	X	
Einzelspsychotherapie	X	
Psychoedukation	X	
Thrombolyse		
Bestrahlung		
Akupunktur	X	

4.2 B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Allgemeine Psychiatrie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

organische, einschl. symptomatischer psychischer Störungen, Demenz bei Alzheimer-Krankheit, Demenz bei sonstigen Krankheiten, Psychische und Verhaltensstörungen d. psychotrope Substanzen, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, paranoide Schizophrenie, sonstige Schizophrenie, n. näher bez. Schizophrenie, Affektive Störungen, manische Episode, depressive Episodi, s. affektive Störungen, Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, s. neur. Störungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, postr. Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen, Dissoziative Störungen, Somatoforme Störungen, körperl. Funktionsstörungen, Schmerzsyndrome, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, Essstörungen, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen, psychosomatische Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, spez. Verhaltensstörungen, s. Verhaltensstörungen, Intelligenzminderung, Entwicklungsstörungen

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

- allgemeipsychiatrische Erkrankungen
- psychische Störungen und Erkrankungen des höheren Lebensalters
- Abhängigkeitserkrankungen (inkl. Methadon-Substitution)
- Persönlichkeitsstörungen
- psychosomatische Erkrankungen und Lebenskrisen sowie psychische Störungen und Krisen bei Müttern mit Neugeborenen, Säuglingen oder Kleinkindern

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

Ergotherapie, Kunst-, Musik- und Tanztherapie, Bäderabteilung, Physiotherapie, Maßnahmen zu beruflichen und sozialen Wiedereingliederung, gerontopsychiatrische Beratungsstelle

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

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

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr¹

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	F 10.2	633	Alkoholabhängigkeit
2	F 19.2	534	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch, Abhängigkeit
3	F 20.0	438	Paranoide Schizophrenie
4	F 32.2	165	Schwere depressive Episode ohne psychot. Symptome
5	F 43,2	65	Anpassungsstörungen
6	F 10.0	70	Akute Alkoholintoxikation
7	F 07.8	96	Organisch begründbare Persönlichkeits- u. Verhaltensstörungen
8	F 11.2	165	Opioidabhängigkeit
9	F 33.2	71	Rez. depressive Störung, ggw. schwere Episode o. ps. S.
10	F 43.0	84	Akute Belastungsreaktion

4.3 B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

Nicht relevant

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilungen im Berichtsjahr

	EBM-Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
		Nicht relevant	

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

	Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)	
x	Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	<u>11.054</u>
	Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	<u> </u>

¹ Datenerfassung bis Ende Sept. 2006

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 30.09. Berichtsjahr)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
2900	Allgemeine Psychiatrie	35	12	23
	Gesamt	35	12	23

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

2

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

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre)	Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/ in (1 Jahr)	Wird Hilfspersonal eingesetzt Ja (j)/ nein (n)
2900	Allgemeine Psychiatrie	177,41	86,3%	12,4 %	5,1 %	nein
	Gesamt	177,41	86,3 %	12,4 %	5,1 %	nein

Hinweis: Über 100%, da Fachweiterbildung in Anzahl Beschäftigte im Pflegedienst inkludiert ist.

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter des Kranken- und Pflegepersonals, die über eine zweijährige Ausbildung verfügen

0 %

4.4 C **Qualitätssicherung**

4.5 C-1 **Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V**

Nicht relevant

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

	Leistungsbereich	Leistungsbe- reich wird vom Kran- ken- haus erbracht	Teilnahme an der externen Qualitätssiche- rung	Dokumentationsrate	
				Kranken- haus	Bundes- durch- schnitt
1					

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

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

Nicht relevant

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

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP-Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

Nicht relevant

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

Leistung ¹	OPS der einbezogenen Leistungen ¹	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH / pro gelistetem Operateur ²	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a)/ pro gelistetem Operateur (4b) ²		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Lebertransplantation						
Nierentransplantation						
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus						
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas						
Stammzelltransplantation						

nicht relevant

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

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

4.9 G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Christian Schmidt-Anders

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

Dipl. Betr.Wirt (FH)Anke Berger-Schmitt	Betriebsleitung
PD Dr.med. Dipl.Psych Hans Peter Hartmann	Ärztl. Direktor
Franz Josef Büdinger Dipl. Betriebswirt (VWA)	Pflegedirektor
Christian Schmidt-Anders	Qualitätskoordinator
Dieter Schwarz	Öffentlichkeitsarbeit
Frau Bickel / Herr Zimmer	Patientenführsprecher

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

www.zsp-bergstrasse.de

4.10 H Ausstattung

H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

H-2 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

H-2.1 Für alle Fachabteilungen

	Abteilung	Notfallkoffer u.a. verfügbar
2900	Allgemeine Psychiatrie	ja
2931	Allg. P./SP Psychosomatik/-therapie	ja
2950	Allg. Psych./SP Suchtbehandlung	ja
2951	Allg. Psych./SP Gerontopsychiatrie	ja
2960	Allg. P./Tagesklin. (f. teilstat. Pfleges.)	ja

5 Systemteil

5.1 Vorwort

5.2 Hinweis (0.4)

Der vorliegende Qualitätsbericht orientiert sich weitgehend nach den Vorgaben KTQ. Zum besseren Verständnis in der Zuordnung zur DIN ISO 9001:2000 sind den einzelnen Überschriften die Nummern der entsprechenden ISO Kapitel zugefügt.

Das Umweltmanagementhandbuch nach DIN ISO 14001:2005 ist in das allgemeine Qualitätsmanagement integriert.

5.3 Qualitätsmanagement

Das ZSP Bergstraße betreibt seit 1998 intensiv Qualitätsmanagement. In diesem Jahr beschloss die Krankenhausleitung ein Qualitätsmanagementsystem nach DIN ISO 9004 aufzubauen, im Jahr 2000 wurde der Wechsel zur DIN ISO 9001:2000 vollzogen.

Dieser Qualitätsbericht schließt an die Qualitätsberichte der Jahre 1998, 1999, 2004 und 2005 an in denen die ersten Schritte (Erstellung einer Problemanalyse nach der Zielorientierten Projektplanung / Management by objectives, Feststellung der langfristigen Ziele, Erarbeitung eines Leitbildes, Gründung der Arbeitsgemeinschaften innerhalb der Qualitätszirkel, Festlegung einer bottom up Entwicklung im Qualitätsmanagement, Beginn der notwendigen Schulungsmaßnahmen, Aufbau der Innerbetrieblichen Fortbildung IBF, Verbesserung der theoretischen und praktischen Schülersausbildung), beschrieben wurden.

Die Krankenhausleitung stellte die personellen, materiellen und finanziellen Mittel langfristig zur Verfügung und ließ sich selber zu TQM System Auditoren® bzw. zum KTQ Visitor ausbilden, zertifizieren und rezertifizieren.

Der Aufbau des Qualitätsmanagementsystems wird verantwortlich von einem Qualitätskoordinator als Beauftragter der obersten Leitung mit entsprechenden Qualifikationen und Befugnissen durchgeführt, die in einer Stellenbeschreibung niedergelegt sind.

Eine Steuerungsgruppe (SELK Gruppe) bestehend aus der Klinikleitung und dem Qualitätskoordinator trifft sich in regelmäßigen Abständen, um Fortschritte im Aufbau und der Produktrealisierung zu überprüfen, neue Ziele festzulegen.

Grundsätze der Qualitätspolitik, Planung der Umsetzung, Aufbau der Qualitätsmanagementhandbücher, Gestaltung des Layouts, der Verwaltung und Lenkung von Dokumenten und Daten, prozessorientierter Ansatz wurden und werden in der Steuerungsgruppe diskutiert und verabschiedet.

Stellen- und Tätigkeitsbeschreibungen für die MitarbeiterInnen wurden erstellt, deren Aufgaben und Kompetenzen nicht über die Grundsätze der Inneren Gliederung des LWV Hessen geregelt sind.

Der Qualitätskoordinator wird von 6 Qualitätsbeauftragten unterstützt. Diese Qualitätsbeauftragten haben alle eine Ausbildung zum Qualitätsmanager oder TQM System AuditorIn®.

Die Gesundheitsakademie Bergstraße wurde im Jahr 2001, die Tagesklinik in Erbach 2002 erfolgreich nach DIN ISO 9001:2000 zertifiziert bzw. rezertifiziert.¹

¹ Die Tagesklinik Erbach und die Gesundheitsakademie erstellen einen eigenen Qualitätsbericht mit Managementbewertung

Das ZSP-Bergstraße erhielt im Mai 2004 die Zertifizierung nach DIN ISO 14001 (nach dem Überwachungsaudit 2005 nach DIN ISO 14001:2005) und im Dezember 2004 die Zertifizierung nach DIN ISO 9001:2000

Auf Grund der sich veränderten Rahmenbedingungen mussten in der Zeit von 1999 bis jetzt mehrere Umstrukturierungen wie Veränderungen in der Aufgabenstellung der Allgemein Psychiatrischen und gerontopsychiatrischen Stationen, Aufbau einer Mutter-Kind Station, vorgenommen werden. Das sich im Aufbau befindliche Qualitätsmanagement musste sich diesen veränderten Rahmenbedingungen anpassen, Verzögerungen waren unvermeidlich.

Aus diesen Gründen wurde auf eine Erstellung von Qualitätsberichten in den Jahren 2000 bis 2003 verzichtet.

In den Jahren 2000, 2002 und 2004 wurden externe Patientenbefragungen¹ sowie 2004 und 2006 eine Zuweiserbefragung in Zusammenarbeit mit der Fa. Metrik durchgeführt.

Gleichzeitig wurde ein System der internen Patientenbefragung in Zusammenarbeit mit dem Patientenführsprecher entwickelt und implementiert.

2006 wurde auf die externe Patientenbefragung verzichtet. Grund ist ein LWV weites Projekt des Benchmarks und der einheitlichen Befragung aller Häuser im gleichen Rhythmus, welches vom ZSP-Bergstraße initiiert wurde. 2007 wird die externe Patientenbefragung wieder durchgeführt.

Das jeweilige summery dieser Kundenzufriedenheitsbefragungen befindet sich im Anhang.

5.4 Ausschluss (1.2)

Das ZSP-Bergstraße schließt das gesamte Kapitel 7.3 Entwicklung für alle Bereiche, Stationen, Tageskliniken aus.

Über den Versorgungsauftrag hinaus werden keine neuen Dienstleistungen entwickelt.

Entwicklungen von neuen Angeboten oder Konzepten innerhalb des Versorgungsauftrages werden analog der Prozessbeschreibung BL QK PB 019 „Projektmanagement“ durchgeführt und über die entsprechenden Protokolle und den Generalplan BL QK DO 132 Planung nachgewiesen und gesteuert.

¹ Ab Oktober 2005 wird ein Benchmarkprojekt in Zusammenarbeit aller Häuser des LWV erarbeitet. Ergebnisse sind Ende 2006 / Anfang 2007 zu erwarten

5.5 Integrierte Versorgung (7)

Im Bereich der integrierten Versorgung arbeitet das ZSP-Bergstraße an zwei Projekten:
(Verträge liegen vor)

- Integrierte Versorgung ZSP, Rhein-Haardt-Klinik und der BKK Fortisnova
- Einführung von Case Management (intra- und extramural) incl. der speziellen Fachweiterbildung von MitarbeiterInnen in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule Mainz

5.6 Managementbewertung nach TQU (5.6)

Die erste Managementbewertung wurde nach dem Voraudit EQ-ZERT zur Zertifizierung erstellt. Eine zweite Managementbewertung erfolgte nach dem Verbesserungsprojekt „Prozesshaftigkeit der Therapien“ im Oktober 2004.

Die dritte Managementbewertung 2005 ergab eine Verbesserung des Gesamtsystems von 71,31% auf 74,76 % Umsetzung der DIN ISO 9001:2000 gegenüber 2004.

Die Kennzahlen von 2006 weisen eine Steigerung von 3,89% gegenüber 2005 aus. Das Ergebnis zeigt, dass das Ziel, den Wirkungsgrad des QM-Systems um min. 2% zu erhöhen, erfolgreich erreicht worden ist. (siehe Anhang)

5.7 Cross Referenz DIN ISO 9001:2000 zu KTQ im Bericht

DIN ISO 9001:2000 Kapitel		KTQ Kapitel	
0	Einleitung	2	Vorwort
1	Anwendungsbereich	2	Vorwort
2	Verweisung auf andere Normen	2; 8	Vorwort; Qualitätsmanagement
3	Begriffe	9	Anhang
4	Qualitätsmanagementsystem	2; 5; 8	Qualitätsmanagement
5	Verantwortung der Leitung	6; 7	Informationswesen, Krankenhausführung
6	Management der Mittel	4; 5	Sicherstellung Mitarbeiterorientierung Sicherheit im Krankenhaus
7	Produktrealisierung	3	Patientenorientierung in der Krankenversorgung
8	Messung, Analyse, Verbesserung	2; 8; 9	Vorwort Qualitätsmanagement Statistiken

6 Patientenorientierung in der Krankenversorgung (7)

6.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

Die Organisation der Aufnahme erfolgt patientenorientiert.

6.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert.

Das Krankenhaus gewährleistet in Vorbereitung der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.

Die Patientenaufnahme erfolgt von 08.00 h bis 16.30 Uhr über das Aufnahmezentrum, danach über den diensthabenden Arzt in die jeweiligen Fachabteilungen, nach Überprüfung der Behandlungsbedürftigkeit und Indikationsstellung für ambulante, teil- oder vollstationäre Behandlung.

Ziele der Belegungsplanung sind, keine Patienten abzuweisen und sie der jeweils angemessenen Behandlung zuzuführen. Weiterhin sollten die Patienten bei stationärer Aufnahme grundsätzlich in einem Zimmer untergebracht und die Stationen, sofern sie für gleiche Sektoren und Patientengruppen zuständig sind, sollen gleichmäßig belegt werden.

Darüber hinaus sollen Wartezeiten vermieden und ein reibungsloser Ablauf und sofortige Verfügbarkeit des Fachpersonals und der benötigten Behandlungsmittel sichergestellt werden.

Sofern eine Behandlungsvereinbarung besteht, ist diese einzuhalten.

Der Aufnahmevorgang ist durch verschiedene Verfahrensanweisungen:

Z.B.:

ÄD AZ PB 001 Klärung der Behandlungsbedürftigkeit

ÄD ÄD VA 017 formale Aufnahme

ÄD ÄD VA 014 Patientensteuerung für stationäre Aufnahme Patientinnen nach Umstrukturierung

BL PS VA 022 Aufnahme in der Zeit von 08 bis 16 h

BL PS VA 002 Qualifizierte Aufnahme

ÄD ÄD TB 001 Tätigkeitsbeschreibung AVD

ÄD AZ PB 003 Übergabe Pat. an die Station

ÄD AZ TB 002 Aufgabenbeschreibung Pflege AZ

ÄD AZ VA 006 Organisation des pflg. Aufnahmedienstes – Stationen

und stationeigene Verfahrensanweisungen in Ergänzung verbindlich festgelegt.

6.1.2 Orientierung im Krankenhaus

Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten und Besucher sichergestellt.

Das ZSP Bergstraße hat an sämtlichen Eingängen, Zufahrten, Aufzügen ein neues Beschilderungssystem eingeführt, aus denen hervor geht, welche Stationen über den jeweiligen Zugang erreicht werden können.

Darüber hinaus sind Pylone aufgestellt, auf denen sämtliche Gebäude und Eingänge zur groben Orientierung verzeichnet sind. Die Stationen werden durch Kombinationen der Ziffer 1 (Nordflügel) und 2 (Südflügel) sowie jeweils 1-7 (bzw. 6) gekennzeichnet. Z.B. befindet sich Station 1.3 im Nordflügel. Den einzelnen Fachabteilungen sind Farben zugeordnet, die sich in der Stationsleitfarbe sowie in den Wegweisern (Prospekte) der Stationen wieder finden.

Darüber hinaus sind zentrale Punkte wie z.B. das Aufnahmezentrum, die Cafeteria und die Seelsorge separat ausgeschildert.

Wegweiser, Anfahrtsskizze und Lageplan sind auch auf der Homepage zu finden

6.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Der Aufnahmevorgang ist durch verschiedene Verfahrensanweisungen (siehe Kapitel 5.1.1 und stationseigene Verfahrensanweisungen) verbindlich festgelegt.

Patienten, die geplant im ZSP Bergstraße aufgenommen werden, werden nach der administrativen und inhaltlichen Aufnahme im Aufnahmezentrum sofort auf die entsprechende Station weiter geleitet.

Auf der Station erfolgt dann die pflegerische und ärztliche Aufnahme, die ebenfalls durch jeweils entsprechende Verfahrensanweisungen geregelt sind. Von den Pflegekräften der Station erfolgt die Information über den Stationsalltag und die Besonderheiten des Aufenthalts. Bei ungeplanten Aufnahmen und Notaufnahmen wird vom aufnehmenden Arzt die Behandlungsindikation geklärt und weitere Schritte veranlasst (Empfehlung zur amb., teil- und vollstationären Behandlung, ggf. auch gegen den Willen des Pat. bei Selbst- und/oder Fremdgefährdung). Danach Weiterleitung in eine Tagesklinik oder auf die entsprechende Station bzw. zum niedergelassenen Nervenarzt oder in die PIA (Psychiatrische Institutsambulanz).

6.1.4 Ambulante Patientenversorgung

Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, (PIA: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.

Die Klinik betreibt eine Institutsambulanz für alle psychiatrischen Krankheitsbilder.

Ambulante Versorgung erfolgt auch von einzelnen Stationen der Allgemeinpsychiatrie sowie der Suchtabteilung und Abteilung Gerontopsychiatrie

Bei stationärer Behandlungsindikation nimmt der behandelnde Ambulanzarzt Kontakt mit der zuständigen Station auf. Im Fall der integrierten ambulanten Versorgung gelingt dies besonders reibungslos, da der ambulant behandelnde Arzt zugleich auch stationär tätig ist. Die Notfallversorgung ist im QM-Handbuch der PIA geregelt. Nach der Erstversorgung von Notfallpatienten wird entschieden, welche weitere Behandlung (amb., teil- und vollstat.) erfolgen muss.

6.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

Eine umfassende Befunderhebung und Dokumentation jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.

6.2.1 Ersteinschätzung

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

Am Aufnahmetag erfolgt Erhebung und Dokumentation einer ausführlichen medizinisch-ärztlichen Anamnese einschl. Erhebung des aktuellen psychopathologischen Befundes sowie ggf. Einbeziehung der Angehörigen (mit Zustimmung des Pat.). Zeitnah erfolgt Erhebung und Dokumentation einer standardisierten Pflegeanamnese unter Berücksichtigung der Pflegeprobleme des Pat.; zeitnah Durchführung von Laborroutine, EKG, sowie ggf. von Zusatzuntersuchungen. Dokumentation der Therapieziele ärztlich und pflegerisch sowie BADO. Vorstellung des Pat. beim zuständigen Oberarzt innerhalb von 24 Std., wenn kein Facharzt die Erstsicht durchgeführt hat.

6.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Vorliegende und vom Patienten mitgebrachte Unterlagen werden bereits bei der Erstuntersuchung berücksichtigt. Das Krankenblattarchiv ist permanent zugänglich, somit auch die hausinternen Vorbefunde. Externe Vorbefunde, soweit sie bei Aufnahme nicht vorliegen, werden telefonisch und/oder schriftlich nach Zustimmung des Pat. angefordert. Bei hausinternen Verlegungen werden die vorhandenen Unterlagen an die aufnehmende Abteilung übergeben.

Da die Dokumentation auf allen Stationen gleich geregelt ist, ist eine Einarbeitung in die Akte erleichtert.

6.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

Für jeden Patienten wird der umfassende Behandlungsprozess festgelegt unter Benennung der Behandlungsziele.

In Absprache mit dem abteilungsld. Arzt und in Zusammenarbeit mit dem Pflegedienst legt der behandelnde Arzt/Dipl.-Psych. den individuellen Behandlungsprozess des Pat. fest. Dieser Behandlungsplan wird in den täglichen Visiten überprüft, mit dem Pat. besprochen und ggf. angepasst. Bei stationären und teilstationären Patienten werden jeweils Pflege- bzw. Therapiepläne erstellt, aus denen die individuelle Planung hervor geht. Fortschritte im Behandlungs- und Pflegeprozess werden im Krankenblatt dokumentiert.

Folgende Verfahrensanweisungen regeln diesen Vorgang:

PD PD Sthb VA 002 Pfleg. Dokumentation

PD PD VA 022 Abmeldung Therapien Durchführungsnachweise

PD PD VA 023 Grundsätze Behandlungsplanung

PD PD VA 025 Überprüfung der Patientendokumentation

Die Überprüfung des Behandlungsprozesses geschieht durch jährliche Prozessaudits (BL QK VA 019) und regelmäßige Überprüfungen der Patientendokumentation (PD PD VA 025).

6.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Sowohl beim medizinischen und pflegerischen Erstgespräch wie auch in den nachfolgenden Gesprächen mit dem Pat. und den Visiten werden der Behandlungsplan und die jeweils neu geplanten Maßnahmen und Behandlungsschritte besprochen. Der Pat. erhält jederzeit Gelegenheit, seine Wünsche in Bezug auf seine Behandlung zu äußern. Es wird eine sog. Bezugspflege durchgeführt. Dies bedeutet, dass je Schicht immer dieselbe Pflegekraft für dieselben Pat. zuständig ist. Die psychiatrische Pflege folgt im Übrigen der Pflgetheorie von N. Roper.

6.3 Durchführung der Patientenversorgung

Die Behandlung jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß professioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.

Grundlage ist die Verfahrensanweisung PD PD VA 023 „Grundsätze der Behandlungsplanung“

6.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

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

Alle Abteilungen behandeln nach den Richt- und Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wiss. med. Fachgesellschaften (AWMF) sowie den Leitlinien der DGPN. Allen Pat. steht ein Facharzt zur Verfügung, an den sie sich ggf. persönlich wenden können und der die Behandlung überwacht. In Absprache mit ihm werden auch notwendige zusätzliche konsiliarische Untersuchungen durchgeführt. Medikamentenverordnung und –applikation sind verbindlich geregelt. Wöchentlich finden darüber hinaus eine Visite mit Nachbesprechung sowie zusätzlich eine Kurvenvisite jeweils durch den abteilungsld. Arzt oder seinen Vertreter auf jeder Station unter Beteiligung der Mitarbeiter der ergänzenden Therapien statt. Die Ergebnisse der Visiten werden schriftlich im Krankenblatt festgehalten. Monatlich finden Fallkonferenzen unter Beteiligung aller Abteilungen statt, die in den Fort- und Weiterbildungsplan der Klinik eingebunden sind.

6.3.2 Anwendung von Leitlinien

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

Im ZSP Bergstraße kommen ärztliche Leitlinien, Pflegestandards, Hygienestandards, und abteilungsübergreifende Verfahrensanweisungen zum Einsatz. Für die Überarbeitung und Aktualisierung tragen, je nach Art des Standards, die jeweiligen abteilungsld. Ärzte, die Pflegedienstleitung, die Hygienefachkraft und Qualitätsmanager sowie die zugeordneten Qualitätsbeauftragten Sorge. Diese Standards stehen allen MA als Arbeitsmittel im Intranet zur Verfügung. Jede Station verfügt über ein Stationshandbuch, wo sämtliche Abläufe in Pflege und Therapie geregelt sind. Die Leitlinien der AWMF und die Pflegestandards der Grundpflege sind im Intranet hinterlegt. 2006 wurde eine Arbeitsgruppe „Expertenstandards“ mit dem Ziel Ende 2007 die Einführung abgeschlossen zu haben, gegründet.

6.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung (5.2)

Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.

Im ZSP-Bergstraße gelten für die Behandlung der Patienten die im allgemeinen Teil des Handbuchs hinterlegten Richtlinien zur ärztlich-pflegerischen Behandlungsplanung. (PD PD VA 023) Darüber hinaus gelten folgende Handlungsfelder, die jeweils körperliche, psychische und soziale Ziele der Behandlung integrieren:

Patienten sollen in diesen Handlungsfeldern dabei unterstützt werden, dass sie in die Lage kommen:

1. Den **eigenen Körper wahrzunehmen** und zu **pflügen**, sowie **Aktivitäten und Notwendigkeiten des täglichen Lebens** selbständig zu organisieren bzw. auszuüben.
2. **Beziehungen zu sich selbst**, insbesondere zu den eigenen **Gefühlen** und zu **anderen Menschen** zu entwickeln und zu pflügen.
3. Die **Behandlungsstätte** als Lern- und Übungsfeld für **soziale Beziehungen und soziale Regelungen des Zusammenlebens** zu nutzen
4. **Lebenspraktische Fähigkeiten und Fertigkeiten**, die zur Stabilisierung von Gesundheit notwendig sind, zu erhalten und zu erweitern, um sich möglichst selbständig versorgen zu können

5. Die **Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten** zu kontrollieren sowie eigenverantwortlich mit diesen umzugehen.

Der Patient wird im Rahmen der Bezugspflege von einem überschaubaren Pflege- und Behandlungsteam betreut. Die Patientenzimmer weisen eine krankenhausübliche Ausstattung auf.

Es gibt eine Cafeteria, eine Kapelle, Spielmöglichkeiten für Kinder, einen Grillplatz, Kegelbahn, Gartenschach und eine Patientenbibliothek. Verschiedene Beratungs- und Hilfsangebote werden vorgehalten und angeboten (Diätberatung, Sucht- und Drogenberatung, Beratung in sozialen Fragen durch Sozialdienst, Angehörigengruppen).

Auf der Mutter-Kind-Station werden neben der psychisch kranken Mutter auch deren Kinder im Alter von 0-6 Jahren aufgenommen und im Rahmen einer spezifischen Mutter-Kind-Therapie behandelt.

6.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Die Patienten können täglich zwischen drei verschiedenen Hauptmahlzeiten wählen, eine davon vegetarisch. Meist ist eines der nichtvegetarischen Angebote frei von Schweinefleisch, auf jeden Fall wird bei Bedarf ein schweinefleischfreies Menü bereitgestellt.

Medizinisch notwendige Diätahlzeiten werden individuell entsprechend ärztlicher Anordnung zubereitet. Sofern in Ausnahmefällen diagnostische und therapeutische Maßnahmen während der Mahlzeiten notwendig sind, können die betroffenen Pat. auf Station die Speisen nacherwärmen lassen. Frühstück und Abendessen werden als kaltes Buffet serviert.

Jede Station verfügt über einen von der Zentralküche herausgegebenen Diätenordner. Von ÄrztInnen verordnete Diäten richten sich in Diätform und Menge nach den Vorgaben des Handbuchs.

Verordnete Diäten werden von den pflegerischen MitarbeiterInnen nach den Vorgaben der ÄrztInnen bestellt.

Beratung und Unterstützung erhalten MitarbeiterInnen und PatientInnen durch zwei ausgebildete Diätassistentinnen.

Die Zufriedenheit der PatientInnen mit der Speiseversorgung wird durch permanent durchgeführte Befragungen sowie eine alle 2 Jahre in Zusammenarbeit mit der Fa. Metrik gestaltete grosse Befragung erfasst.

Im Jahr 2005 wurde ein Verbesserungsprojekt in Bezug auf die Speiseversorgung durchgeführt, statistische Ergebnisse finden sich im Anhang.

6.3.5 Koordination der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Die gesamte Therapie wird, unter Berücksichtigung der Vorstellungen des Patienten, zielorientiert durchgeführt.

In der Patientendokumentation fließen alle Daten, auch die der ergänzenden Therapien, zusammen. Bei Visiten, Fallbesprechungen etc. werden je nach Bedarf neue Ziele formuliert und eine koordinierte weitere Behandlung eingeleitet. (Prozesshaftigkeit der Therapie im kybernetischen Regelkreis)

Am Aufnahmetag wird ein ärztliches und pflegerisches Aufnahmegespräch geführt und eine körperliche Untersuchung vorgenommen. Am darauf folgenden Tag werden die Basisdiagnostik durchgeführt und weitere diagnostische Maßnahmen angeordnet.

Der Pflegedienst koordiniert die diagnostischen Maßnahmen ebenso wie den Patiententransport. Die Begleitung der Pat. geschieht nach Bedarf durch qualifiziertes Personal. In Notfällen werden alle wichtigen diagnostischen Maßnahmen (z.B. Labor, EKG, Röntgen) sofort durchgeführt.

Folgende Verfahrensweisungen regeln diesen Vorgang:

PD PD Sthb VA 002 Pfleg. Dokumentation

PD PD VA 022 Abmeldung Therapien Durchführungsnachweise

PD PD VA 023 Grundsätze Behandlungsplanung

PD PD VA 025 Überprüfung der Patientendokumentation

BL QK VA 019 Audits

6.3.6 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Interdisziplinäre Besprechungen finden in unterschiedlicher Zusammensetzung täglich statt (Übergeben Arzt/Pflegedienst). Weitere Berufsgruppen sind in wöchentlichen Besprechungen beteiligt. Darüber hinaus bespricht sich das Behandlungsteam ggf. mit dem sozialpsychiatrischen Dienst, weiter- bzw. vorbehandelnden Ärzten und Psychotherapeuten, Berufsbetreuern, Angehörigen und Beratungsstellen. Die Konsiliaranforderungen sind klar geregelt und die Durchführung der Konsile und deren Befundung findet in den kooperierenden Einrichtungen statt. Es können auch konsiliarische Beratungen hausintern aus anderen Abteilungen stattfinden, die auf Wunsch erfolgen

6.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Täglich finden für alle Patienten Visiten statt (Gruppenvisiten, Zimmervisiten, Einzelvisiten), die zusammen mit den entsprechenden Pflegekräften der Station durchgeführt werden.

Die Visitenzeiten sind ebenso wie weitere zeitliche Vorgaben (z.B. Gruppentherapie, Ergotherapie, KMT etc.) auf Tafeln auf der Station für jeden Patienten sichtbar. In der Regel einmal wöchentlich nehmen an den Visiten Mitarbeiter anderer Berufsgruppen (Physiotherapie, KMT, Ergotherapie) teil. Die Berichte der ergänzenden Therapien gehen an die Stationen

Bei Visiten ist außer dem Patienten und den Mitarbeitern niemand anwesend. Des Weiteren finden pflegerisch geleitete Morgen- und Abendrunden statt. Vertrauliche Gespräche mit dem Patienten werden als Einzelgespräche geführt.

6.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

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

6.4.1 Entlassung und Verlegung

Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.

Die Entlassung erfolgt, wenn die Behandlungsziele erreicht sind. Für besondere Entlassungssituationen (Behandlungsabbruch, Selbstentlassung, disziplinarische Entlassung, Zwangsverlegung) gibt es detaillierte Regelungen.

Vorbereitend auf die Entlassung ist ein Belastungsurlaub möglich und wünschenswert. Ein ärztliches und pflegerisches Entlassungsgespräch findet am Entlassungstag und einen Tag zuvor statt. Dabei wird der Patient umfassend über die durchgeführte und die weitere Versorgung informiert, auf Wunsch unter Einbeziehung der Angehörigen.

Ein Kurzarztbrief für den weiterbehandelnden Arzt wird ausgehändigt. Bei unzureichender häuslicher Versorgung wird schon während des stationären Aufenthaltes der Sozialdienst zur Planung der Nachsorge eingeschaltet.

Der ausführliche Arztbrief wird spätestens nach 14 Tagen ausgefertigt und versandt.

Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung werden bei Bedarf vom Sozialdienst geprüft. Bei betreuten Patienten wird der Betreuer von der bevorstehenden Entlassung informiert. Ggf. werden ambulante Nachbehandlungstermine vereinbart. Die Organisation des Transports nach Hause oder in die weiterbehandelnde Einrichtung wird rechtzeitig durchgeführt.

Bei Verlegungen in andere Krankenhäuser oder Pflegeheime wird ein Pflegeüberleitungsbogen mitgegeben.

Die Entlassung ist durch Verfahrensanweisungen der Stationen, ergänzenden Therapien und der Verwaltung geregelt.

6.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung / Verlegung u. a.)

Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.

Alle Patienten erhalten einen Kurzarztbrief. Wichtige Befunde werden ggf. in Kopie beigelegt. Bei notwendiger häuslicher Pflege werden die Angehörigen rechtzeitig darüber und über die besonderen Pflegemaßnahmen informiert. Ggf. kann die gerontopsychiatrische Beratungsstelle am ZSP Bergstraße eingeschaltet werden.

In der Gerontopsychiatrie werden zur Miteinbeziehung der Angehörigen Angehörigenvisiten durchgeführt.

Der hausinterne Sozialdienst wird in allen Fragen der weiteren Betreuung eingeschaltet und verfasst ggf. einen Sozialbericht bei Verlegung in Heimeinrichtungen nach vorheriger Vorstellung des Patienten in Begleitung eines Mitarbeiters des Sozialdienstes.

Endgültige Entlassungsbriefe werden zusätzlich per Post und nach Zustimmung des Patienten an die weiterbehandelnden Ärzte versandt.

Ohne Schweigepflichtsentbindung werden keine Daten versendet. Die Fristen zwischen Entlassung und Briefausgang werden mittels Stichproben vom ärztl. Direktor überprüft

6.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

Vom Krankenhaus wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.

Den weiterbehandelnden Ärzten wird ein Verlegungs- bzw. Entlassungsbericht vom behandelnden Arzt übermittelt. Diesen Bericht erhält auch der gesetzliche Betreuer auf Nachfrage. Bei Bedarf erfolgt zusätzlicher telefonischer Kontakt.

Der hauseigene Sozialdienst stellt die Verbindung zu ambulanten Pflegediensten, Heimeinrichtungen, berufsfördernden Einrichtungen etc. her. In Einzelfällen wird bei Verlegung in weiterbetreuende Einrichtungen eine Pflegeüberleitung angeboten.

Für Angehörige, auch von entlassenen Patienten, werden regelmäßig Angehörigenabende veranstaltet, die nicht nur dem Erfahrungsaustausch dienen, sondern in denen auch kurze Fachvorträge gehalten werden

7 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung (6.2)

7.1 Planung des Personals

Die Personalplanung sorgt für eine kontinuierliche Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern.

7.1.1 Planung des Personalbedarfes

Die Planung des Personalbedarfes umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.

Die Personalbedarfsermittlung ergibt sich aus der Psychiatrie Personalverordnung (PsychPV), den Hinweisen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Leistungsspektrum der Klinik, Servicezeiten (Öffnungszeiten) sowie den mit den Kostenträgern verhandelten Budgets.

Im Verwaltungsbereich und Pflegedienst erfolgt im Rahmen flexibler Arbeitszeiten eine Zeiterfassung, so dass die Arbeitszeiten über ein Arbeitskonto geführt werden. Dadurch können die zuständigen Abteilungsleiter, die Krankenpflegedirektion und die Betriebsleitung jederzeit das Zeitsaldo ermitteln, die personellen Ressourcen planen, steuern und bedarfsorientiert einsetzen

Die Klinik hat durchschnittlich hohe Ausfallquoten.

Die Planung der Personalverteilung in unserem Haus richtet sich nach den Anforderungen der Patientenversorgung sowie den spezifischen Erfordernissen der einzelnen Abteilungen, Stationen und zentrale Servicebereiche.

Auf kurzfristigen Bedarf an qualifizierten Mitarbeitern z. B. durch Erkrankung oder erhöhtes Arbeitsaufkommen wird sofort in angemessener Weise reagiert. Die Sicherstellung einer ausreichenden Präsenz an qualifizierten Mitarbeitern in den einzelnen Bereichen wird über Bereitschafts- und Rufbereitschaftsdienste sowie Dienstleistungsverträge gewährleistet.

7.2 Personalentwicklung (6.2)

Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.

7.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Die Instrumente unserer systematischen Personalentwicklung sind u. a. die gezielte Mitarbeiterauswahl, eine fundierte Einarbeitung durch Paten sowie regelmäßige Mitarbeitergespräche.

Zur systematischen Personalentwicklung werden beginnend mit der Pflege ab Oktober 04 jährliche zwischen den Mitarbeitern und ihren direkten Vorgesetzten strukturierte Zielvereinbarungsgespräche auf freiwilliger Basis durchgeführt. Hierbei werden Ziele für das folgende Jahr vereinbart, Rückmeldungen ausgetauscht und Möglichkeiten der persönlichen Entwicklung thematisiert. Einsatzwünsche der Mitarbeiter werden, wenn es der Gesamtablauf zulässt, berücksichtigt

Schulungsbedarf wird weitestgehend in der hauseigenen IBF abgedeckt. Hierzu werden jährlich die Erfordernisse und Wünsche durch eine Mitarbeiterbefragung ermittelt. Das IBF Angebot wird allen Mitarbeiterinnen jeweils im August für die nächsten 12 Monate bekannt gegeben. Weiterführende psychiatrische Fachausbildungen werden im LWV-Fortbildungszentrum oder bei externen Schulträgern ermöglicht.

Zur Ausbildung der Krankenpflegeschüler stehen nach dem Krankenpflegegesetz von 2004 ausgebildete Praxisanleitungen in ausreichender Anzahl zur Verfügung.

Alle Stationen erhalten Supervisionen.

Im Rahmen des Konfliktmanagements besteht die Möglichkeit eines externen Einzel- oder Teamcoachings.

Folgende Verfahrensanweisungen regeln den Umgang mit der Innerbetrieblichen Fortbildung:

KPS IBF PB 001 Erstellung des Fortbildungsprogramms

KPS IBF VA 004 Bearbeitung einer Anmeldung

KPS IBF VA 003 Informationswesen IBF

PD PD VA 024 Umgang mit IBF bei pfleg. MA

ÄD HD VA 029 IBF - Schulungen

KPS IBF VA 006 Jahresauswertung

BL PA VA 014 Fort- Weiterbildung (IBF)

ÄD ÄD VA 008 Umgang mit Fort u Weiterblg ärztl Dienst
Fort- und Weiterbildungsprogramm 2006/7

ÄD ÄD VA 011 Fort- und Weiterbildung Arzt Psychologen

ÄD ÄD VA 005 Einarbeitung Ärzte / Psychologen

7.2.2 Festlegung der Qualifikation (6.2)

Das Krankenhaus stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe (Verantwortlichkeiten) entsprechen.

Die Festlegung der Qualifikation für eine Funktion ergibt sich aus den Stellenbeschreibungen. Diese beinhalten Tätigkeitsbeschreibungen, Leistungsanforderungen, Über- und Unterstellungsverhältnisse, Weisungsrechte, Vertretungsregelungen und besondere Befugnisse.

Aus dem Organigramm mit allen Geschäftsfeldern der Klinik geht die organisatorische Einordnung der Funktionen hervor. Die Festlegung formaler Qualifikationen erfolgt durch Stellenbeschreibungen für die jeweilige Position. Hierzu gehören die entsprechenden Anforderungen an die Fach- und Methodenkompetenz sowie die persönliche Kompetenz, bei leidenden Mitarbeitern zusätzlich die unternehmerische sowie die Führungskompetenz des Stelleninhabers.

Die Stellenbeschreibungen werden regelmäßig den Anforderungen angepasst. Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter werden in den Mitarbeitergesprächen reflektiert.

Bei der Stellenbesetzung wird die Qualifikation der Bewerber eingehend berücksichtigt. Entsprechender Fort- und Weiterbildungsbedarf wird abgeleitet, um das Wissen auf dem aktuellen Stand zu halten.

7.2.3 Fort- und Weiterbildung (6.2.2)

Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.

Die Klinik unterhält eine Abteilung für Innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung (IBF), die der Gesundheitsakademie Bergstraße am ZSP-Bergstraße angegliedert und bereits erfolgreich nach DIN ISO 9001:2000 rezertifiziert ist. Sie steht vorrangig den LWV-Mitarbeitern offen, aber auch externen Interessenten.

Es wird jährlich ein bedarfsorientiertes Fortbildungsprogramm erstellt. Hierzu werden permanente Befragungen während der Seminare sowie jährlich Mitarbeiterbefragungen durchgeführt.

Alle Abteilungen können jederzeit situationsbezogen „Inhouse-Seminare“ anfordern.

Die IBF zielt auf die Förderung der Fach-, Sozial- und Methodenkompetenz der Mitarbeiter. Schwerpunkte sind neben Themen aus den Bereichen Arbeitssicherheit, Unfallverhütung, Erste Hilfe, Umweltmanagement und Hygiene, Erweiterung der Handlungskompetenz, deeskalierende Methoden des Arbeitens, Stressbewältigung, aktuelle gesundheitspolitische und rechtliche Themen, die Vermittlung von Krankheitsbildern, alternative Pflorgetechniken (Basale Stimulation, Kinästhetik, Validation), Orientierung auf Patientenbedürfnisse, Führungskompetenz, Qualitätsmanagement. Hinzu kommen gesetzlich vorgeschriebene Unterweisungen.

Alle IBF-Angebote werden gezielt evaluiert. Die Teilnahme ist für die Mitarbeiter des Hauses kostenlos, eine Freistellung erfolgt nach einem geregelten Verfahren.

Für Ärzte und Psychologen findet jede Woche eine einstündige Fallkonferenz statt.

Die Teilnahme an externen Fort- und Weiterbildungen wird entsprechend dem festgestellten Bedarf ermöglicht und gefördert

7.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung (6.1)

Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Um ein gleichzeitig umfassendes, leicht zugängliches und kostengünstiges Fortbildungsangebot für alle Mitarbeiter bereitzustellen, wird für die hausinterne IBF 0,5 VK Stellenanteile bereitgestellt und ein Jahresbudget festgelegt.

Das umfangreiche Angebot der Innerbetrieblichen Fortbildung ist für Mitarbeiter grundsätzlich kostenlos, Freistellungen sind im IBF-Programm geregelt.

Die jährliche Programmgestaltung orientiert sich an den Aufgaben des Krankenhauses und der Interessenlage der Mitarbeiter.

Auswärtige Referenten für die ärztliche Weiterbildung werden vom Krankenhaus finanziert.

Die Anträge auf externe Fortbildungen werden an die Krankenhausleitung gestellt und individuell gefördert. Bei der Teilnahme an externen Angeboten werden die Mitarbeiter nach Beurteilung der berufsbezogenen Angemessenheit gefördert und vom Dienst freigestellt.

Nach der Öffnung der Innerbetrieblichen Fortbildung auch für externe Kunden werden diese Veranstaltungen in steigendem Maße von MitarbeiterInnen anderer Institutionen im Gesundheitswesen besucht. Spezielle anerkannte Aus-, Fort- und Weiterbildungen wie z. B. bundesweit anerkannte Praxisanleiterkurse, Kinästhetikkurse, Ausbildung zum TQM-Auditor® und Case Management¹ finden in regelmäßigen Abständen statt. Durch die Erlöse dieser Kurse wird ein Kostendeckungsbeitrag erwirtschaftet.

Die Teilnahme insbesondere Externer fördert den Erfahrungsaustausch mit den MitarbeiterInnen. Darüber hinaus werden Hospitationen Berufs-, Abteilungs- und Einrichtungsübergreifend unterstützt.

Alle IBF-Maßnahmen werden nach dem Punktesystem „Freiwillige Registrierung für beruflich Pflegende“ bewertet.

7.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Die Klinik verfügt über eine Fachbibliothek, die teilweise als Präsenzbibliothek, teilweise als Verleih geführt wird und grundsätzlich allen Mitarbeitern zugänglich und über das Intranet abrufbar ist.

Alle Betriebszweigleitungen erhalten einschlägige Fachzeitschriften, die nach Umlauf archiviert werden.

Die vorgehaltene Literatur kann zu Fortbildungszwecken kostenlos ausgeliehen werden. Literaturwünsche können beim Bibliotheksbeauftragten eingereicht oder über das Intranet angefordert werden.

Eine Internetrecherche ist grundsätzlich im EDV-Schulungsraum der Gesundheitsakademie Bergstraße oder den Stationsarbeitsplätzen möglich

Darüber hinaus ist gewährleistet, dass jede Abteilung Zugang zum Intranet und zum Internet hat.

Zusätzlich führt das ZSP-Bergstrasse eine Literaturdatenbank für "Graue Literatur" in der über 1000 Fachartikel, Gesetzestexte, Internetrecherchen etc. erfasst sind, Recherchen können ab August 2006 über das Intranet durchgeführt werden.

¹ Case Management ab 2007

7.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten (6.2.2)

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

Die nach DIN ISO 9001:2000 zertifizierte und 2004 rezertifizierte Krankenpflegeschule (Gesundheitsakademie Bergstraße) mit 110 Ausbildungsplätzen beschreibt in ihrem QM-Handbuch dieses Kapitel.

Alle auszubildenden KrankenpflegeschülerInnen durchlaufen entsprechend dem Krankenpflegegesetz sowohl die theoretische als auch die praktische Ausbildung; die Theorie-Praxis-Vernetzung wird durch eine qualifizierte Begleitung durch ausgebildete PraxisanleiterInnen sichergestellt.

Kooperationsverträgen mit externen Ausbildungsstätten sind geschlossen.

Die SchülerInnen der Krankenpflegeschule werden in ihren externen Einsatzplätzen sowohl von den Lehrern der Krankenpflegeschule als auch von der Praxisanleiterin des Hauses regelmäßig besucht; fachpraktischer Unterricht findet bei diesen Besuchen statt.

In steigendem Maße verfügen die kooperierenden Ausbildungsstätten über PraxisanleiterInnen mit der gesetzlich geforderten Ausbildung, die zur Sicherung des Lernerfolges beitragen.

Darüber hinaus werden jährliche Zufriedenheitsbefragungen der SchülerInnen, der Kooperationspartner und der Praktikumsstellen durchgeführt und im Qualitätsmanagement ausgewertet

Im ärztl. Bereich erfolgt die Theorie-Praxis-Vernetzung durch die leitenden Ärzte, im Bereich der Verwaltung durch die Abteilungsleitungen.

Für Auszubildende bzw. Praktikanten der Ergo- und Physiotherapie bestehen Kooperationsverträge mit den jeweiligen Ausbildungsstätten.

7.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern (6.2.2)

Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.

7.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles (5.1; 5.3)

Im Krankenhaus wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt.

In unserem Leitbild sind ein wertschätzender und gegenseitig fördernder Umgangsstil aller Mitarbeiter sowie ein mitarbeiterorientierter Führungsstil und die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team als Grundelemente festgelegt. Die persönlichen und dienstlichen Bedürfnisse der Mitarbeiter werden durch eine kooperativ-partizipative Führungspraxis angemessen berücksichtigt. Die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten von Mitarbeitern mit Führungsaufgaben werden an Hand des Organigramms, der Stellenbeschreibung oder der Besetzung von Arbeitsgruppen für alle Mitarbeiter transparent gemacht.

Über jährliche Zielvereinbarungsgespräche und Mitarbeiterbeurteilungen im Pflegedienst auf freiwilliger Basis sowie regelmäßige Teamsitzungen, Dienstbesprechungen, berufsgruppenübergreifende Arbeits- und Projektgruppen haben die Mitarbeiter die Möglichkeit, in betriebliche Planungen einbezogen zu werden und aktiv an der Gestaltung ihres Arbeitsbereiches mitzuwirken.

Zur Aufgabenerfüllung werden Informationen zeitnah und offen dargestellt und so der Diskussion zugeführt.

7.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten (6.4)

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

In unserem Haus wird im Bereich des Pflegedienstes, Verwaltung und Wirtschaftsdienst die Gleitzeitregelung praktiziert, die Rahmenarbeitszeiten werden über Dienstpläne vorgeben und durch eine EDV-gestützte Zeiterfassung (TARIS) ermittelt und dokumentiert, arbeitszeitbezogene Wünsche können an die jeweiligen verantwortlichen Vorgesetzten herangetragen werden.

Im ärztl. und therapeutischen Bereich wird nach festgelegten Arbeitszeiten gearbeitet.

Die leitenden Mitarbeiter sind angehalten, die vorgegebenen Rahmenbedingungen und die Arbeitsinhalte so zu gestalten, dass die Aufgaben in der geplanten Arbeitszeit erfüllt werden können.

Teilzeitwünsche unsere Mitarbeiter werden - soweit es ihre jeweilige Dienstaufgabe zulässt - berücksichtigt.

2007 sollen die ärztl. MitarbeiterInnen in die Gleitzeit einbezogen werden.

7.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern (6.2.1; 6.2.2)

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Für neue MitarbeiterInnen des ärztl. Dienstes werden Einarbeitungsmappen/ -konzepte mit Checklisten zum Nachweis der erfolgten Einarbeitung genutzt.

Eine Überarbeitung des Einarbeitungskonzeptes für ärztl. MitarbeiterInnen findet z.Zt. statt und soll bis Ende des Jahres 2006 abgeschlossen sein.

Im Pflegedienst existiert ein schriftliches Einarbeitungskonzept, ausgelegt für sechs Monate. Es beinhaltet die Zuteilung eines/einer ausgebildeten Praxisanleiters/Praxisanleiterin, Zwischengespräche und ein Abschlussgespräch.

Ziel der Einarbeitung aller neuen Mitarbeiter ist es, sie möglichst schnell und reibungslos mit den Betriebsabläufen und der Unternehmenskultur bekannt zu machen.

Neben den Einarbeitungsmappen gibt das in der EDV Intranet hinterlegte Organisationshandbuch Einblick in die im Hause verbindlichen Organisationsabläufe, so z. B neben allen relevanten Aspekten aus den Hauptaufgaben auch Informationen zur Sicherheit, der räumlichen Orientierung innerhalb der Organisationseinheit, der Dienstzeiten und Pausenregelung, der Gerätebedienung, der Dokumentation, der Versorgung und Entsorgung sowie Leitlinien zur Behandlung der AWMF und Pflegeleitlinien,

Zivildienstleistende werden nach den Vorgaben des Bundesamtes für Zivildienstleistende geschult.

Folgende Regelungen wurden freigegeben:

äd äd va 005 Einarbeitung neuer ärztl. MitarbeiterInnen

PD PD VA 018 Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen in der Pflege

PD PD VA 004 Einarbeitung ZIVI

bl pa va 002 Umgang mit Zivildienstleistenden

7.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden (8)

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.

Ideen, Wünsche und auch Kritik der Mitarbeiter können diese über das Vorschlagswesen des LWV-Hessen oder im Rahmen von Leitungs-, Team- und Abteilungsbesprechungen einbringen. Darüber hinaus haben die Mitarbeiter die Möglichkeit, Vorschläge zur Verbesserung betriebsrelevanter Prozesse, Beschwerden und Wünsche direkt mündlich oder schriftlich an die Krankenhausleitung zu richten.

Bei Bedarf wird der Mitarbeiter zur Vertretung seines Standpunktes in die Krankenhausleitungssitzung eingeladen. Auch in den Zielvereinbarungsgesprächen werden die Vorschläge der Mitarbeiter berücksichtigt.

Eine Anerkennung für Vorschläge ist in den Regelungen des LWV-Hessen zum Vorschlagswesen enthalten.

Die Mitarbeiter werden ermutigt, konstruktiv, kritisch und innovativ an der Verbesserung von Arbeitsprozessen und Ablauforganisationen teilzunehmen.

Ein Verfahren zum internen betrieblichen Vorschlagswesen wird z. Zt. LWV-weit von einer AG entwickelt

8 Sicherheit im Krankenhaus (6.4) DIN 14001:2004

8.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung

8.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

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

Der Bereich Umweltmanagement einschließlich der Aspekte zur Arbeitssicherheit und Unfallverhütung ist nach der DIN EN ISO 14001:2005 zertifiziert.

Es sind ernannt:

- Abfallbeauftragter
- Betriebsarzt
- Brandschutzbeauftragter
- Datenschutzbeauftragter
- Desinfektorin
- Fachkraft für Arbeitssicherheit und Gefahrgut
- Frauenbeauftragte
- Gefahrstoffbeauftragter
- Hygienefachkraft
- Strahlenschutzbeauftragte
- Suchtbeauftragter
- Transfusionsbeauftragter
- Umweltmanagementbeauftragter
- Verantwortlicher zur Sicherung der Medizin Produkte Betreiber Verordnung (MedProBV)

Die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sind über Stellenbeschreibungen klar geregelt.

Sicherheitsrelevante Themen werden regelmäßig im Ausschuss für Arbeitssicherheit, der interdisziplinär besetzt ist, besprochen und Maßnahmen verabschiedet.

Es finden regelmäßig Begehungen durch die (externe) Fachkraft für Arbeitssicherheit und dem Betriebsarzt sowie die Fachkraft für Hygiene statt, um Gefährdungsrisiken zu ermitteln bzw. die Wirksamkeit von eingeleiteten Maßnahmen zu überprüfen.

Den Mitarbeiter werden im Rahmen von Pflichtveranstaltungen in der IBF alle relevanten Informationen und Kenntnisse vermittelt.

Alle Mitarbeiter werden bei Einstellung, fortlaufend regelmäßig und bei Entlassung betriebsärztlich untersucht.

Es werden jährlich Unfallstatistiken seitens der Trägerverwaltung erstellt.

Im Rahmen der Betriebssportgemeinschaft werden Kurse zur Selbstverteidigung angeboten; im Rahmen der IBF finden u. a. Seminare für deeskalierendes Arbeiten, PART (in Zusammenarbeit mit der BG- Unfallkasse) und PROFUMAA® statt.

Eine Arbeitsgruppe hat in Zusammenarbeit mit der Hess. Unfallkasse ein Verfahren zum Thema „Umgang mit Gewaltsituationen“ erarbeitet und implementiert

8.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Es besteht ein Einsatzplan für interne und externe Gefahrenlagen, der alle relevanten Informationen, Auskünfte und Verfahrensregelungen enthält. Dieser Plan ist mit der Branddirektion Heppenheim abgestimmt.

Es finden jährlich stationsbezogene sowie allgemeine Brandschutzschulungen und praktische Übungen als Pflichtveranstaltung in der IBF statt.

Der Brandschutzbeauftragte wird jährlich geschult.

Es finden regelmäßig Begehungen durch die Branddirektion gemeinsam mit dem Brandschutzbeauftragten statt.

Das Haus ist mit einer Brandmeldeanlage ausgestattet, die direkt zur Feuerwache geschaltet ist.

Von der Brandschutzdirektion der Stadt Heppenheim freigegebene Fluchtwegepläne sind ausgehängt, Fluchtwege gekennzeichnet

Offenes Feuer, wie z. B. Kerzen sind ohne Aufsicht verboten.

Alle Verfahren die den Brandschutz betreffen sind geregelt durch Verfahrensanweisungen hinterlegt im Ordner „Brandschutz“ der von allen MitarbeiterInnen eingesehen werden kann.

8.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.

Ein Einsatzplan für interne und externe Gefahrenlagen wurde entwickelt, mit den zuständigen Behörden abgesprochen und findet Anwendung im Haus.

Hier sind alle Alarmierungsketten mit Personaldaten hinterlegt. Geregelt sind alle Gefahrensituationen, die den Einsatz von Rettungskräften sowohl intern als auch extern erforderlich machen, bis hin zur Evakuierung (einschließlich Evakuierung aus dem Kreiskrankenhaus).

8.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Alle Mitarbeiter in den medizinischen Abteilungen und zentralen Servicefunktionen (Haustechnik, Hauswirtschaft, EDV sowie Führungskräfte die viel unterwegs sind) sind mit einem Personenruf oder mit Mobiltelefonen (PSS) ausgestattet

Über diese PSS werden Notrufe getätigt, die definierte Rettungsteams alarmieren.

An allen exponierten Stellen befinden sich Notfallkoffer. In der Nähe des AVD-Bereitschaftszimmers ist ein Defibrillator zentral stationiert, der im Bedarfsfall geholt wird.

Die Erstversorgung ist somit sichergestellt, für die weitere Versorgung wird ggf. unter Einbindung des Notarztes eine Verlegung organisiert.

Die med.-pflegerischen MitarbeiterInnen werden regelmäßig in praktischen Reanimationsübungen geschult.

Die Notfallkoffer werden regelmässig auf Inhalt und Vollständigkeit überprüft. (ÄD ÄD VA 003 Notfallkoffer Defibrillator)

8.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit (7.2)

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

Es gilt das Prinzip der „offenen Psychiatrie“ und der Bezugspflege.

Es werden regelmäßig Statistiken erstellt, die die Dauer und die Gründe von Schließungen der Stationen erfassen.

Diese Statistiken werden den Stationen, der ärztl. und der pfleger. Direktion zur Verfügung gestellt.

8.1.6 Hygiene

Im Krankenhaus wird ein systematisches, krankenhausesweites Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.

8.1.6.1 Organisation der Hygiene

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

Die Klinik beschäftigt eine Hygienefachkraft und eine Desinfektorin. Diese Mitarbeiter haben einen Hygiene- und Desinfektionsplan erarbeitet, der alle hygienerelevanten Maßnahmen und Verantwortlichkeiten im Hause festlegt. Diese sind im QM-Handbuch der Stationen und Abteilungen hinterlegt.

Es finden im Rahmen der IBF regelmäßig Schulungen für die Mitarbeiter statt. Die Wirksamkeit wird durch regelmäßige Umgebungsuntersuchungen, Stationsbegehungen, Wasseranalysen etc überprüft.

Einmal jährlich und bei besonderen Vorkommnissen trifft sich die Hygienekommission, die vom Ärztlichen Direktor geleitet wird.

8.1.6.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten (8.2; 8.5; 8.5.2; 8.5.3)

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerelevante Daten erfasst.

Der Meldeweg für nach dem Infektionsschutzgesetz zu erfassende und zu meldende Infektionen ist im Hygieneplan bzw. QM-Handbuch geregelt. Mitarbeiter, die ggf. durch Unfälle mit kontaminierten Körperflüssigkeiten oder Werkzeugen in Berührung gekommen sind, werden im Rahmen der Nachsorge über den Betriebsärztlichen Dienst betreut.

In einer psychiatrischen Fachklinik spielen diese Fälle jedoch eine eher untergeordnete Rolle.

8.1.6.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen (6.4; 8.2; 8.5.3; 6.2.2)

Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Es besteht ein jährlich dem Bedarf angepasster Begehungs- und Schulungsplan.

Zu den häufigsten Infektionskrankheiten liegen Hygienestandards vor.

Alle Stationen verfügen über einen Hygieneordner in Papier- und EDV Form der von der Fachkraft für Hygiene laufend aktualisiert wird.

Die MitarbeiterInnen der Hauswirtschaft (Reinigungsdienst) erhalten jährliche geplante spezielle Fortbildungen, die auch der sprachlichen Herkunft der MitarbeiterInnen Rechnung trägt.

Hygienepläne sind sowohl in Textform erstellt, als auch mit Piktogrammen zur besseren Verständlichkeit versehen.

8.1.6.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien (8.2.2; 8.2.3; 8.2.4; 8.5.2)

Hygienerichtlinien werden krankenhausweit eingehalten.

Die Einhaltung des Hygieneplans wird in Kooperation zwischen der Hygienefachkraft, der Desinfektorin und dem hygienebeauftragten Arzt durch regelmäßige geplante Begehungen überwacht. Bei Abweichungen / Mängeln wird die Krankenhausleitung verständigt und verfahren wie in der Verfahrensanweisung Umgang mit Mängeln beschrieben.

In der Küche wird zur Qualitätssicherung die Umsetzung eines umfassenden HACCP-Konzeptes gewährleistet.

Bei internen Audits wird die Umsetzung der Hygienevorschriften überprüft.

Im Bedarfsfall werden zur Legionellenbekämpfung die Wassertemperaturen erhöht und die Leitungen durchspült.

Im Falle eines Schädlingsbefalles wird durch geeignete Bekämpfungsmittel oder durch Beauftragung eines Kammerjägers reagiert.

8.2 Bereitstellung von Mitteln und Materialien (6.1)

Vom Krankenhaus werden die für die Patientenversorgung sowie die für den laufenden Betrieb benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.

8.2.1 Bereitstellung von Mitteln

Jährlich wird ein Investitionsplan und ein unter der Verantwortlichkeit der Betriebsleitung Wirtschaftsplan erstellt

8.2.2 Materialeinkauf und Verteilung (6.1)

Grundsätzlich wird unterschieden in Materialien wie Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten, Medizinprodukten / Heilhilfsmittel, Verbrauchsmaterial, EDV Ausrüstung und den Einkauf von Materialien für Instandsetzung.

Der Einkauf von Verbrauchsmaterialien und Ausstattung wird von der Allgemeinen- und Wirtschaftsabteilung durchgeführt. Diese Abteilung unterliegt bei Ausschreibungen der VOL. Ökologische Gesichtspunkte werden in die Lieferantenbewertung einbezogen. Das Bestellwesen, d.h. die Bearbeitung der Anforderungen seitens der internen Kunden ist geregelt.

Die Bauabteilung ist zuständig für den Einkauf aller Materialien die für die bauliche Instandsetzung notwendig sind. Bei Ausschreibungen unterliegt die Bauabteilung der VOL bzw. der VOB.

Der Einkauf von Lebensmitteln unterliegt der Zentralküche, der der EDV Ausstattung der EDV Abteilung.

Alle genannten Abteilungen haben in eigenen Verfahrensanweisungen die jeweilige Verteilung der Güter geregelt in denen die geltenden Vorschriften wie VOL oder VOB beachtet werden.

Die Allgemeine und Wirtschaftsabteilung sowie das Labor nutzt ein Verfahren zur Lieferantenbewertung, welches auch ökologische Aspekte berücksichtigt.

8.2.3 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.

Die Klinik kooperiert mit einer freien Apotheke, die eine Zulassung zur Krankenhausbelieferung hat. Diese beliefert direkt die Stationen.

Im Haus werden lediglich medizinische Verbrauchsartikel bevorratet.

Mit der Apotheke ist ein Dienstleistungsvertrag abgeschlossen, der regelmäßige Stationsbegehungen und Kontrollen der Medikamentschränke beinhaltet sowie beratende Tätigkeit in der Arzneimittelkommission. Diese tagt jährlich und erstellt eine Arzneimittelliste.

Das Bestellwesen für med. Verbrauchsmaterial und Medikamente ist über Verfahrensanweisungen und über ein strukturiertes Bestellwesen geregelt. Zuständig ist das Labor

8.2.4 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Die aktuelle Arzneimittelliste definiert die Standardmedikation der Klinik mit dem Ziel einer optimalen Arzneimittelversorgung bei minimierten Kosten. Die Verantwortlichkeiten zur Anwendung von Arzneimitteln sind klar geregelt.

Es gibt regelmäßige Fortbildungsreihen durch fachlich qualifizierte Referenten im Rahmen der Facharztweiterbildung. Darüber hinaus ist jeder Arzt gehalten, sich hinsichtlich der Anwendung von Arzneimitteln jederzeit zu informieren.

8.2.5 Anwendung von Blut und Blutprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Blut und Blutprodukten.

Blut kommt in unserer Klinik nicht zur Anwendung. Sollte dies notwendig werden, wird in ein allgemeines Krankenhaus verlegt.

Als einziges Blutprodukt wird ggf Tetagam verwendet. Diese Fälle sind jedoch selten. Hierzu besteht jedoch die Anweisung, nach Möglichkeit die Chirurgische Unfallambulanz des benachbarten Kreiskrankenhauses zu involvieren. Es wurde jedoch vorsichtshalber ein transfusionsbeauftragter Arzt bestellt, der entsprechend geschult wurde.

8.2.6 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Es ist ein „MedProBV - Beauftragter“ bestellt, der weiterhin im Zuge der gesetzlichen Änderungen zum Medizinprodukte Betreiberverordnung die Geräte überwacht und die Unterweisung der Anwender veranlasst. Weitere Verantwortlichkeiten und Aufgaben sind im QM-Handbuch geregelt.

Alle neuen technischen Medizinprodukte sind ihm durch die Wirtschaftsabteilung zu melden.

8.2.7 Regelung des Umweltschutzes (5.3; DIN ISO 14001:2005)

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Es existiert ein 2004 zertifiziertes Umweltmanagementsystem nach DIN EN ISO 14001:1994, ab 2005 nach DIN EN ISO 14001:2005.

Schwerpunkte sind Konzepte zur Abfallwirtschaft, Energiesparmaßnahmen, Umgang mit Gefahrgütern und Gefahrstoffen, Einsatz von umweltschonenden Produkten.

Die Klinik nimmt seit 3 Jahren am Ökoprofit-Projekt des Kreises Bergstrasse teil und ist Mitglied im Arbeitskreis Ökoprofit.

Dieser Arbeitskreis wird durch ein unabhängiges Beratungsunternehmen für Umweltmanagement betreut. Auf diese Weise ist ein Erfahrungsaustausch mit anderen Firmen gewährleistet.

9 Informationswesen (5.5.4; 7.2.3)

9.1 Umgang mit Patientendaten (4)

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.

9.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten (4; 5.5.6)

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

Zur Führung und Dokumentation von Patientendaten werden Mappen mit entsprechenden Registern und standardisierten Bögen verwendet. Eine Mustervorlage der Dokumentation befindet sich auf jeder Station

Eine Arbeitsgruppe "Dokumentation" hat ein Dokumentationssystem entwickelt, in dem alle an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen ihre Behandlungsberichte in einer Patientendokumentationsmappe zusammenführen.

Eine Verfahrensanweisung (PD PD Sthb 002) VA mit Erläuterungen und Handlungsanweisungen ist in den Stationshandbüchern jederzeit zugänglich.

Weitere Regelung finden sich im QM-Handbuches des Schreibdienstes, der auch für die Archivierung zuständig ist.

2006 wurde ein neues Archiv geschaffen.

9.1.2 Dokumentation von Patientendaten (4.2)

Vom Krankenhaus wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet.

Der ärztliche und therapeutische Verlauf der Therapie wird zum besseren Informationsaustausch auf einem gemeinsamen Bogen geführt. Die an der Patientenversorgung beteiligten Ärzte und Psychologen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Musiktherapeuten und Physiotherapeuten tragen z. T. täglich in verständlicher Form die relevanten Informationen in die Dokumentationssysteme ein.

Ist dies aus zeitlich / organisatorischen Gründen nicht möglich, nehmen diese Personen an wöchentlichen Stationsbesprechungen teil. Die von ihnen geführte Dokumentation findet dann Eingang in die Patientendokumentation.

Zur Überwachung der Teilnahme an den ergänzenden Therapien wird ein Durchführungsnachweis geführt.

Die Pflegedienstmitarbeiter dokumentieren die Befindlichkeit des Patienten in jeder Schicht, hierbei werden alle relevanten Maßnahmen der Patientenversorgung erfasst.

Administrative Daten werden von der Patientenverwaltung in das Krankenhausinformationssystem eingegeben.

Eine ärztl. Basisdokumentation wird geführt (Psych-BADO)

Erfasst werden alle Informationen zum Behandlungsverlauf und zum aktuellen Gesundheitszustand, zu Änderungen in der Medikation, zu Anordnungen und Diagnostik sowie deren Ergebnisse.

Die Eintragungen werden von den Stationsleitungen und den Stationsärzten auf Vollständigkeit und Aussagefähigkeit überprüft.

9.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendokumentation zu gewährleisten.

Die Dokumentation der aktuellen Behandlung befindet sich für die autorisierten medizinischen/therapeutischen Mitarbeiter zugänglich im Stationszimmer und kann jederzeit bei Fragestellungen herangezogen werden. Somit ist auch der diensthabende Arzt umfassend im Besitz der notwendigen Informationen.

Die Unterlagen zu mehreren Aufhalten eines Patienten werden stets zu einer Akte zusammengefasst.

Die Aufbewahrung der Akten entlassener Patienten erfolgt an zwei Orten.

Das Archiv der Patientenakten der letzten 2 Jahre ist für den AvD jederzeit zugänglich, ältere Akten finden sich in einem gesonderten Archivraum.

Darüber hinaus werden die Akten bei Wiederaufnahmen automatisiert an den behandelnden Arzt geleitet.

Im Jahr 2006 wurde über eine Baumassnahme ein neues Archiv im Dachgeschoss errichtet und dem Zeitplan entsprechend übergeben.

9.2 Informationsweiterleitung (5.5.4; 7.2.3)

Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.

9.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.

Die Kommunikation im Hause wird über Besprechungen und Projektgruppen gewährleistet. Wichtige Orte des klinischen Austausches sind hierbei die einmal wöchentlich stattfindenden Besprechungen der Krankenhausleitung, der leitenden Abteilungsärzte, der 2 x im Monat stattfindenden Besprechungen der Abteilungsleitungen der Verwaltung und einer geregelten Rücksprache mit der Betriebsleitung, leitenden Abteilungsschwestern/-pfleger, die wöchentliche Ärztekonzferenz, die monatliche Stationsleiterkonferenz, der monatlichen Sitzungen der Qualitätsbeauftragten sowie die Sitzungen der Steuerungsgruppe Qualitätsmanagement (SELK-Gruppe¹).

Es erfolgen regelmäßige geplante Besprechungen mit den Personalvertretungen.

Zusätzlich werden alle Mitarbeiter unseres Hauses über Besonderheiten von Seiten der Betriebsleitung, ärztlichen Direktion und Krankenpflagedirektion mittels Rundschreiben und Mitarbeiterversammlungen informiert; diese Informationen können über das Intranet abgerufen werden. Darüber hinaus erscheint Quartalsweise eine Hauszeitung.

Neben der schriftlichen Weitergabe von Patienteninformationen im gemeinsamen Dokumentationssystem besteht eine feste Struktur zur direkten Informationsweitergabe zwischen den an der Versorgung Beteiligten.

Diese Struktur besteht aus den - bei Bedarf multiprofessionellen - Visiten, den regelmäßigen Teambesprechungen, den Übergaben bei jedem Schichtwechsel.

¹ Steuerung, Entwicklung, Leitung, Kommunikation

Über das neue Intranet (seit Okt. 05 im Probelauf, ab 06.01.06 als Vollversion) haben alle MitarbeiterInnen die Möglichkeit auf alle Informationen die das Qualitätsmanagement betreffen (Verfahrens-anweisungen, Prozessbeschreibungen, Dokumente, Standards, AWMF Leitlinien, Stellenbeschreibungen, Protokolle, Auditberichte, Hygienevorschriften, MedProBV, Brandschutz, Umweltmanagement etc. zuzugreifen.

Über einen Werkvertrag wurde 2005/2006 die Umstellung der gesamten QM-Dokumentation im Intranet auf HTML Basis umgestellt. Ziel des Projektes war:

- Verbesserte Übersichtlichkeit
- Schnelle Suchfunktion
- Vermeidung von Redundanzen
- Vereinfachung der Archivierung in der Dokumentendatenbank

Dieses Projekt wurde mit einer kleinen Verzögerung im März 2006 abgeschlossen.

9.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

Zentrale Auskunftsstellen im Krankenhaus werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.

Zentrale Auskunftsstelle für alle Besucher, Gäste und Patienten ist der Empfang (Pforte).

Dieser ist am Tag von 6 Uhr bis 22 Uhr im Zweischichtsystem (an Wochenenden von 9 Uhr bis 18.30 Uhr) besetzt.

Die Mitarbeiter des Empfang werden zeitnah über alle angekündigten und unangekündigten Aufnahmen informiert. Darüber hinaus werden zentrale Informationen wie Patientenverzeichnis (EDV-gestützt), Telefonverzeichnis, Mitarbeiterliste, Dienstplan des AVD, Abwesenheiten und Urlaubsabwesenheiten, Bettenbelegung der Stationen zur Verfügung gestellt.

Über akute Krisensituationen mit Handlungsbedarf wird die Zentrale direkt von den diensthabenden Ärzten (AvD) oder Pflegekräften über das Notrufsystem informiert, um erforderliche Maßnahmen umgehend in die Wege leiten zu können.

9.2.3 Information an die Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Informationen, die die Struktur und inhaltliche Arbeit betreffen, werden über unserer Internet-Homepage (www.zsp-bergstrasse.de) und die Hausbroschüre aktualisiert und umfassend zur Verfügung gestellt. Das Haus hat einen Beauftragten für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

Informationen über aktuelle Ereignisse, Fachvorträge und Veranstaltungen des Hauses werden über die lokalen Tageszeitungen, Rundfunk und Fernsehen, den Verbandspressespiegel, div. Informationsbroschüren sowie unsere Hauszeitung veröffentlicht. Zuständig hierfür ist der Öffentlichkeitsbeauftragte, der als Stabsstelle der Betriebsleitung zugeordnet ist.

Die Weiterleitung dieser Informationen erfolgt differenziert nach den Zielgruppen wie Angehörige, Fachpublikum, interessierte Bevölkerung über den Beauftragten für Öffentlichkeitsarbeit, dessen Aufgaben und Kompetenzen in einer Tätigkeitsbeschreibung niedergelegt sind.

Weitere Kontakte zur Öffentlichkeit werden über den "Tag der offenen Tür", das "Kulturzentrum am Eckweg" sowie die Beteiligung an öffentlichen Ereignissen (z. B. Hessentag) hergestellt.

Als integrative Begegnungsstätte betreibt die Klinik das Café – Bistro am Eckweg.

Auch im Bereich der Homepage fand über einen Werkvertrag ein Verbesserungsprojekt statt welches im Januar 2006 abgeschlossen wurde. Ziel dieses Projektes war:

- Barrierefreier Zugang zur Homepage
- Verbessertes Layout
- Möglichkeit der schnelleren Aktualisierung
- Homepage Bereitstellung auch im Intranet

Pflege der Homepage unterliegt dem Öffentlichkeitsbeauftragten mit einer Freistellung von bisher 40% der jährl. Gesamtarbeitszeit ab 01.01.07 zu 50% in Zusammenarbeit mit dem Qualitätskoordinator und dem EDV Koordinator.

9.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes (7.5.3)

Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt.

Ein Datenschutzbeauftragter ist installiert. Alle Mitarbeiter werden bei der Einstellung über Datenschutzbelange aufgeklärt und darauf verpflichtet. Darüber hinaus finden laufend Datenschutzs Schulungen der IBF als Pflichtveranstaltungen statt.

Der Schutz von Daten sowohl der Patienten als auch der Mitarbeiter ist detailliert über berufsspezifische EDV-Nutzerprofile sichergestellt und geregelt.

Auskünfte über Patienten werden generell nur nach deren Einwilligung erteilt.

Telefonische Auskünfte werden generell nicht gegeben.

Das Intranet ist durch ein komplexes Sicherungssystem mit Firewall und permanent laufenden Virenschaltern abgesichert.

Bei Befragungen der Patienten oder MitarbeiterInnen ist die Anonymität und der Datenschutz gesichert

9.3 Nutzung einer Informationstechnologie (5.5.4; 6)

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

9.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie IT-Konzept (5.5.4)

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

Alle Bereiche unseres Hauses sind an das Intranet angeschlossen. Die Zugriffsrechte sind unter Berücksichtigung des Datenschutzes geregelt.

Der Zugang zum Internet ist möglich. Er wird mittels Firewall und Virenschutzprogrammen abgesichert.

An das Patientendatenmanagement sind die Bereiche Controlling, Patientenverwaltung, angeschlossen. Die Dienstplanung, die Patientenabrechnung und das Controlling erfolgen per EDV. Die Voraussetzungen der elektronischen Patientenverwaltung sind geschaffen worden. Die Einführung war im Laufe des Jahres 2005 im Rahmen eines Pilotprojektes vorgesehen, konnte jedoch noch nicht abgeschlossen werden, da eine LWV weite Einführung geplant ist.

Für den Support stehen die Mitarbeiter der IT-Abteilung telefonisch zur Verfügung oder kommen kurzfristig zur Hilfestellung an den jeweiligen Arbeitsplatz.

Das ZSP-Bergstraße verfügt über eine voll ausgebaute Client - Server Architektur.

Die Datenanbindung erfolgt über ein strukturiertes Kabelnetz.

Die produktiven Serversysteme werden z. Zt. unter Windows NT 4.0 / Windows XP und HP-UX 10.20 betrieben.

Die Datensicherung erfolgt zum jetzigen Zeitpunkt dezentral pro Server auf DAT Bänder.

Die Unterbringung der Servermaschinen befindet sich in einem besonders abgeschirmten, nur dem Personenkreis der Stabsstelle EDV zugänglichen (vollklimatisierten) Serverraum.

Bis Ende 2006 ist die Einrichtung eines 2. Serverraumes für die Sicherheitsserver geplant. Ein IT Sicherheitskonzept liegt vor.

Gleichzeit mit der Fertigstellung des 2. Serverraumes wird die EDV Abteilung in angemessenere Räumlichkeiten umziehen

Der Virenschutz des Gesamthauses erfolgt vollautomatisch durch eine zentrale Überwachung und Aktualisierung.

Das hausinterne Netz ist gegenüber dem öffentlichen Netz (Internet) durch eine firewall und ein IDS (Intrusion detection system) System abgesichert.

Bis Ende 2005 wurde die gesamte Serverlandschaft auf das Betriebssystem Windows XP umgestellt. (IT Konzept)

Im Zuge dieser Umstellung wird eine Zentralisierung der Datensicherung durch eine tape library realisiert.

Die Zugriffsberechtigungen des Intranets sind nachvollziehbar geregelt und dokumentiert

9.3.2 Verfügbarkeit von Informationen, Lenkung von Dokumenten und Daten (4.2.3, 4.2.4)

Das bestehende Intranet wurde 2006 durch ein neues System ersetzt.

Ziel des neuen Systems ist zu gewährleisten, dass Informationen schneller allen MitarbeiterInnen zugänglich sind sowie den Zugriff auf qualitätsrelevante Dokumente zu vereinfachen. (Lenkung von Dokumenten und Daten und interne Kommunikation)

10 Krankenhausführung (5)

10.1 Entwicklung eines Leitbildes (5.2; 5.3)

Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.

Neben dem zentralen Leitbild des Landeswohlverbandes Hessen gibt es seit dem Jahr 2000 ein Klinikleitbild (BL QK LB vom 30.05.00)

An der Erarbeitung waren Mitarbeiter aus allen Bereichen und Hierarchien beteiligt. Das Leitbild ist an allen zentralen Punkten ausgehängt, Auszüge zum Selbstverständnis und zur Kundenorientierung in der Klinikbroschüre abgedruckt und im Internet dargestellt.

Bei der Entwicklung ergänzender Leitlinien oder Zielvorgaben wurde darauf geachtet, dass sie im Einklang mit dem Klinikleitbild stehen.

10.2 Zielplanung (5.4)

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.

10.2.1 Entwicklung einer Zielplanung (5.3; 5.4; 5.4.1)

Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.

In jährlichen Strategieklausurtagungen legt die Krankenhausleitung und der Qualitätskoordinator (SELK Gruppe) mögliche Weiterentwicklungen im medizinischen Leistungsspektrum fest sowie betriebswirtschaftliche Eckdaten.

Diese werden im Rahmen von Teambesprechungen und einer Mitarbeiterinformationsveranstaltung kommuniziert und ggf an Projektgruppen delegiert.

Darüber hinaus wird konzernweit ein ausgewogenes Kennzahlensystem (balanced scorecard) entwickelt, das den Rahmen der operativen Handlungsfelder der Krankenhausleitung darstellt.

Aufgabe des Qualitätsmanagements ist es, mit Hilfe von MS-Projekt (BL QK DO 132), alle Projekte die sich aus der Zielplanung ergeben zu verfolgen.

Eine mittelfristige übergeordnete strategische und bauliche Zielplanung (Zukunft des ZSP-Bergstraße) bis zum Jahr 2012 wurde 2006 entwickelt

10.2.2 QM-Ziele für 2006/2007

- Das ZSP-Bergstraße, die Gesundheitsakademie und die Tagesklinik Erbach wird 2006/7 sowohl nach DIN ISO 9001:2000 als auch nach DIN ISO 14001:2005 erfolgreich rezertifiziert bzw. die Überwachungsaudits ergeben keine Abweichungen von der Norm; die Managementbewertung steigt um 1,5 %.
- Die Betriebsstrukturen sind dem Finanzrahmen mittelfristig angepasst.
- Das Ausbildungskonzept in der Verwaltung ist 2005/6 überarbeitet und erfolgreich eingeführt
- 2007 bestehen weitere Angebote im Rahmen der Integrierten Versorgung
- Die digitale Patientenakte ist 2007/8 eingeführt¹
- Verbesserungen in der Kundenorientierung können messbar nachgewiesen werden
- Ein Beschwerdemanagement ist bis Dez. 06 erarbeitet und wird 2007 umgesetzt
- Die noch nicht vollständig erarbeiteten Handbücher des Schreibdienstes, des Finanz- und Rechnungswesens incl. des Patientensekretariates und der EDV liegen überarbeitet und vollständig vor.
- Ein strategisches Szenario mit messbaren Zielen, s.u., der Krankenhausleitung bis 2008 ist erarbeitet, kommuniziert und wird umgesetzt
- Ein auf dem Abschlussbericht der Gütersloher Organisationsberatung „Personalbedarfsanalyse“ vom 27.09.06 aufbauendes Projekt „Reorganisation der Verwaltung“ soll Ende 2006 / Anfang 2007 abgeschlossen sein

Eine Übersicht aller Verbesserungsprojekte befindet sich im Anhang.

10.2.3 Strategische Ziele der Krankenhausleitung aus 2006 werden bis 2008 /2010 weiter geführt. (5.4; 5.4.1)

Thema	Ziel
Szenario 2008/2012	<ul style="list-style-type: none">• Es ist sichergestellt, dass das Zentrum für Soziale Psychiatrie - Bergstraße strategisch auf die internen Auswirkungen, ausgelöst durch den Wegfall der kommissarischen Versorgungsaufträge Odenwaldkreis und Darmstadt-Dieburg vorbereitet ist, insbesondere auf die damit verbundenen Reduzierung des Versorgungsauftrages auf den Kreis Bergstraße mit

¹ dto

Zielplanung	<p>166 Betten / 42 Plätzen und die wirtschaftlichen, strukturellen und personellen Konsequenzen. Des Weiteren ist sichergestellt, dass Kooperationsmöglichkeiten/-chancen offensiv ausgelotet sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist sichergestellt, dass vor dem Hintergrund der Veränderungen im Versorgungsauftrag und zukünftigen Förderungsmaßnahmen nach HKG eine Zielplanung erstellt ist
Verbesserung der Mitarbeiterorientierung	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist sichergestellt, dass Mitarbeiterorientierung ein wesentlicher Bestandteil der Betriebsphilosophie und in allen hierarchischen Ebenen im Über- und Unterstellungsverhältnis verankert ist. Die hierfür notwendigen Instrumente der Personalentwicklung, der Mitarbeiterbefragung, der Führungsgrundsätze, des Vorschlags- und Verbesserungswesens sowie der Informationsstrukturen sind umgesetzt.
Personalentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Konzept zur Personalentwicklung für den LWV ist erstellt und in den Einrichtungen etabliert • Ein Konzept zum innerbetrieblichen Vorschlagswesen ist erstellt und etabliert
Personalstrukturanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist sichergestellt, dass die Personalkostenstrukturen an die wirtschaftlichen und qualitativen Erfordernisse angepasst sind. Die Overheadkosten sind durch geeignete Organisationsformen, Kooperationen und Nutzung von Synergien minimiert.
Verbandsinterne Kooperationen	<ul style="list-style-type: none"> • Durch Kooperationsmodelle werden Synergien genutzt und sowohl Betriebskosten als auch Investitionen eingespart, die Produktivität insbesondere im Servicebereich gesteigert • Ein Verbandsinternes Benchmarkkonzept ist entwickelt und wird umgesetzt • Die TK Lampertheim ist in Betrieb incl. einer PIA mit Substitutionsambulanz
Tagesklinik Lampertheim	<ul style="list-style-type: none"> • Die Kosten- und Leistungsstrukturen für die zu erwartende Bettenzahl sind bekannt und ein Maßnahmenkatalog für strukturelle und organisatorische Änderungen erarbeitet, der dem zur Verfügung stehenden Finanzrahmen Rechnung trägt
Kostensenkungsprogramme	

10.2.4 Festlegung einer Organisationsstruktur (5.5)

Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.

Die aktuelle Organisationsstruktur ist in der Satzung, den Grundsätzen der inneren Gliederung, einzelnen Geschäftsordnungen, den Stellenbeschreibungen sowie im Organigramm festgelegt. Diese wird bei Veränderungen zeitnah aktualisiert.

Das Organigramm und die Stellenbeschreibungen sind im QM-Handbuch nachzulesen. Über das Intranet hat jeder Mitarbeiter Zugriff.

Darüber hinaus sind Unterschriftsbefugnisse schriftlich fixiert, sowohl in der Personalabteilung als auch im Finanz- und Rechnungswesen hinterlegt.

Die Vertretungsregelung innerhalb der Betriebsleitung und Krankenhausleitung ist an den Mitarbeiter-Informationstafeln ausgehängt bzw. im Intranet bekanntgegeben.

10.2.5 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes (6.1; 8.5.3)

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

Im Rahmen des Wirtschaftsplanes wird der Haushalts- und der Investitionsplanung jährlich ermittelt und quartalsweise überprüft.

Das Finanz- und Rechnungswesen erstellt gemeinsam mit dem Controlling quartalsweise Zwischenberichte und Abweichungsanalysen.

Diese werden in der Krankenhausleitung und in der Betriebskommission diskutiert und ggf. Steuerungsmaßnahmen festgelegt.

10.2.6 Risikomanagement (8.5.3)

Das ZSP-Bergstraße hat ein Risikomanagement entwickelt und führt dieses fort..

BL KD BH DO 025 Risiko-Management KOMPLETT

ÄD Lab VA 007 Risikomanagement Labor

BL KÜ PB 001 Risikomanagement Küche

10.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung (5.1)

Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.

10.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen (5.4; 5.5.4)

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Um einen zielgerichteten Informationsfluss und eine Abstimmung mit den einzelnen Bereichen zu gewährleisten, ist ein strukturiertes Besprechungswesen in der Klinik eingerichtet.

Die Krankenhausleitungssitzung sowie weitere berufsgruppenspezifische und -übergreifende Besprechungen und Projektgruppen arbeiten mit Einladung, Tagesordnung, und Ergebnisprotokoll. Der Verlauf und die Ergebnisse werden an die jeweils übergeordnete Hierarchieebene rückgekoppelt.

Für wichtige Aufgabenbereiche sind Beauftragte (Brandschutz, Arbeitssicherheit, IBF etc.) benannt oder Stabsstellen (Hygiene, Praxisanleitung, QM) eingerichtet, die eigenverantwortlich tätig sind und bei aktuellen Fragestellungen zur Beratung und Entscheidung hinzugezogen werden.

Protokolle der Leitungskonferenzen werden bei Bedarf auf die einzelnen Stat. versandt und dort von den MitarbeiterInnen gegengezeichnet.

10.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.

Zuständigkeiten, Kompetenzen und Aufgaben der Betriebsleitung und Krankenhausleitung sind über die Geschäftsordnung, Betriebssatzung und den Grundsätzen zur inneren Gliederung des LWV - Hessen klar geregelt.

Die Krankenhausführung tagt einmal wöchentlich. Die Tagesordnung wird am Tag vor der Sitzung erstellt, zusätzlich kann jedoch flexibel auf aktuellen Diskussions- und Entscheidungsbedarf eingegangen werden. Die Protokollführung erfolgt abwechseln von den Mitgliedern. Grundsätzlich informieren sich die Mitglieder der Leitung bei Bedarf auch außerhalb der formalen Besprechungen über Aktualitäten in ihren jeweiligen Zuständigkeitsbereichen.

Über die getroffenen Entscheidungen werden, sofern betroffen, die leitenden Mitarbeiter von der Krankenhausführung in Kenntnis gesetzt.

10.3.3 Information der Krankenhausführung (5.4; 5.5.4)

Die Krankenhausleitung informiert sich regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.

Die Krankenhausleitung wird auf vielfältige Weise über die Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus informiert. So erhält sie Informationen aus dem Risikomanagement, dem Controlling, Statistiken, dem Qualitätsmanagement, Managementbewertungen sowie den verschiedenen Besprechungen.

Weitere Informationen kommen aus Befragungsergebnissen, fortlaufendes Leistungs-, Personal- und Finanzdaten sowie Einzelberichte über besondere Vorkommnisse oder Informationen aus dem Projektmanagement sowie dem Pressedienst des LWV

Aufgrund dieser Daten werden gemeinsam mit den betroffenen Bereichen Verbesserungsmaßnahmen entwickelt und umgesetzt.

Für die Planung und Umsetzung von Verbesserungsprojekten hat das ZSP-Bergstraße einen Prozess " BL QK PB 019 : "Projektplanung und -ablauf" implementiert.

Über das 2006 eingerichtete Intranet hat jeder Mitarbeiter / jede Mitarbeiterin Zugang zu allen Rundschreiben, Sonderinformationen, den Vorgaben des Qualitätsmanagement, den Qualitätsberichten, der IBF und aktuellen Veranstaltungen.

10.3.3.1 Einbindung innerhalb des LWV

Es finden 2 x jährlich Dienstbesprechungen zwischen dem Träger, den Betriebsleitungen bzw. den Geschäftsführungen statt, sowie regelmässige Führungskonferenzen mit allen Betriebszweigleitungen und dem Pressedienst des LWV

10.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen (6.2.2)

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

In der Arbeit mit psychisch Kranken ist ein vertrauens- und respektvoller Umgang unter allen Mitarbeitern von hoher Bedeutung. Dazu wurde im Leitbild Grundsätze zur Kommunikation und Führung gemeinsam beschrieben.

Die Krankenhausleitung fördert unterschiedlichste Maßnahmen, in deren Planung die Mitarbeiter selbst mit einbezogen sind. Diese reichen von fachbezogenen Angeboten wie regelmäßigen Supervisionen, Teamentwicklungsprozessen, über viele Mitarbeitergespräche bis hin zu sozialen Aktivitäten.

Die Mitarbeiter haben berufsgruppen- und hierarchieübergreifend die Möglichkeit zum offenen Diskurs. Konstruktive sachbezogene Streitkultur wird repressionsfrei gefördert. Durch Schaffung und Förderung informeller Begegnungsräume, weitgehende Übertragung von Verantwortung, Förderung berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit, regelmäßige Supervision, Information über stellensichernde Zielplanung drückt die Leitung ihren Respekt gegenüber den Mitarbeitern aus und fördert das gegenseitige Vertrauen.

Aus diesen Gedanken heraus wurde auch die Entscheidung von der Klinikleitung getragen, das gesamte Qualitätsmanagement im "bottom up Verfahren" zu entwickeln.

10.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

Ethische Aufgaben von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhaushausweit respektiert und berücksichtigt.

10.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.

Hinsichtlich ethischer Fragen nimmt die Krankenhausleitung in Abstimmung mit den abteilungsld. Ärzten ggf. unter Hinzuziehung des Patientenfürsprechers Stellung unter Bezugnahme auf das Leitbild des ZSP Bergstraße und das QM-Handbuch ärztlicher Dienst.

Bei Hilfestellungen in ethischen Fragen im Einzelfall können sich alle Mitarbeiter an die Krankenhauseelsorge und den Sozialdienst wenden. Entscheidungen über ethisch relevante medizinische Fragen werden im Einzelfall stets vom zuständigen Arzt getroffen.

Wichtige ethische Fragestellungen sind z.B. der Umgang mit behandlungsunwilligen, krankheitsunersichtlichen oder selbstmordgefährdeten Patienten oder die Anwendung von Zwangsmaßnahmen. In den vergangenen Jahren haben verschiedene Fortbildungsveranstaltungen in Zusammenarbeit mit den Imamen der Moscheen im Umkreis des ZSP-Bergstraße stattgefunden.

Auch in der erfolgreichen Zertifizierung des Hauses nach DIN ISO 14001 wird die ethische Grundhaltung des ZSP-Bergstraße deutlich.

10.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

Im Krankenhaus werden Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt, die Verfahren sind festgeschrieben.

Grundlage für den Umgang mit sterbenden Patienten sind das Leitbild des ZSP Bergstraße sowie die Leitlinien für psychiatrische Behandlung und pflegerische Arbeit.

Die Pflegekräfte sorgen für eine angemessene Unterbringung des Patienten (i.A. Einzelzimmer) und für eine ruhige Atmosphäre, die ein Abschied nehmen möglich macht. Angehörige können, sofern es ihr Wunsch ist, in die Pflege des Patienten einbezogen werden.

Die unterschiedlichen Religionen finden in der Betreuung Sterbender Berücksichtigung. Krankenhausseelsorger und Imame bieten ihre persönliche Hilfe, Gespräche und Gebet sowohl dem Patienten als auch den Angehörigen an und spenden auf Wunsch das Sakrament der Krankensalbung.

10.4.3 Umgang mit Verstorbenen

Im Krankenhaus gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.

Spezielle Verfahrensanweisungen (auch zum Umgang mit Verstorbenen) sind implementiert

Im Einzelfall werden Patientenverfügungen berücksichtigt

Es gelten:

Die AWMF Leitlinie

ÄD ÄD VA 007 Leichenschau

PD PD VA 033 Versorgung Verstorbener

11 Qualitätsmanagement (5)

11.1 Umfassendes Qualitätsmanagement (4.1)

Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements nach DIN ISO 9001:2000 und DIN ISO 14001 eingebunden sind.

11.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement (5.1; 5.5.4; 6.2)

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

Die Krankenhausleitung hat ihre Verantwortlichkeit wahrgenommen indem sie die personellen finanziellen und materiellen Ressourcen zur Ausbildung der Qualitätsbeauftragten sowie zur Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems bereitstellt.

Es finden regelmäßig Sitzungen der Steuerungsgruppe (SELK-Gruppe) statt, die sich mit den Zielsetzungen und der Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems befassen

Die Qualitätsbeauftragten des ZSP-Bergstraße und der Tageskliniken treffen sich im regelmäßigen Turnus.

Die Betriebsleiterin, und ärztliche Direktor sind zertifizierte TQM Auditoren® sowie EFQM Asseroren.

Der Krankenpflagedirektor ist EQ-ZERT zertifizierter Qualitätsmanager, akkreditierter KTQ Visitor und EFQM Assessor..

Der Qualitätskoordinator ist zertifizierter TQM System Auditor®, EFQM Assessor und in KTQ geschult.

Zusätzlich sind pro Abteilung / Stationen mindestens 1 der Abteilungsleitungen / Stationsleitungen in der DIN ISO 9001:2000 geschult

Alle im ZSP Bergstrasse eingesetzten Qualitätsmanagementbeauftragte haben ein entsprechendes von EQ-ZERT anerkanntes Zertifikat als QualitätsmanagerIn oder sind bereits TQM Auditoren®

Grundsätzlich haben alle MitarbeiterInnen des ZSP-Bergstraße Zugang zum Intranet und können sich so über den Entwicklungsstand des Qualitätsmanagements informieren.

In den Stellenbeschreibungen findet sich ein Passus, der die Verpflichtung der MitarbeiterInnen zur Mitarbeit und Umsetzung des Qualitätsmanagements beinhaltet.

Projekte die der Umstrukturierung oder Neuentwicklungen innerhalb des Versorgungsauftrages dienen werden unter Einbindung der Betroffenen durchgeführt.

11.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen (3.2; 4.2; 5.3; 5.4; 5.4.1; 5.4.2; 5.5.1; 5.5.3; 5.5.5; 5.5.6; 6.2.2)

Das Krankenhaus entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zu Erreichung von Qualitätszielen um.

Qualitätsmanagement wird seit 1998 im ZSP-Bergstraße betrieben.

Zu Beginn 1998 wurde nach dem Verfahren der Zielorientierten Projektplanung (Management by objectives) eine Problemanalyse der Einrichtung erstellt.

Aus dieser Problemanalyse ergaben sich langfristige Ziele und Qualitätszirkel zur Erarbeitung der notwendigen Prozesse zur Zielerreichung. (Prozessorientierter Ansatz)

In einem zweiten Schritt erarbeitete ein integriertes Team aller Berufsgruppen ein Leitbild, welches nach zwei Delphi Durchläufen 2000 verabschiedet wurde.

Für die Jahre 1998 und 1999 wurden bereits Qualitätsberichte erstellt und den Kostenträgern übergeben.

Nach Beschluss der Klinikleitung 1998 wird Qualitätsmanagement nach DIN ISO 9000 ff (später 9001:2000) im bottom up Verfahren durchgeführt, d.h. es werden Grundsätze und deren Regelungen von der Krankenhausleitung in Zusammenarbeit mit dem Qualitätskoordinator (SELK Gruppe) vorgegeben, die einzelnen Bereiche und Stationen erarbeiten auf Grund dieser Vorgaben eigene Handbücher.

Auf diese Weise wird sichergestellt, dass das Fachwissen der MitarbeiterInnen vor Ort eingebunden und die unterschiedlichen notwendigen Konzeptionen je nach Aufgabenstellung erarbeitet werden.

Im Sinne eines umfassenden Qualitätsmanagements (TQM) werden diese Handbücher von dem/der verantwortlichen z. T. freigestellten Qualitätsbeauftragten in Zusammenarbeit der betroffenen Bereiche, Stationen, Tageskliniken weiterentwickelt und vervollständigt.

Änderungen der Inhalte wurden bis Ende 2005 nach Erarbeitung und Verabschiedung der / dem Verantwortlichen durch Herausnahmen bzw. Einfügen der Loseblattsammlung ergänzt oder aktualisiert. Ab 2006 gilt nur noch die im Intranet vorliegende digitale Form, ab 2006 im HTML Format.

Den Aufbau des Handbuches regelt die Verfahrensanweisung "Erstellung von Handbüchern" (BL QK VA 009)

Die Aktualisierung im Intranet wird im Qualitätsmanagement bis Nov. 2005 mit Hilfe der verknüpften MS Access Datenbank vorgenommen, ab Dez. 05 kommt die überarbeitete Form im Intranet zum Einsatz. Der jeweilige aktuelle Stand ist aus der Fußleiste am Änderungsstatus und dem Datum zu erkennen.

Gültig sind nur freigegebene Blätter. Die Freigabe obliegt der dem/der Verantwortlichen (Ärztl. Direktor, Pflegedirektor) und / oder der Betriebsleitung. Die Freigabe ist geregelt über eine Verfahrensanweisung. (BL QK VA 001)

Freigabe eines Handbuches erfolgt erst nach min. 1 internen Audit und dem Nachweis der ständigen Weiterentwicklung und Verbesserung.

Es werden nur Dokumente die freigegeben worden sind für den Betrieb zugelassen, es sei denn, es handelt sich um Dokumente in einer Versuchs- bzw. Pilotphase.

Das Handbuch verweist z.Zt. über Hyperlinks auf die entsprechenden Teile der dezentralen Handbücher bzw. auf die jeweils geltenden Verfahrensanweisungen, Prozessbeschreibungen, Dokumente, ab 2006 im HTML Format mit vereinfachter Suchfunktion (Neues Intranet).

Eine Darstellung der Prozessstrukturen wurde entwickelt.

Das gesamte Qualitätsmanagementhandbuch ist von jedem/jeder MitarbeiterIn über Intranet abrufbar.

Im Zuge der Innerbetrieblichen Fortbildung (IBF) werden seit 1999 über Fortbildungsveranstaltungen die MitarbeiterInnen des Hauses im Qualitätsmanagement geschult.

Z. Zt verfügt das Haus über 12 von EQ-ZERT anerkannte Qualitätsmoderatoren bzw. QualitätsmanagerInnen und 6 TQM AuditorInnen®

Diese MitarbeiterInnen sind als Qualitätsbeauftragte verantwortlich auf den versch. Stationen / Bereichen eingesetzt, um die MitarbeiterInnen bei der Entwicklung und Verbesserung des Qualitätsmanagementsystems zu beraten.

11.2 Qualitätsmanagementsystem (2.0)

Im ZSP-Bergstraße existiert ein effektives und zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem nach DIN ISO 9001:2000 und DIN ISO 14001:2005.

Das ZSP-Bergstraße ist 2004 bereits nach DIN ISO 14001 und DIN ISO 9001:2000 erfolgreich zertifiziert worden und Mitglied im Ökoprotit-Club Kreis Bergstraße

Zwei Betriebsteile, die Tagesklinik in Erbach die Gesundheitsakademie am ZSP-Bergstraße, sind bereits 2001 bzw. 2002 nach DIN ISO 9001:2000 erfolgreich zertifiziert bzw. rezertifiziert worden.

Die Gärtnerei des ZSP-Bergstraße ist mit einem Ökozertifikat "Integrierter Anbau" ausgezeichnet welches jährlich erneuert wird.

11.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements(4.0; 5.3; 5.4; 5.5; 5.5.3; 5.5.6; 5.6; 6.0; 8.2.2;)

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Die Verantwortung für das gesamte Qualitätsmanagement trägt als Stabsstelle der Betriebsleitung der Qualitätskoordinator.

Die fachliche Begleitung der Bereiche / Stationen wird von Qualitätsbeauftragten übernommen, die eine Freistellung von bis zu maximal 49% ihrer vertraglich geregelten Arbeitszeit haben (zum Aufbau des QM Systems bis Ende 2005 ab 2006 zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung 25%) und in diesem Tätigkeitsfeld dem Qualitätskoordinator unterstellt sind.

Für alle MitarbeiterInnen im Qualitätsmanagement liegen Stellenbeschreibungen vor.

Das zentrale Organisationshandbuch gibt die verbindlichen Rahmenrichtlinien, Verfahrensanweisungen und Prozessbeschreibungen für den Bereich der Betriebsleitung und des Qualitätsmanagements im ZSP Bergstrasse nach DIN ISO 9001:2000 und DIN ISO 14011:2005 vor und folgt den Inhalten und dem Geist des Leitbildes des ZSP Bergstrasse. (BL QK VA 009 Erstellung von Handbüchern)

Alle eingesetzten Dokumente wie Verfahrensanweisungen, Prozessbeschreibungen, Tätigkeitsbeschreibungen, Stellenbeschreibungen, Vorgabe- und Nachweisdokumente sind in einer im Qualitätsmanagement verwalteten Datenbank bis Nov.05 in MS – Access, ab Dez. 05 im Intranet erfasst. Es ist somit sichergestellt, dass nur gültige Dokumente zur Anwendung kommen.

Die Freigabe von Dokumenten und deren Nachverfolgbarkeit ist über eine Verfahrensanweisung geregelt.(BL QK VA 001)

Alle Vorhaben bzw. Projekte die sich mit Veränderungen der Struktur des Hauses, der Entwicklung und Weiterentwicklung von Angeboten beschäftigen und zur ständigen Qualitätsverbesserung beitragen, werden über Projektvereinbarungen zentral im Qualitätsmanagement erfasst und gesteuert. Zur Erfassung und Steuerung wird MS - Projekt eingesetzt.

Aus Audits oder sich aus der täglichen Arbeit ergebende auftretende Mängel, werden über Mängel-listen / Fehlersammelkarten erfasst, im Qualitätsmanagement gesichtet und an die entsprechenden Stellen zur Mängelbeseitigung weitergegeben. Sie werden nach der Verfahrensanweisung "Umgang mit Mängeln" behandelt. Eine Erfolgskontrolle erfolgt über interne Prozessaudits oder ggfls. über die Projektkontrolle "Projektplanung"

Managementbewertungen nach TQU werden jährlich durchgeführt

11.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung (7.5.5; 8.2; 8.2.2; 8.2.3; 8.2.4; 8.5;)

Im Krankenhaus werden regelmäßig und systematisch Methoden der internen Qualitätssicherung angewandt.

Jedes Jahr wird ein Auditplan (Prozess- und interne Systemaudits) für alle Bereiche des Hauses erstellt. Diese Audits werden von externen AuditorInnen bzw. Auditorenanwärterinnen oder von internen TQM Auditoren® durchgeführt.

Eine Verfahrensanweisung (BL QK VA 019) regelt dieses Vorgehen. Diese Audits sind sowohl System- als auch Prozessaudits.

Weiterhin werden Kundenbefragungen und Lieferantenbefragungen durchgeführt und dokumentiert.

Die Befragungen und die Prozessaudits dienen u. a. auch der Prozessvalidierung

Ein Schwerpunkt wird auf Prozessaudits in Bezug auf die Prozesshaftigkeit der Therapie gelegt.

Abweichungen und Hinweise die sich aus diesen Audits oder Begehungen ergeben, werden nach der Verfahrensanweisung "Umgang mit Mängeln" behandelt.

Sollten sich Projekte zur Qualitätsverbesserung aus diesen Mängeln ergeben, wird verfahren wie in der Prozessbeschreibung "Projektmanagement" beschrieben

Bereiche wie Pflege und Ärzte, Küche, Hygiene, Arbeitssicherheit / Umweltmanagement, Hauswirtschaft etc. haben Instrumente zum Nachweis der Qualitätssicherung erarbeitet.

Seitens der Fachkraft für Arbeitssicherheit, dem Betriebsarzt, dem Brandschutzbeauftragten und der Hygienebeauftragten werden geplante und ungeplante Begehungen durchgeführt und protokolliert.

Statistiken zum Nachweis von Veränderungen qualitätsrelevanter Daten wie Patientenzufriedenheit, Zuweiserzufriedenheit, offener oder geschlossener Stationen, auftretender Mängel werden geführt. (siehe auch 8.3.1)

11.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten (8.4; 8.5)

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

11.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben.

11.3.1.1 Folgende Daten und Statistiken werden erhoben:

Finanz- und Rechnungswesen / Controlling

- *Berichte / Statistiken an externe Empfänger*
 - Personalerhebung
 - Erhebungsbogen Hess. Arbeitgeberverband
 - Erhebungsbogen Hess. Verw.schulverband
 - Entwicklung Personal + Personalkosten
 - Personalbericht
 - Krankenhausstatistik
 - Teil I - Grunddaten über Träger an SLA (Statistisches Landesamt)
 - Teil II - Kostennachweis über Träger an SLA
 - Teil III - Diagnosedaten
 - Krankenhausvergleich § 5 BpflV
 - Zahl u. Aufgliederung der Beschäftigten an über Hauptverwaltung des LWV Hessen .
 - Statistik der Jahresabschlüsse öffentl. Einrichtungen
 - Kostenträgerstatistik
- Erfassung kommunale Krankenhausfinanzen
- Zentrale Ausgleichsstelle - Ausb.st.-Kostenausgl.verordnung

- *Berichte / Statistiken an Interne Empfänger*
 - Belegungsdaten / Soll - Ist-Vergleich
 - VK Soll - Ist-Vergleich
 - Personalzahlen (Köpfe, Vollkräfte, Pers.Kosten)
 - Ausfallzeiten
 - Wirtschaftlichkeitsberechnungen für div. Service-Bereiche
 - Daten f. Versicherungszwecke

 - Risikomanagement
 - Monats- Quartals- Jahresberichte und Hochrechnungen

Ärztl. Direktion

- Psych. BADO

Pflegedirektion

- Ausfallzeiten im Pflegedienst
- Qualifikationsstatistiken im Pflegedienst
- Personalallokation im Pflegedienst
- Personalcontrolling nach PsychPV und Wirtschaftsplan

Baubüro

- Jahresstatistik / Energiebericht Heizung
- Jahresstatistik / Energiebericht Wasser
- Jahresstatistik / Energiebericht Strom
- Jahresstatistik / Energiebericht Gas
- Jahresstatistik / Energiebericht Heizöl
- Betriebskostenermittlung gesamt

Umweltmanagement

- Alle von der DIN ISO 14001:2005 geforderten Statistiken

Qualitätsmanagement

- Statistik über Öffnungszeiten der Stationen und Gründen von Schließungen
- Patientenbefragungen intern
- Patientenbefragungen extern
- Zuweiserbefragungen extern
- Zufriedenheitsstatistiken Teilnehmer an Aus- Fort- und Weiterbildungskursen
- Zufriedenheitsstatistiken SchülerInnen der KPS
- Zufriedenheitsstatistiken externer Kooperationspartner der KPS
- Zufriedenheitsstatistiken Praxisanleitung interner u. externer SchülerInnen
- Zufriedenheit mit der Speisenversorgung
- Managementbewertung nach TQU
- Auswertung aller im Jahr nach Plan durchgeführten Audits mit Berichterstattung an KL (Fehlermanagement)

Personalabteilung

- Personalstatistik
- Schwerbehindertenstatistik
- Kindergeldstatistik
- Ausgleichsabgabe
- Urlaubsrückstellungen
- FSJ Statistik
- Zivildienstleistende

Küche

- Kundenzufriedenheit über Qualitätsmanagement
- Verbrauchstatistiken der Stationen

Gärtnerei

- Verbrauch Pflanzenschutz
- Verbrauch Dünger
- Einnahmen - Ausgaben
- Energieverbrauch
- Arbeitsstatistiken intern
- Arbeitsstatistik extern
- Mängelstatistik
- Kundenzufriedenheit

Hygiene

- Infektionsstatistik
- Nosokomiale Krankenhausinfektionen (in Zusammenarbeit Labor Selig)

Allgem. Wirtschaftsabteilung und Labor

- Lieferantenbefragungen

11.3.2 Nutzung von Befragungen, Benchmark (7.2; 8.4; 8.5)

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

Das ZSP - Bergstraße führt alle 2 Jahre eine Patientenzufriedenheitsstudie in Zusammenarbeit mit der Firma Metrik, Bermuthshain, durch. Das ZSP-Bergstraße wird mit den Ergebnissen von ca 160 somatischen Krankenhäusern und ca. 30 Psychiatrien direkt verglichen.

Strategische-, wirtschaftliche- und Marketingpotentiale werden dargestellt, Verbesserungspotentiale aufgezeigt.

Ab 2006 soll innerhalb des LWV-Hessen in Bezug auf die Ergebnisse der Patientenbefragungen Benchmark betrieben werden, ein übergeordneter Arbeitskreis der Qualitätsbeauftragten / Qualitätskoordinatoren aller LWV Häuser entwickelt z.Zt. das Verfahren.

Die Summaries der Ergebnisse von 2000, 2002 und 2004 liegen im Qualitätsmanagement vor.

Die Summaries der Ergebnisse der 2004 und 2006 durchgeführten Zuweiserbefragung liegen im Qualitätsmanagement vor.

Auftretende Mängel oder Verbesserungen werden über den Umgang mit Mängeln oder, falls notwendig nach der Prozessbeschreibung "Projektmanagement" abgearbeitet
Bspl. Ist das Verbesserungsprojekt im Bereich Speiserversorgung

Mitarbeiterbefragungen sollen LWV übergreifend durchgeführt werden und werden mit Zielsetzung 2007 durch einen übergeordneten Arbeitskreis der Qualitätsbeauftragten / Qualitätskoordinatoren aller LWV Häuser und in Zusammenarbeit mit der Hauptverwaltung entwickelt

11.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden (7.2; 8.5)

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Das ZSP-Bergstraße befragt seine Kunden während des Aufenthaltes auf den Stationen.

Die Auswertung wird zusammen mit dem Patientenführsprecher vorgenommen. Die Stationen erhalten Quartalsberichte. Treten erkennbare Mängel auf, so werden die Verbesserungen nach dem festgelegten Verfahren "Umgang mit Mängeln " oder, falls Projekte notwendig sind, nach der Prozessbeschreibung "Projektmanagement" durchgeführt. Das rating entspricht dem rating der Firma Metrik

Auszüge der Ergebnisse finden sich im Anhang

Die ergänzenden Therapien wie Physiotherapie, Gärtnerei, Kunst- Musik- Tanztherapie führen eigene Befragungen durch, die im Qualitätsmanagement ausgewertet werden.

Ein vom ZSP-Bergstraße unabhängiger Patientenfürsprecher steht allen PatientInnen zur Verfügung

12 Verbesserungsprojekte 2006/7 (5.4; 5.4.1; 8.5,)

Im Jahr 2006 wurden folgende Verbesserungsprojekte initiiert bzw. abgeschlossen (**Auszug** der wichtigsten Projekte aus BL QK DO 132 Projektplanungsübersicht):

Projekt	AG nach BL QK DO 132	Beginn	Ende	% fertig	Bemerkung
Neukonzept Ergotherapie mit Anschlussprojekt	AG III.11 und AG IV.1.2.2	Jan.05	Dez. 05	100%	Dokumentation in Ergotherapie, wurde 2006 freigegeben
Einführung Intranet und Dokumentendatenbank	AG III.14	10.03.06	11.09.06	100 %	Nach Probelauf fest etabliert
Umzug EDV Abteilung	AG III.6.4	02.10.06	Monat 12 2006	10 %	Projektplanung liegt vor
Neue Prospektive Strategieplanung – Szenario 2008 - 2012	AG IV.34	Juni 2006	August 06	100%	Ziele liegen vor und finden sich im Bericht unter Strategieplanung /Ziele
Entwicklung eines Intranets auf HTML Basis unter Einbeziehung der Steuerung von Dokumenten und Daten und Aktualisierung der homepage	Werkvertrag	Juni 05	Jan 06	100%	Werkvertrag liegt bei Betriebsleitung vor
Mitarbeiterbefragung	AG V.1.2	02.05.00	03.07.06	50%	Ist ein übergeordnetes Projekt des LWV. Unterlagen liegen vor, vom LWV noch nicht freigegeben
Ausbildungskonzept AZUBIS	AG IV.16	Monat März 06	Monat April 06	100%	Verzögert im Okt. 06 fertiggestellt
Verbesserungsprojekt der VA 023: Behandlungs- und Umgangsgrundsätze im pfleger. Bereich sowie erg. Therapien	AG IV	Okt.05	Dez.05 verzögert in Jan 06	100%	Neufassung der VA liegt vor

Einführung eines Dokumentationsbogens zur Erfassung von Gewaltsituationen	AG V.13.b	März 05	Juni 05	100%	Dokumentation bei Projektleiter und QK
Umsetzung Expertenstandards Pflege	AG IV.25	Jan 06	Juli 06	40%	verzögert
Einführung von Pflege-diagnosen	AG IV.26	Jan 06	Dez 07	40%	
Verbesserungsprojekt Einarbeitung neuer Ärzte / Psychologen	AG IV.21	03.08.05	01.10.05	100%	Wurde verzögert 2006 freigegeben
Einführung von Case Management	AG IV.32	Juni 06	Dez 07	10%	
Projekt Beschwerdemanagement	AG IV.33	Mai 06	Sept 06	10%	Verzögert, soll Dez. 06 freigegeben werden
Reorganisation der Verwaltung auf Basis des GOB Berichtes	AG IV.35	Nov. 06	Dez 06	10%	

12.1 Bearbeitung der Hinweise / Empfehlungen aus dem Überwachungsgsaudit vom 07. und 08.12.2005

Hier aufgeführt sind alle Maßnahmen, die sich aus den Hinweisen / Empfehlungen ergeben haben und die nicht unter 11. bereits aufgeführt sind:

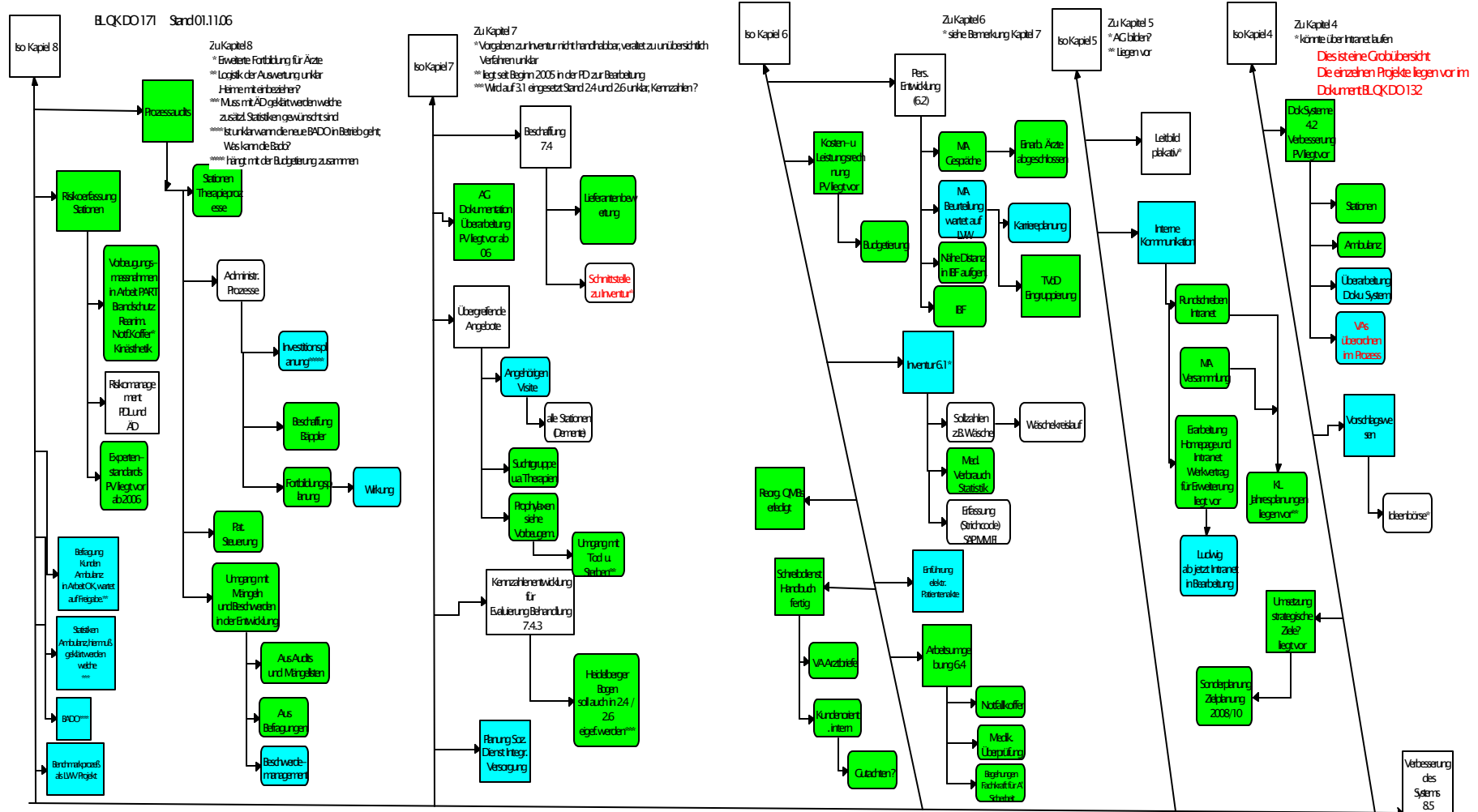
Hinweise	Aktivität
Es muß durchgehend sichergestellt werden, dass Einarbeitungschecklisten mit dem Namen des Einzuarbeitenden sowie Datum der abgeschlossenen Einarbeitung versehen sind.	Speziell im ärztl. Bereich wird nach dem überarbeiteten Verfahren „ÄD ÄD VA 005 vom 08.12.05 Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen“ verfahren und sowohl vom Ärztl. QMB als auch vom Ärztl. Direktor überprüft. Die Checklisten sind in der Ärztl. Direktion einsehbar. Über die Pflegedirektion wird das Verfahren über „PD PD VA 018 Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen im Pflegedienst“ in gleicher Weise angewandt.
Die Lenkung der QM-Dokumente und QM-Dokumentationen muss nachweislich kontinuierlich vereinfacht und optimiert werden. Hierzu existiert bereits ein Projekt, dessen Umsetzung in 2006 zu erwarten ist.	Das Projekt wurde 2006 abgeschlossen. Alle Dokumente werden über eine Datenbank erfasst, die Verfahrensanweisungen BL QK VA 001 Freigabe von Dokumenten im Änderungsstatus 4 und BL QK VA 009 Erstellung von Handbüchern im Änderungsstaus 4, jeweils vom 09.10.06.
Die Änderungshistorien zu den einzelnen QMH müssen nachvollziehbar sein und jährlich aktualisiert werden.	Durch die Einführung der Dokumentendatenbank und die ständige Überprüfung, wie in BL QK VA 001 Freigabe von Dokumenten beschrieben, ist die Nachverfolgbarkeit gesichert.

Es muß überlegt werden, wie sichergestellt wird, dass alle Mitarbeiter an den Pflicht-Schulungen (hier: Brandschutz) teilnehmen.	Im Ärztl. Bereich wurde das entsprechenden Verfahren überarbeitet (ÄD ÄD VA 015 Teilnahme IBF ärztl Dienst), die Erfüllung wird kontrolliert. Der Pflegedienst kontrolliert die Pflichtteilnahmen über ein gesondertes Verfahren.
Behandlungsvertrag und Freiwilligenerklärung müssen gemäß den hauseigenen Vorgaben durchgehend ausgefüllt sein.	Wird in Prozessaudits abgeprüft
Der Anamnesebogen St. 1.1 muss durchgehend gemäß den eigenen Vorgaben bearbeitet werden.	Wurde durch Prozessaudits überprüft, Mängel wurden nicht mehr festgestellt
Der Btm-Bestand St. 1.4 muss durchgehend nachweisbar gemäß den eigenen Vorgaben überprüft werden.	Grundsätzlich werden in den Prozessaudits die BTM Bestände in die Überprüfung mit einbezogen. Mängel wurden festgehalten (sind in den Auditprotokollen einsehbar) und, bei Mängeln, über Korrekturmassnahmen bereinigt
Die Verlaufsdocumentation, sowie die Dokumentation auf dem Indikationsbogen der Ambulanz muss durchgehend gemäß den eigenen Vorgaben durchgeführt werden.	Nach Probleauf Beginn 2006 jetzt in der Umsetzung
Das zentrale Beschwerdemanagement, welches sich zur Zeit im Aufbau befindet, muß bis zum zweiten Überwachungsaudit, gemäß den Vorgaben der Klinik, wirksam sein.	Die AG Beschwerdemanagement hat seine Arbeit aufgenommen, Zielerreichung ist für Dez 06 geplant Dokumentation liegt vor
Das vorhandene Verfahren zum Fehlermanagement muss dahingehend überarbeitet werden, dass die Fehlerdefinition deutlicher beschrieben wird und in der Erfassung und Auswertung medizinisch-pflegerische Komplikationen mit einbezieht.	Wird durch die Prozessaudits und die regelmässigen Überprüfungen seitens der Abt. Ltgs der Pflege überprüft
Es muss durchgehend sichergestellt werden, dass Einarbeitungschecklisten mit dem Namen des Einzuarbeitenden sowie Datum der abgeschlossenen Einarbeitung versehen sind.	Änderungen wurden implementiert und die Erfüllung kontrolliert. Das Verfahren zeigt Wirkung. (sie oben)
Es muss darauf geachtet werden, dass sich im lokalen Handbuch durchgehend die aktuellen Verfahrensanweisungen befinden.	Wird sowohl bei den Prozess- und internen Systemaudits als auch über die Neuregelung in Bezug auf Dokumentendatenbank und Intranet gelenkt und überprüft

Es muss einheitlich festgelegt werden, wie die Kontrolle von Medikamentenlieferungen auf dem Lieferschein dokumentiert wird und es muss diese Festlegung in der Folge durchgehend umgesetzt werden.	Wurde in den monatl. Stationsleitungssitzungen eingehend besprochen
Es muß sichergestellt werden, dass die Bestandsliste des Notfallkoffers mit dem Inhalt des Notfallkoffers übereinstimmt.	Wird überprüft
Empfehlungen	Aktivitäten
Es sollte darüber nachgedacht werden, die Nachfolgeregelung für den QMB frühzeitig vorzubereiten.	Die Nachfolgeregelung steht fest und ist im Protokoll der SELK Sitzung vom 11.07.06 aufgeführt.
Die EDV Abt. arbeitet in sehr beengten Räumen	Umzug der EDV Abteilung in neue Räume ab Jan. 07
Es sollte darauf geachtet werden, dass die Diagnosen auf den Aufnahmebelegen gemäß den Vorgaben des ICD 10 durchgehend dokumentiert werden.	Führung von Mängellisten im Pat. Sekretariat und ggfls. Intervention seitens des Ärztl. Direktors

12.2 Übersicht Tätigkeiten Verbesserungsprojekte PDCA Zyklus (8.5; 8.5.1)

Hier aufgeführt sind alle Vorhaben, Projekte 2006/7 für die entweder Projektvereinbarungen, Arbeitsaufträge oder Werkverträge bestehen, oder wo durch laufende Überwachung (z.B. Dokumentationsvisite) Verbesserungen erzielt werden sollen. Das sich durch den PDCA Zyklus laufend verändernde Originaldokument ist einsehbar unter BL QK DO 171. Grün sind abgeschlossene oder zu mehr als 50% fertige Projekte / Vorhaben, blau bedeutet geplant oder Zielerreichung unter 50%.

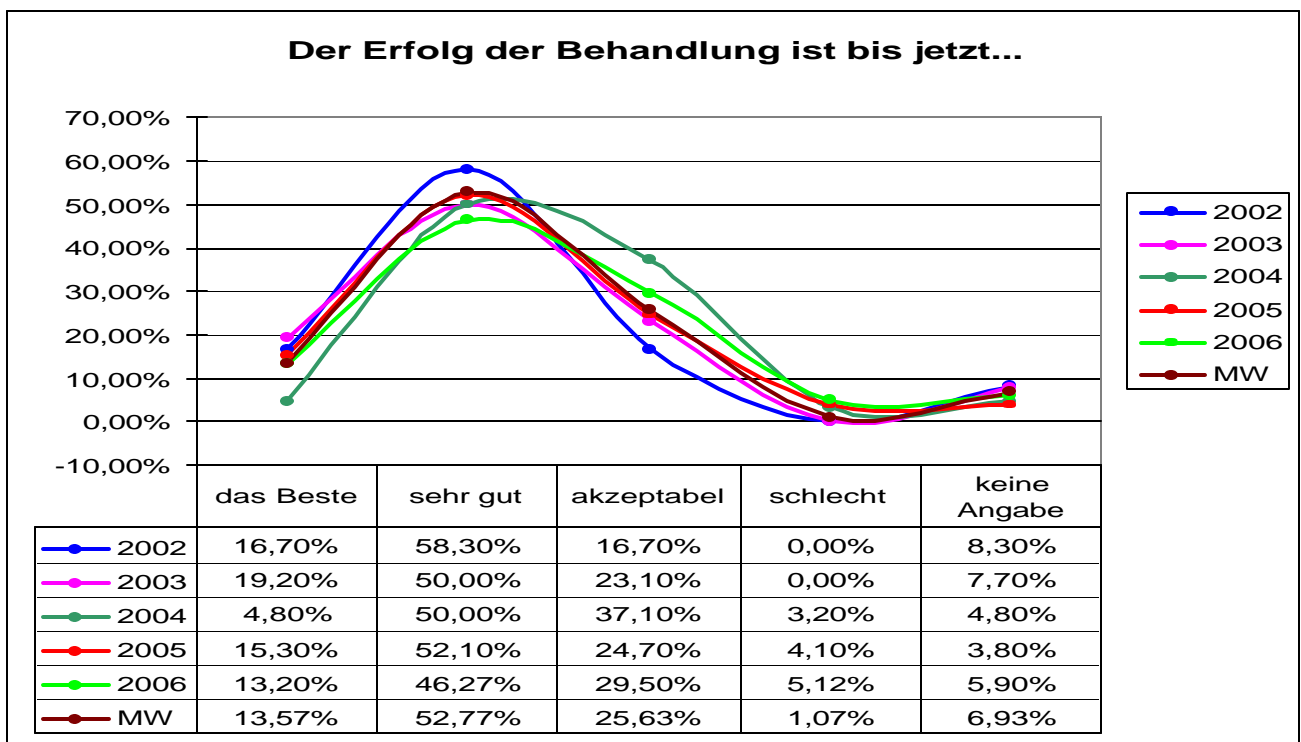
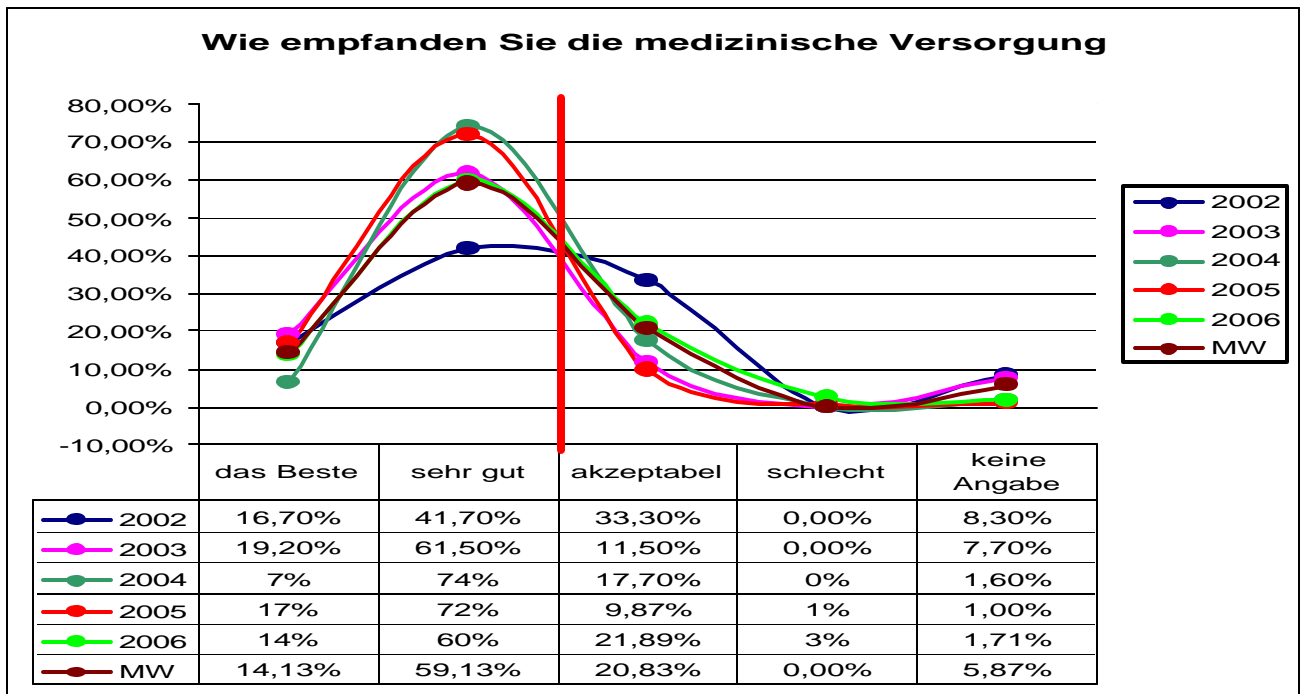


13 Statistiken (Auszüge) 8.4

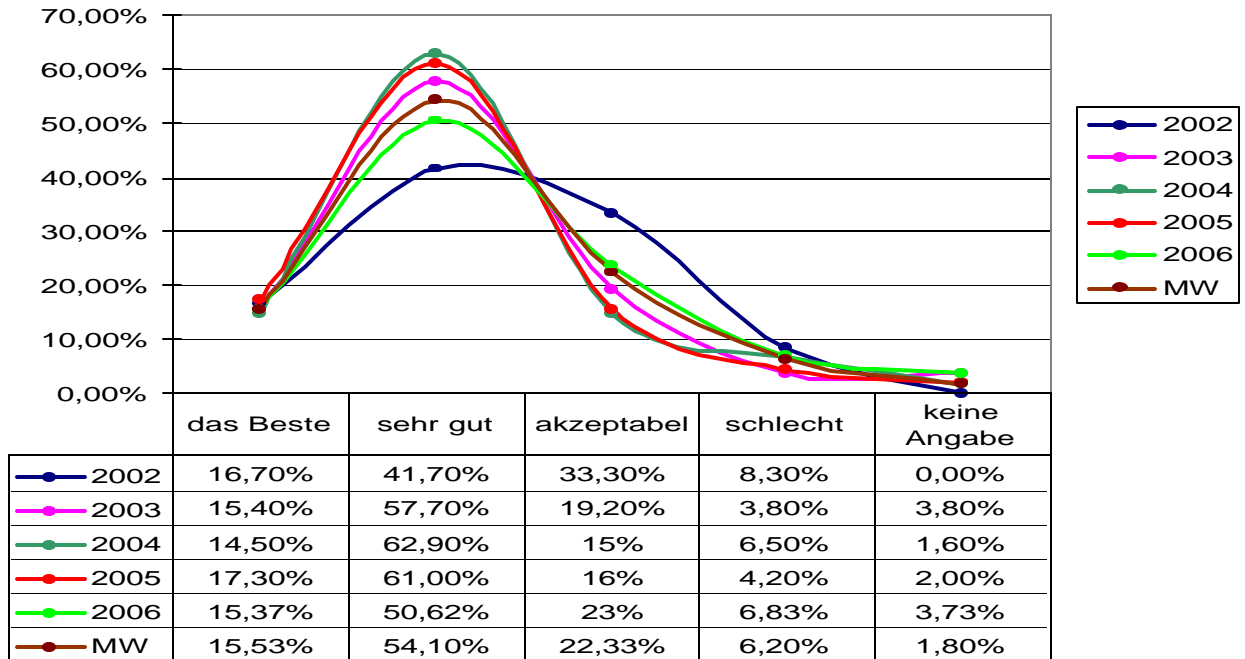
13.1 Befragungsergebnisse (Auszüge) (7.2.1, 7.2.1; 7.2.3; 8.2; 8.2.1)

Die gesamten Ergebnisse intern (2002 bis 2006) und extern (2000 und 2004 Befragung Metrik) einschließlich der Summaries liegen im Qualitätsmanagement vor

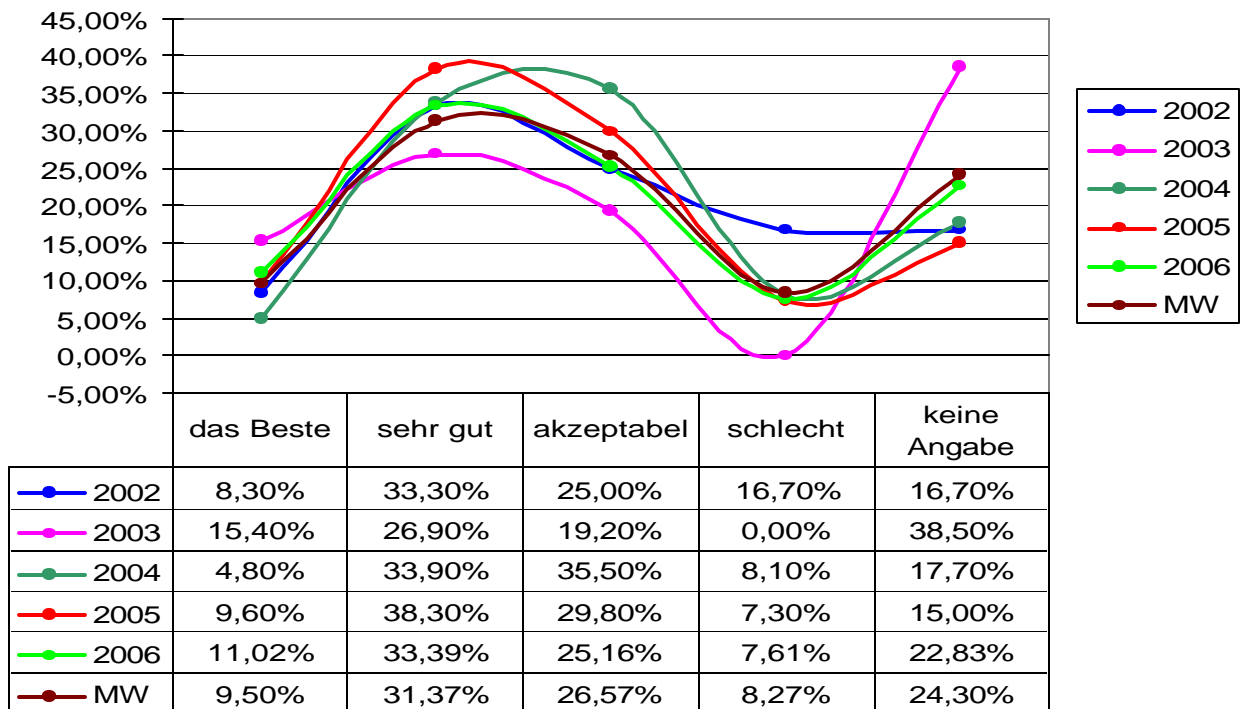
13.1.1 Interne Patientenbefragungen 2002 bis Okt. 2006 n = 2203 (7.2.2; 7.2.3; 8.2; 8.2.1)



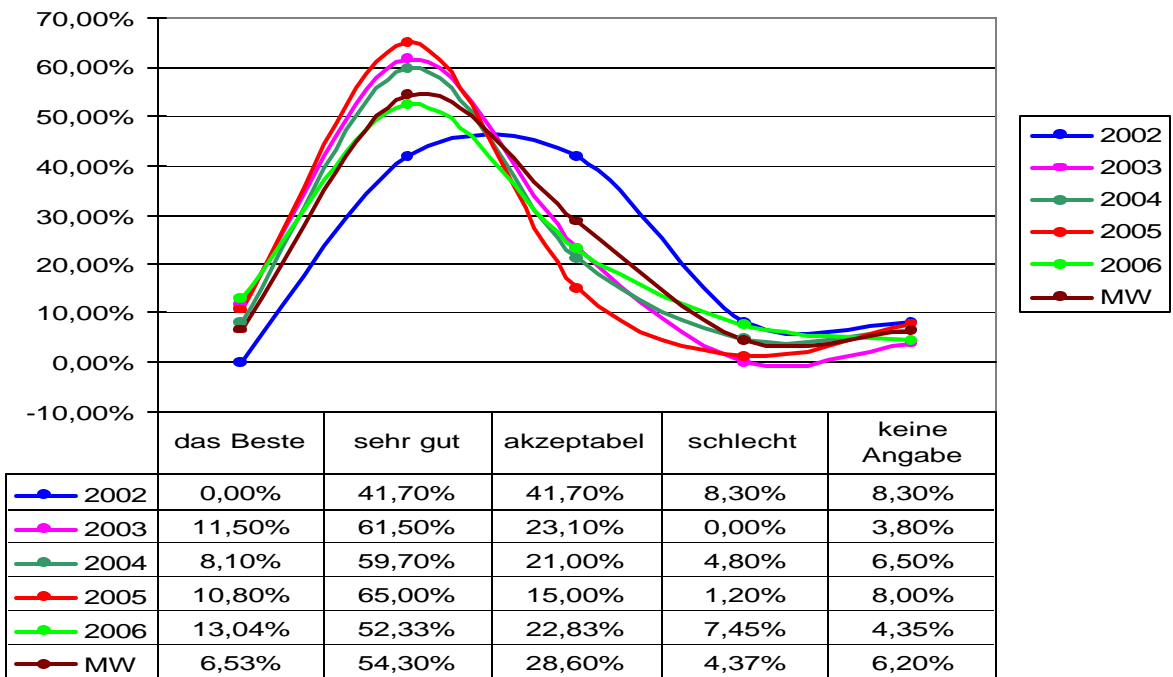
Meine Zufriedenheit mir den Einzelgesprächen ist...



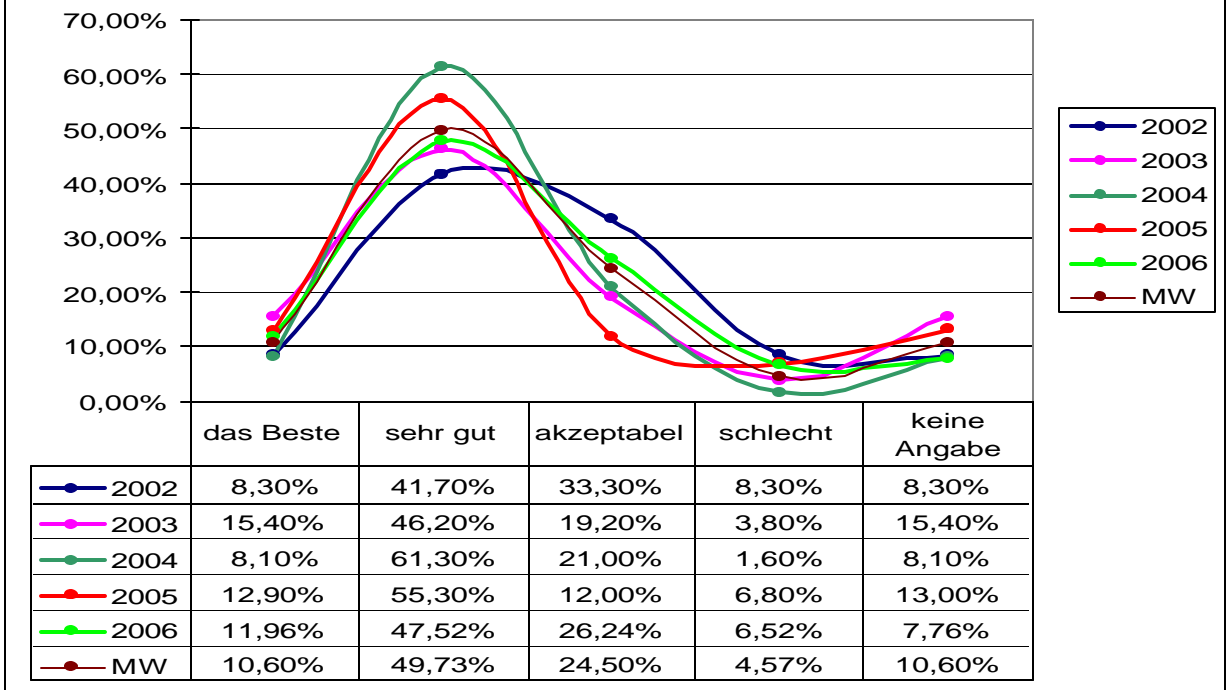
Die Art u Weise, wie meine Angehörigen in die Behandlung einbezogen worden sind..



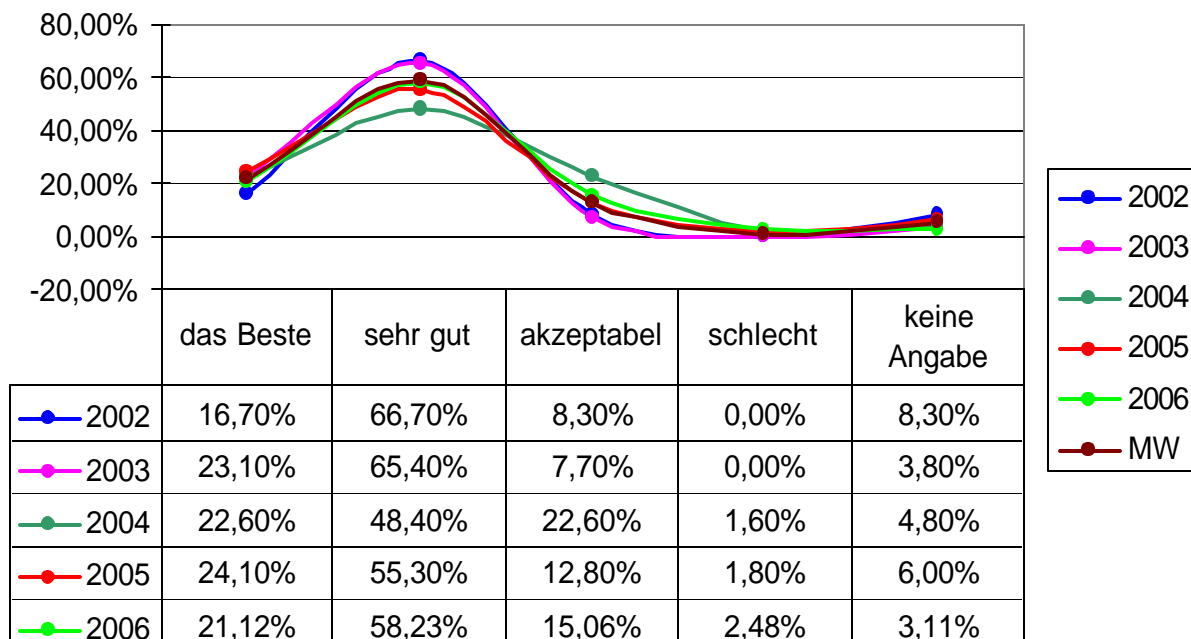
Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist...



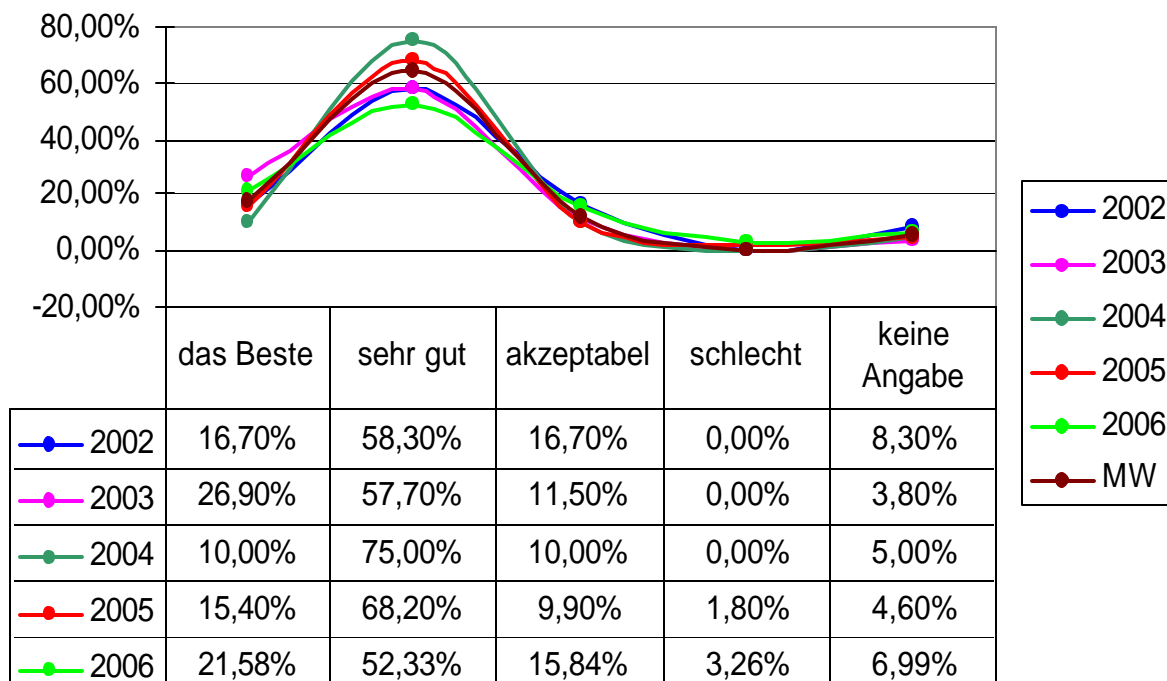
Die Einfühlsamkeit mit der ich über meine Krankheit informiert wurde ist...



Die tägliche Unterstützung durch die pfleger. MitarbeiterInnen ist...



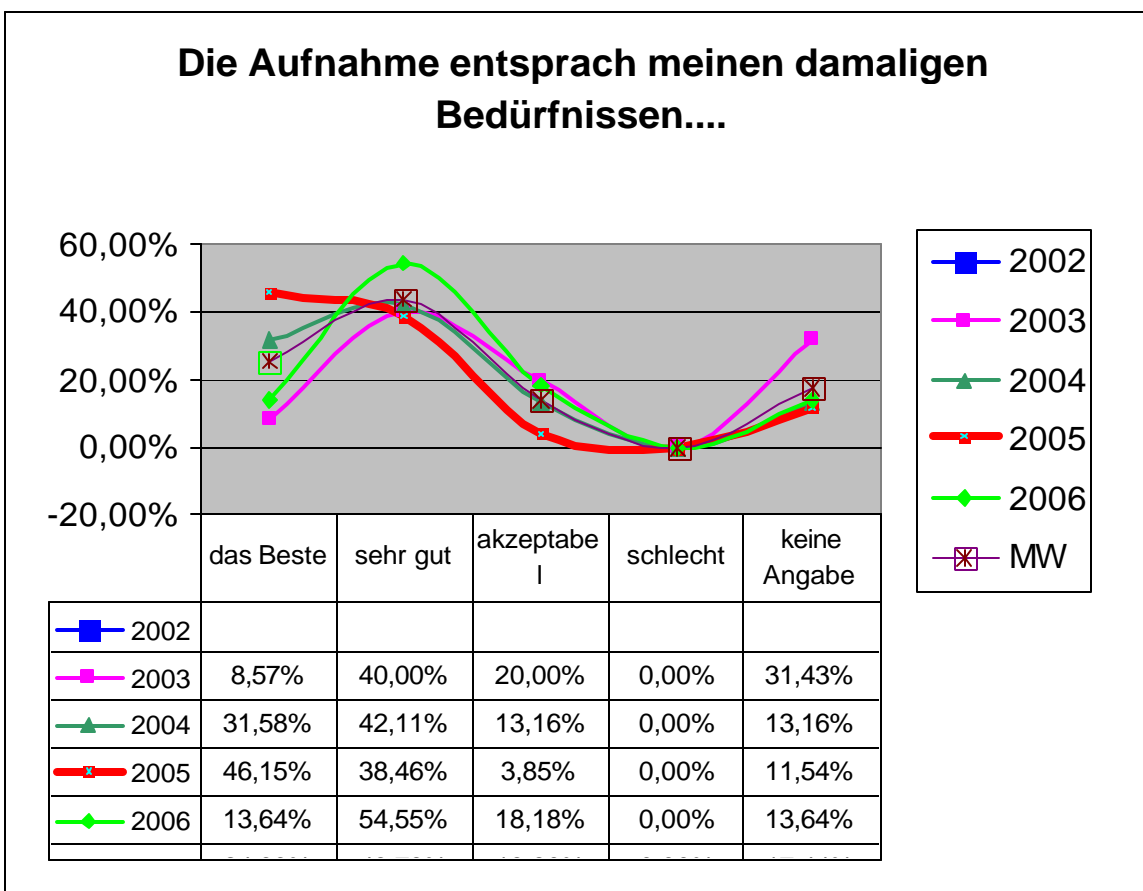
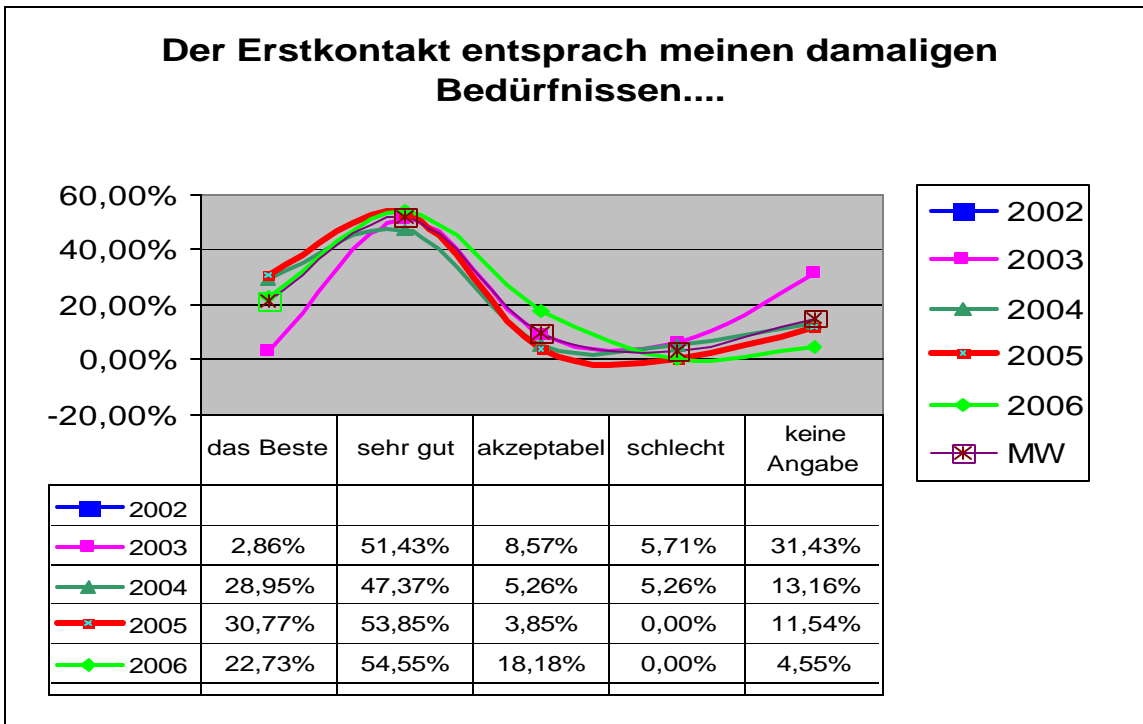
Ich werde dieses Krankenhaus weiterempfehlen als...



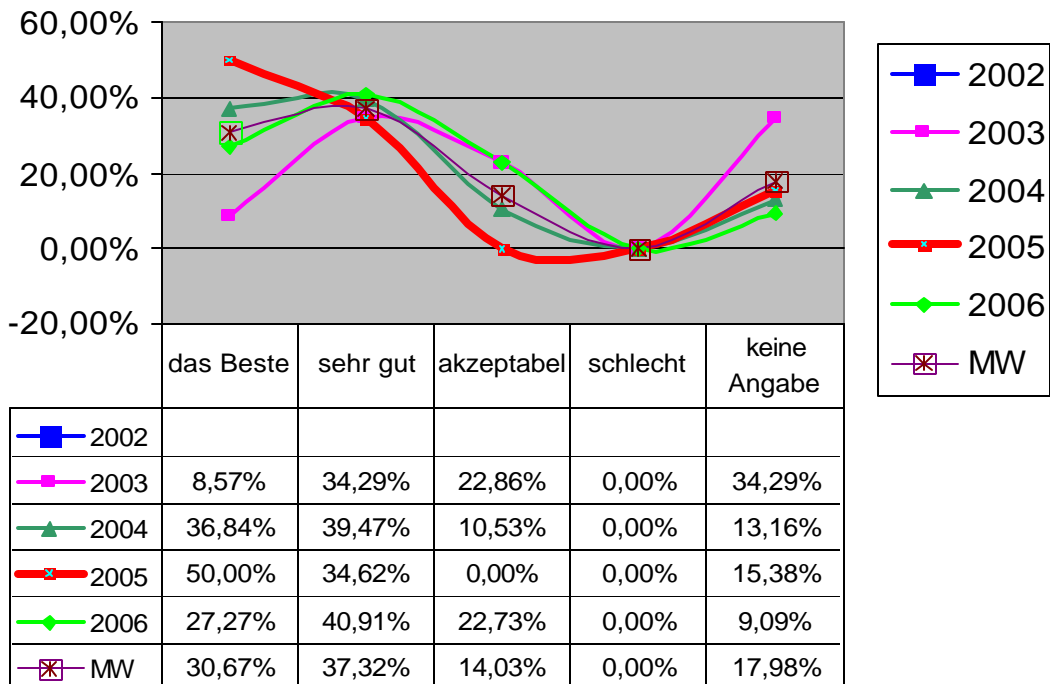
HINWEIS:

Bei den drei folgenden Auswertungen ist zu beachten, dass 2002 diese Frage nicht erhoben wurde, 2003 und 2004 nur in der Tagesklinik Erbach.

Ab 2005 wurden im Zuge eines Verbesserungsprozesses diese Fragen für das gesamte Haus mit in den Patientenfragebogen mit aufgenommen.



Die Therapie entsprach meinen damaligen Bedürfnissen....



Hinweis:

Es fällt auf, dass insgesamt einige Ergebnisse 2006 starken Schwankungen unterlagen, die teilweise hinterfragt werden müssen. Unter starken Schwankungen werden verstanden Schwankungen über 5% des Mittelwertes.

Eine Interpretation und evtl. daraus folgende Aktivitäten soll bis spätestens Ende 1. Quartal 2007 vorliegen.

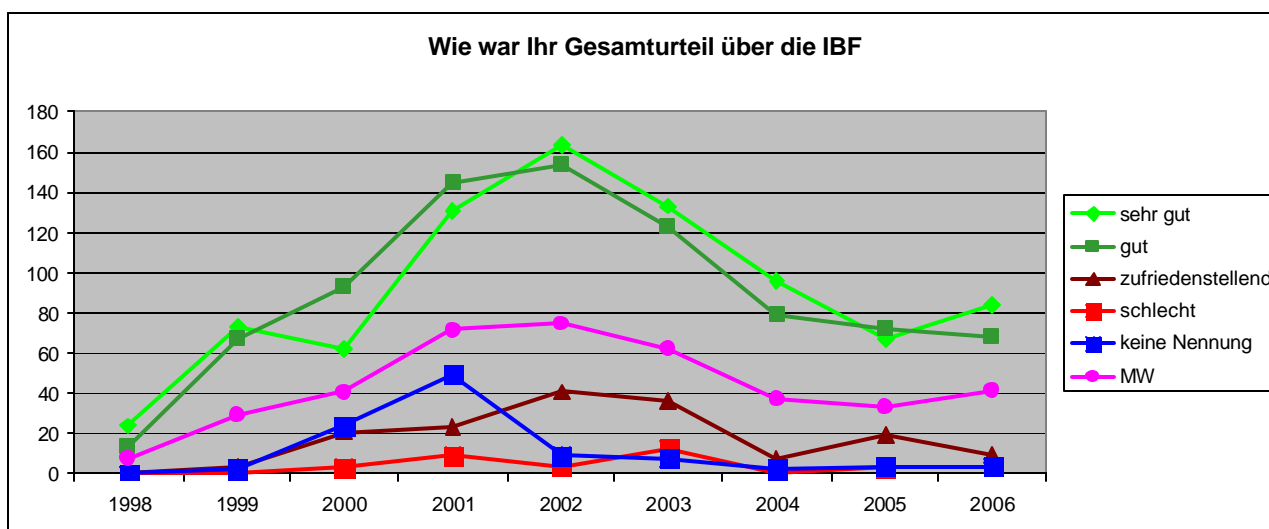
13.1.2 Kundenbefragung Fort- und Weiterbildungszentrum (Gesundheitsakademie Bergstrasse) am ZSP-Bergstraße 1998 bis Okt.06 Auszug (7.2.1) n = 1944

Von 1998 bis 2001 dem Qualitätsmanagement ab 2002 der Gesundheitsakademie Bergstrasse zugeordnet. Erfasst wurden interne und externe Kunden.

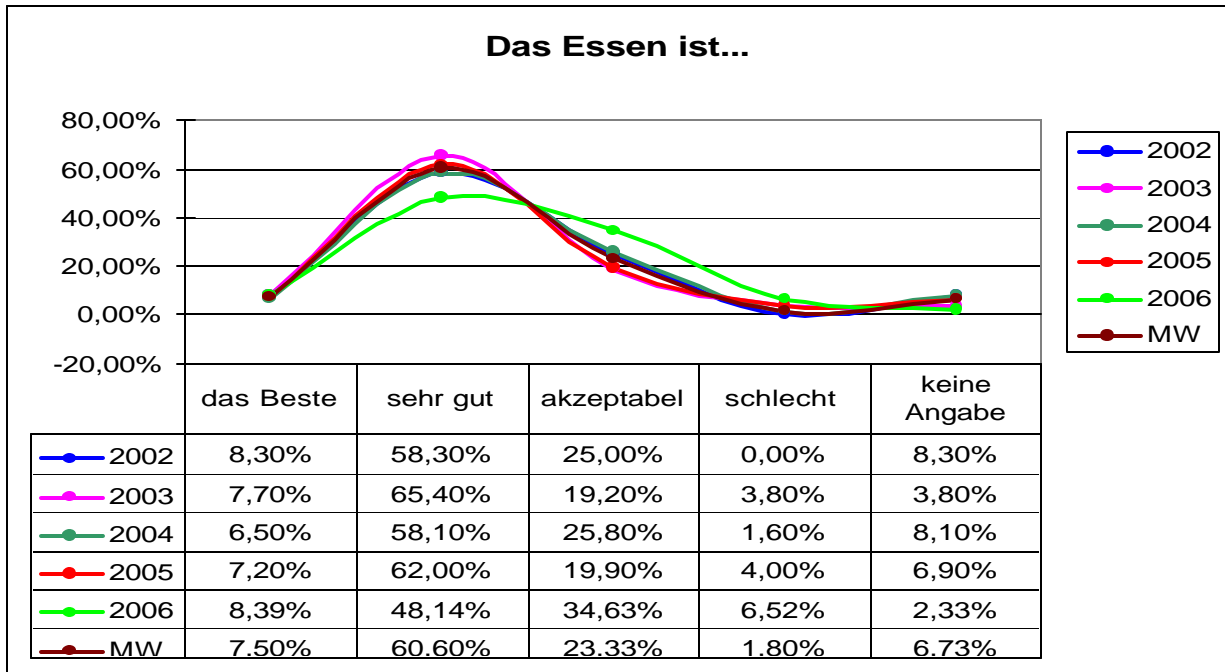
Wie ist Ihr Gesamturteil?

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
sehr gut	24	73	62	131	164	133	96	67	84	834
gut	14	67	93	145	154	123	79	72	68	815
zufriedenstellend	0	4	21	23	41	36	8	19	9	161
schlecht	0	0	3	9	4	12	1	3		32
keine Nennung	0	2	24	49	9	8	2	4	4	102

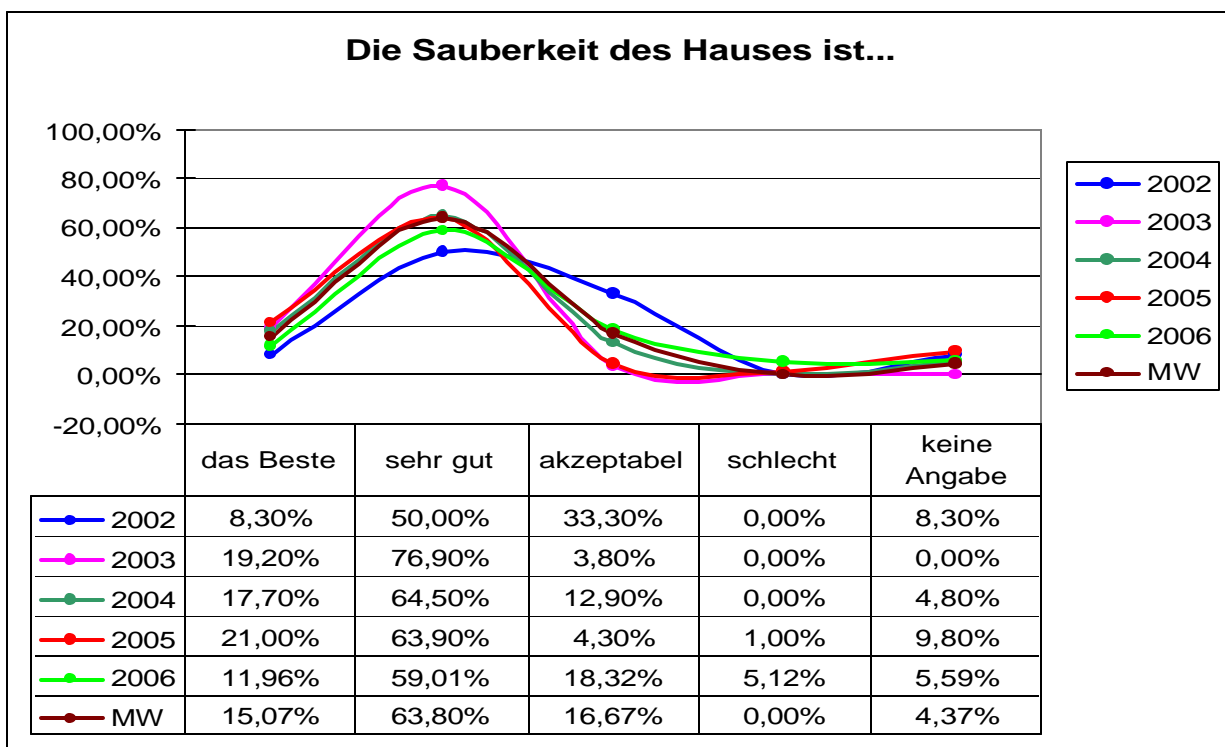
1944



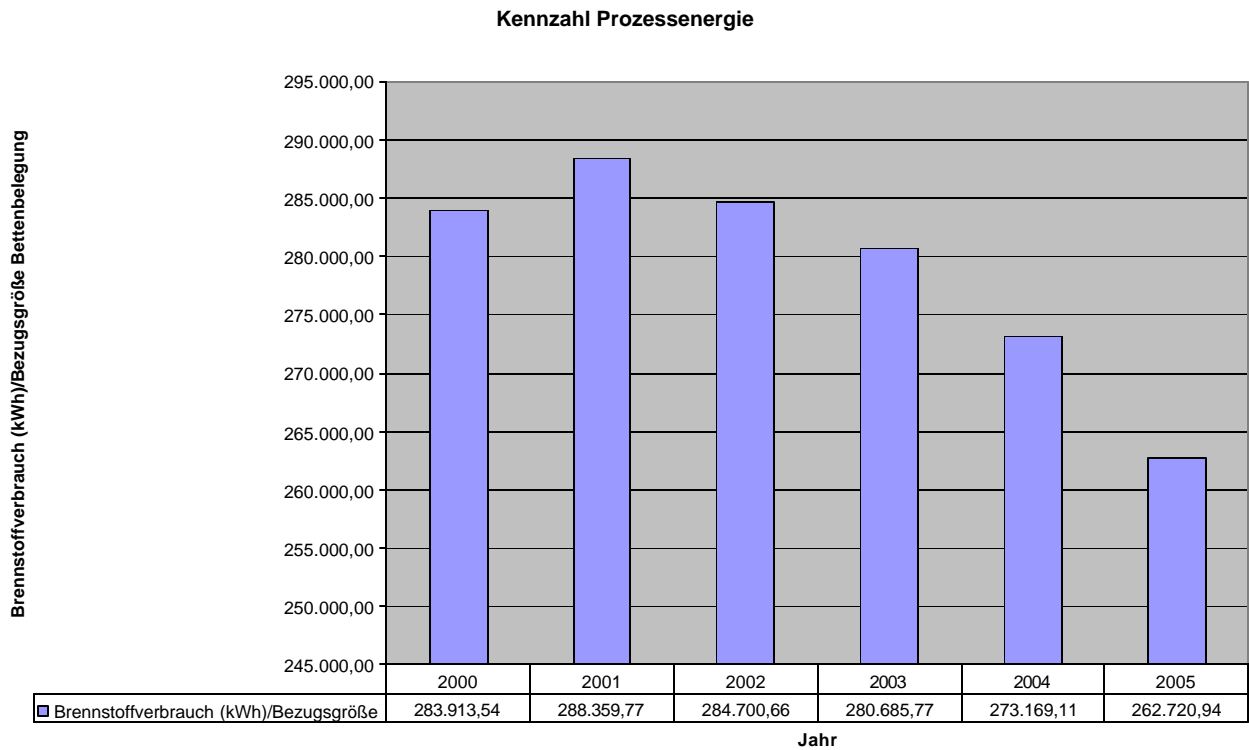
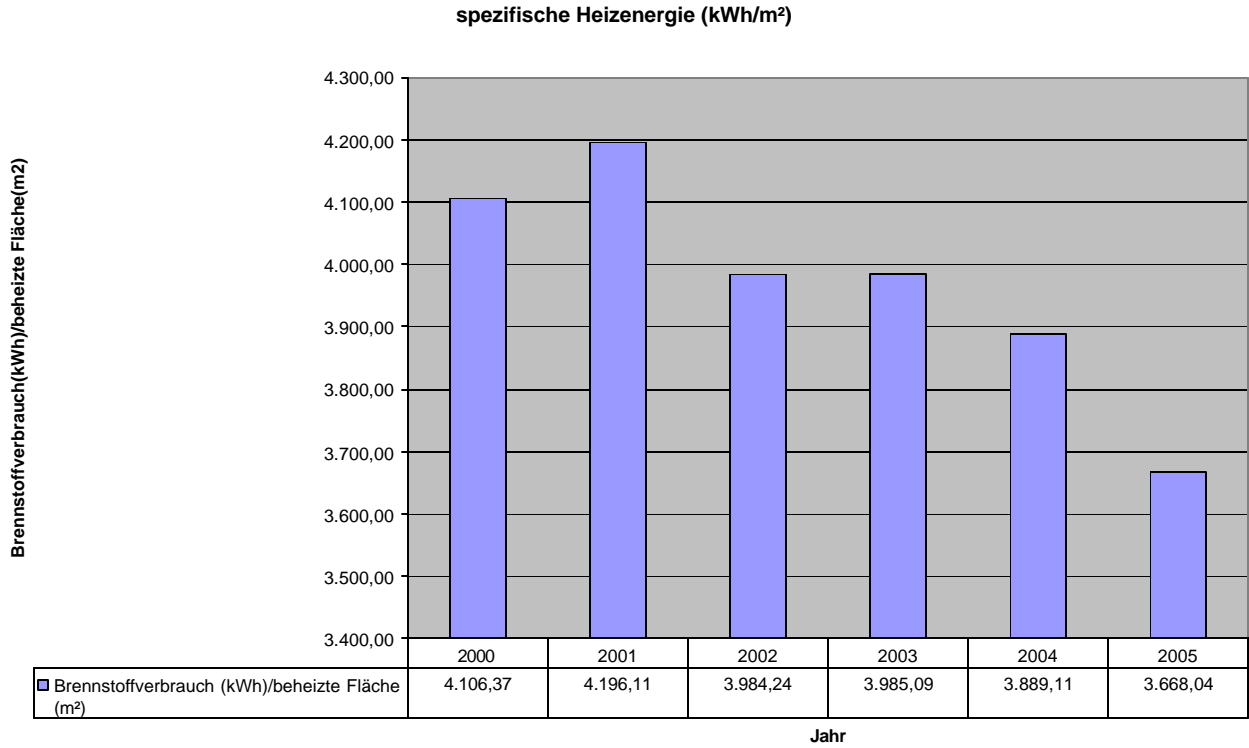
13.2 Ergebnisse der Küchenbefragung in % 2002 bis Okt 2006



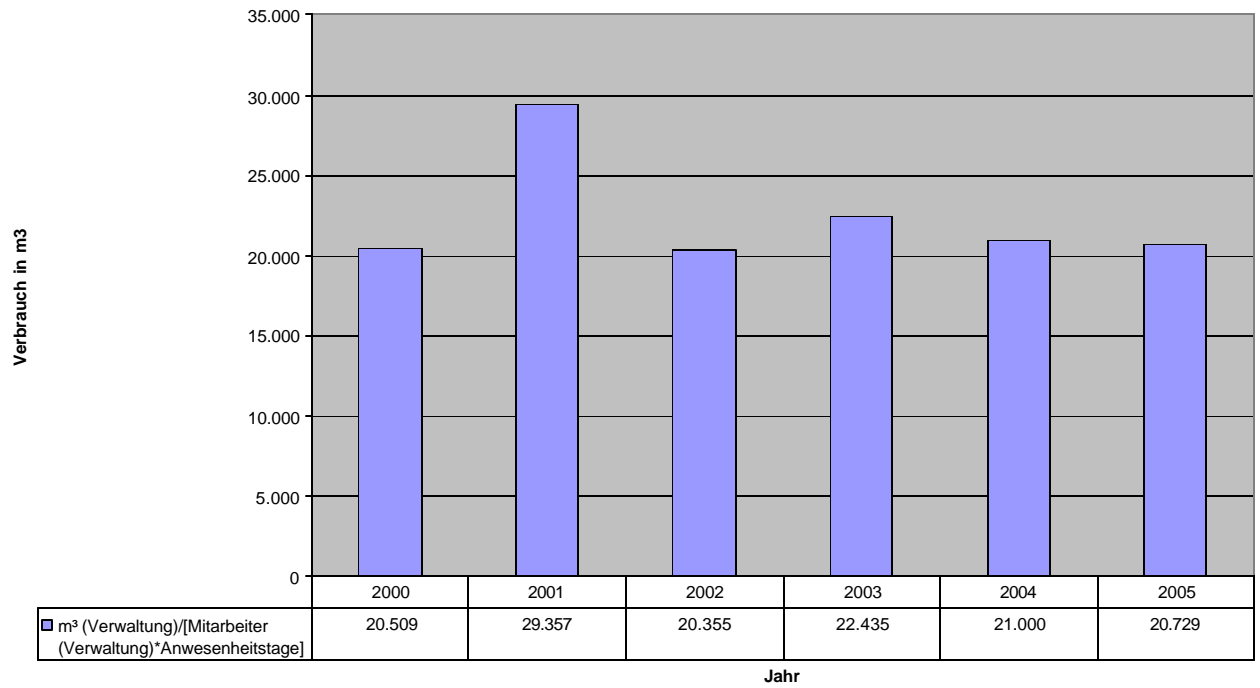
13.3 Ergebnisse der Befragung zur Sauberkeit des Hauses in % 2002 bis Okt 2006



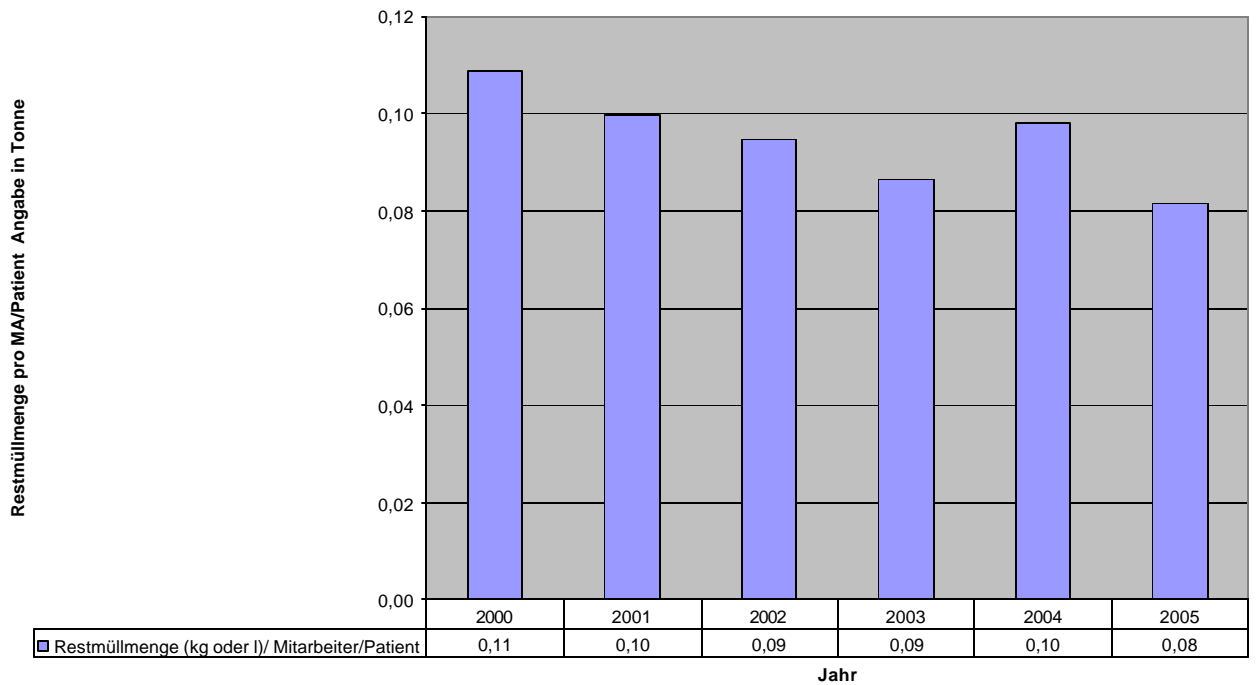
13.4 Auszüge aus den Statistiken Umweltmanagement



Wasserverbrauch im ZSP



Restmüllmenge im ZSP

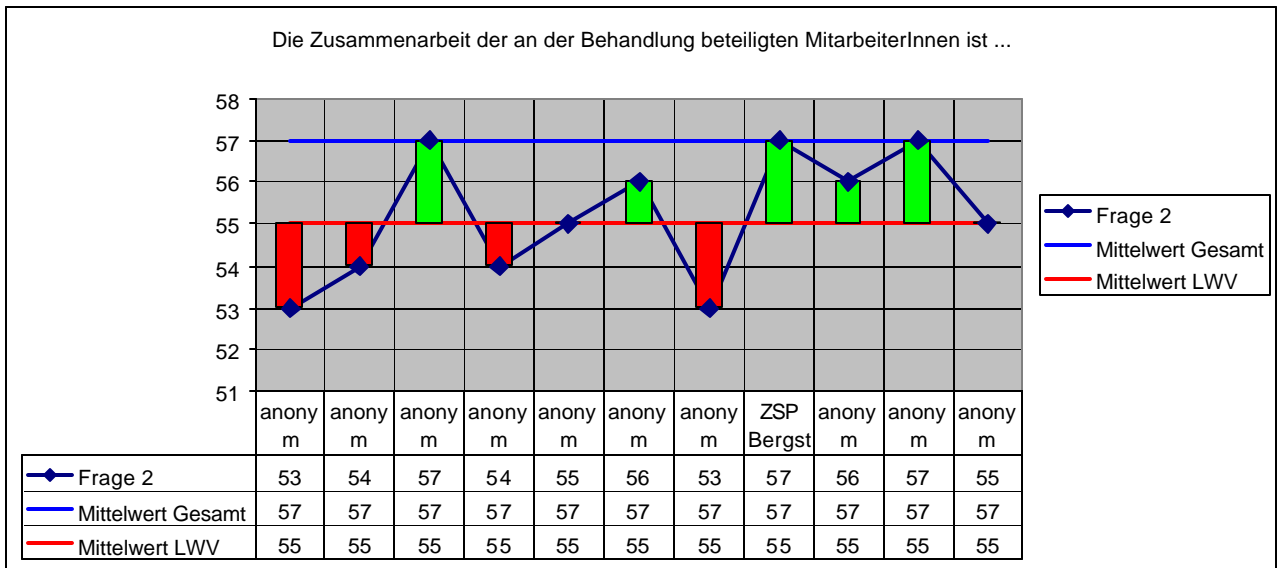
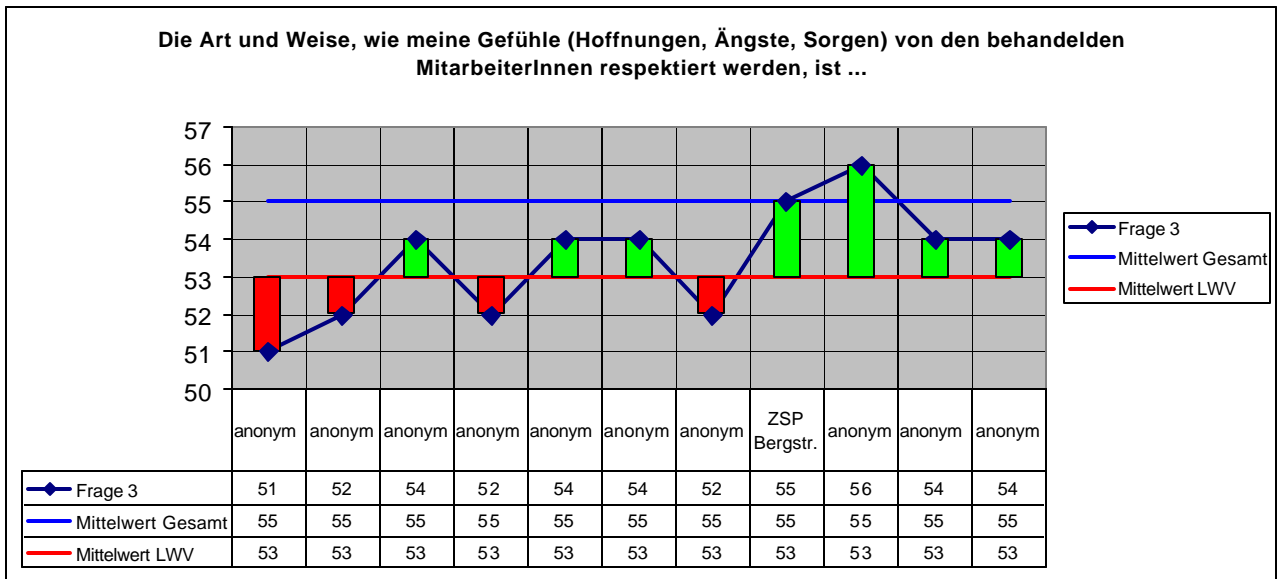


13.5 Das ZSP-Bergstraße im Vergleich mit 11 Häusern des LWV Hessen (8.2.1; 8.4; 8.5; Benchmark)

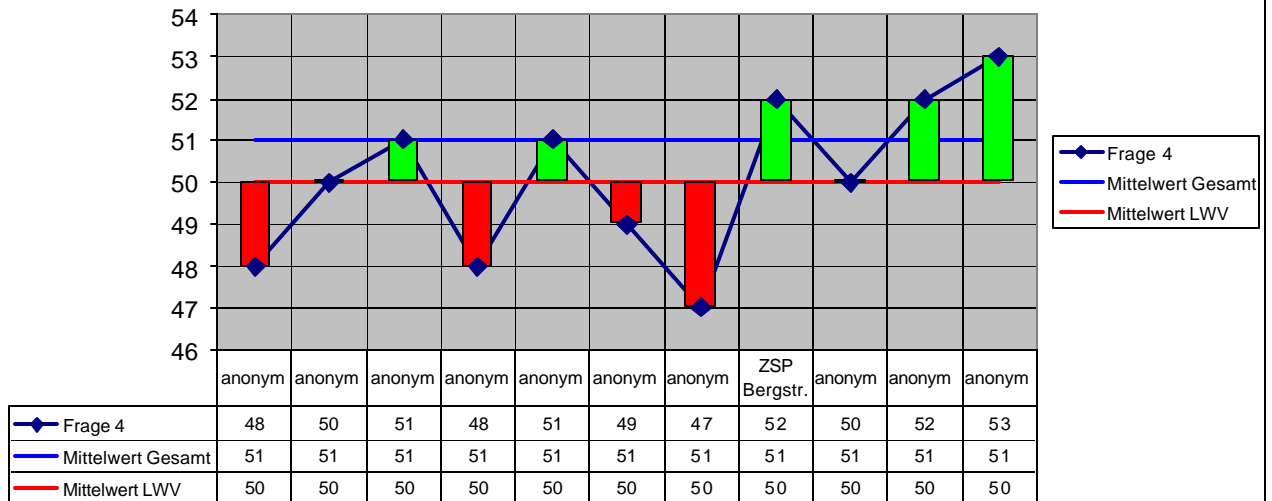
HINWEIS: Die rote Linie weist den Durchschnitt der LWV Häuser aus, die blaue Linie den Durchschnitt aller befragten Psychiatrien (n= 120). Hier ist zu bemerken, dass ein Grossteil der befragten, nicht zum LWV-Hessen gehörigen, Psychiatrien keine Psychiatrischen Kliniken sind, sondern Abt. in somatischen Häusern.

Diese Daten stammen aus 2004 und waren z.T. Auslöser für Verbesserungsprojekte 2004/2005.

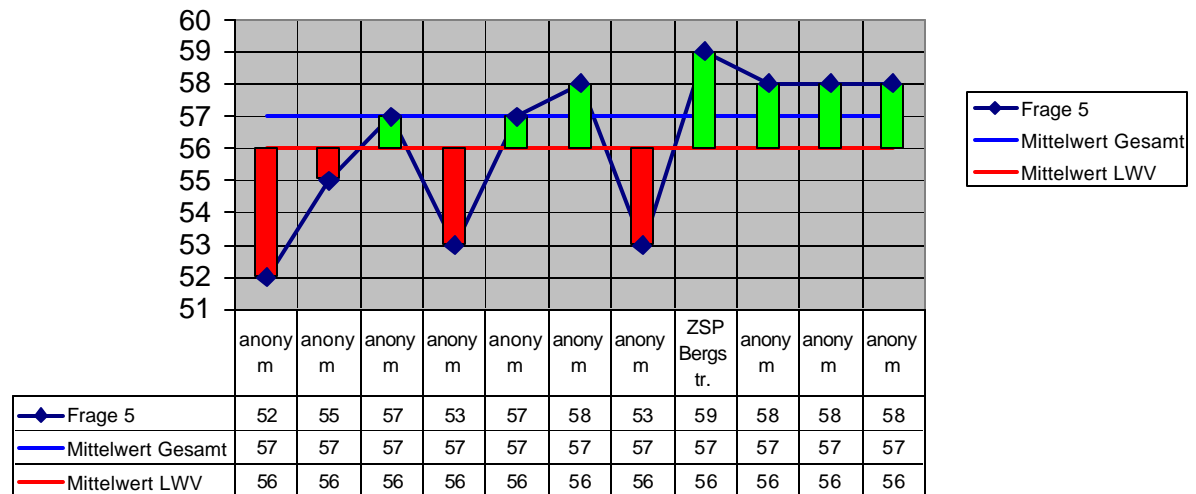
Die Patientenbefragung für das Jahr 2006 wurde ausgesetzt. Das Projekt „Benchmark“ und das Projekt einer einheitlichen Befragung aller LWV Häuser durch den Arbeitskreis der Qualitätsbeauftragten des LWV weist aus, dass erst 2007 wieder eine Befragung durchgeführt werden soll, um zu einen einheitlichen Rhythmus zu kommen



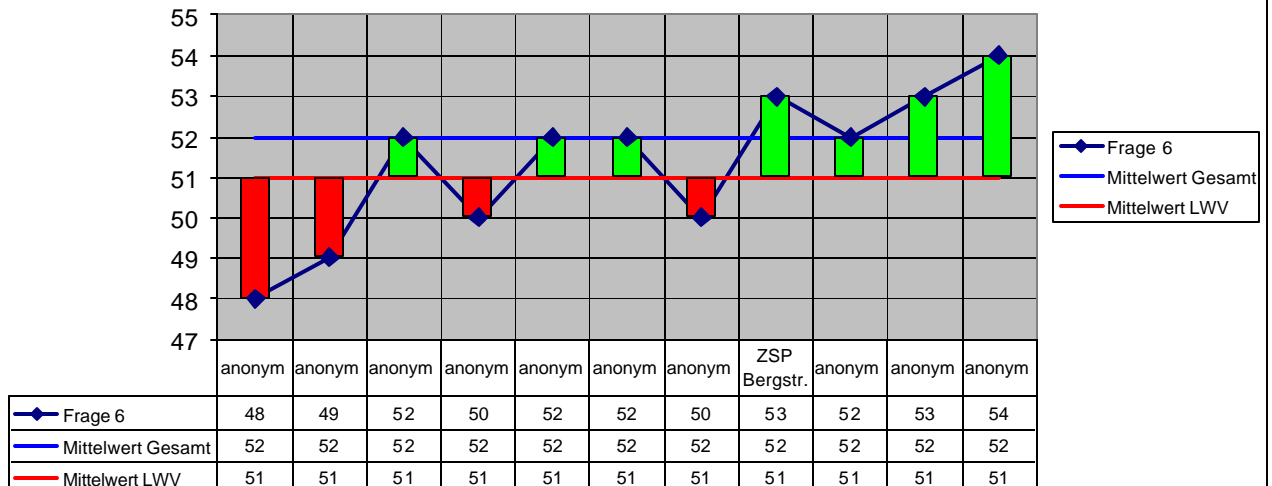
Die Offenheit des Stationsteams für Anregungen und Verbesserungsvorschläge ist ...



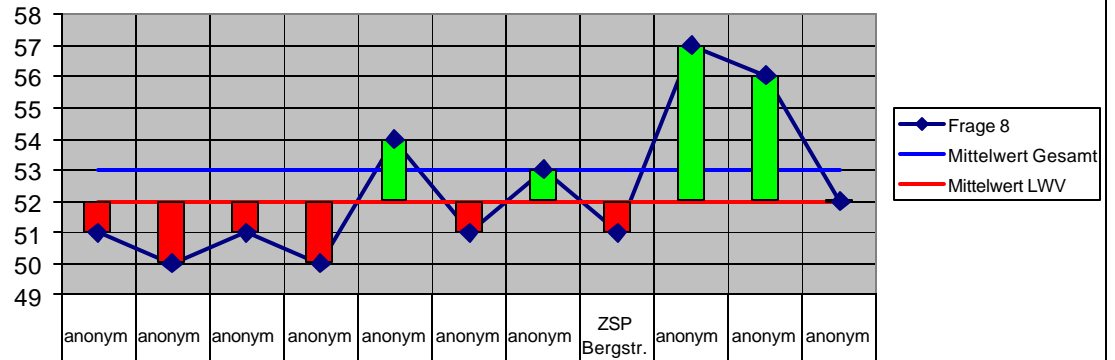
Die tägliche Unterstützung durch die pflegerischen MitarbeiterInnen ist ...



Die Auskünfte der pflegerischen MitarbeiterInnen über die Abläufe im Krankenhaus sind ...

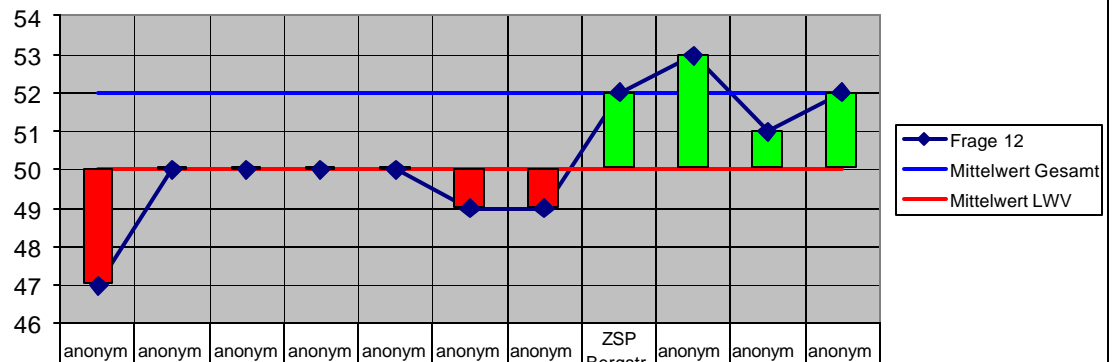


Die Ausschilderung und die Möglichkeiten, sich im Haus zu orientieren, ist ...



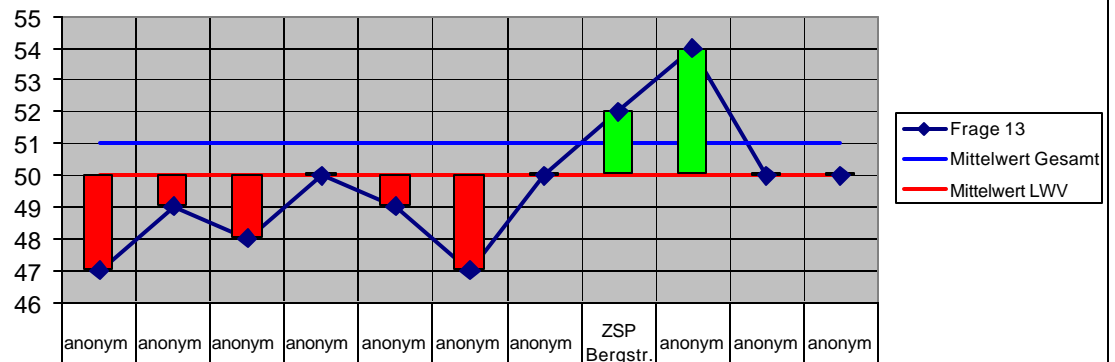
◆ Frage 8	51	50	51	50	54	51	53	51	57	56	52
— Mittelwert Gesamt	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
— Mittelwert LWV	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52

Die Einfühlsamkeit, mit der ich über meine Erkrankung informiert werde, ist ...



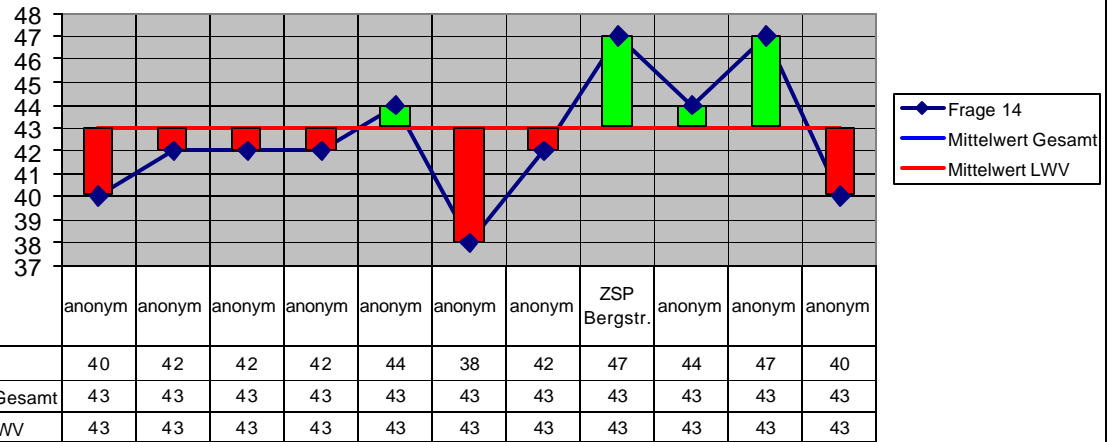
◆ Frage 12	47	50	50	50	50	49	49	52	53	51	52
— Mittelwert Gesamt	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
— Mittelwert LWV	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

Die Aufklärung durch die Ärzte über Behandlung und Verlauf meiner Krankheit ist ...

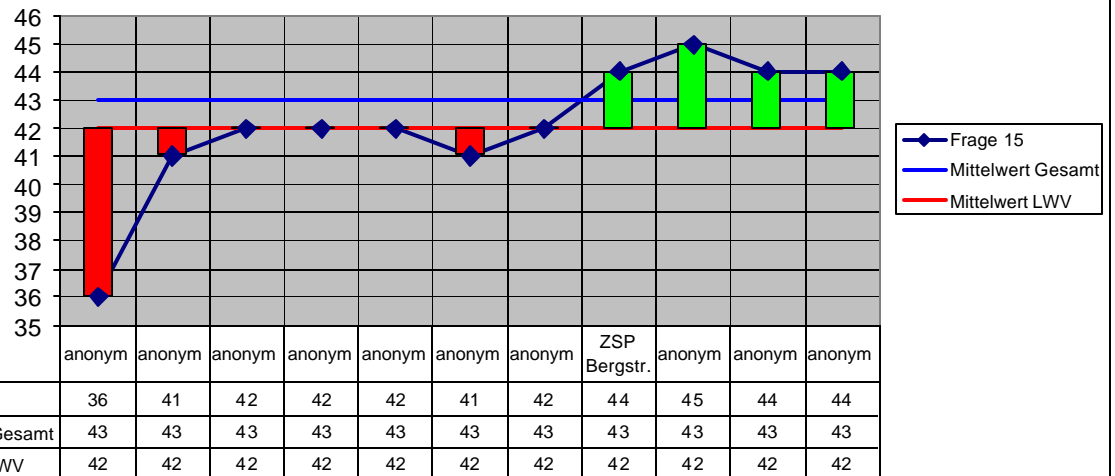


◆ Frage 13	47	49	48	50	49	47	50	52	54	50	50
— Mittelwert Gesamt	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
— Mittelwert LWV	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

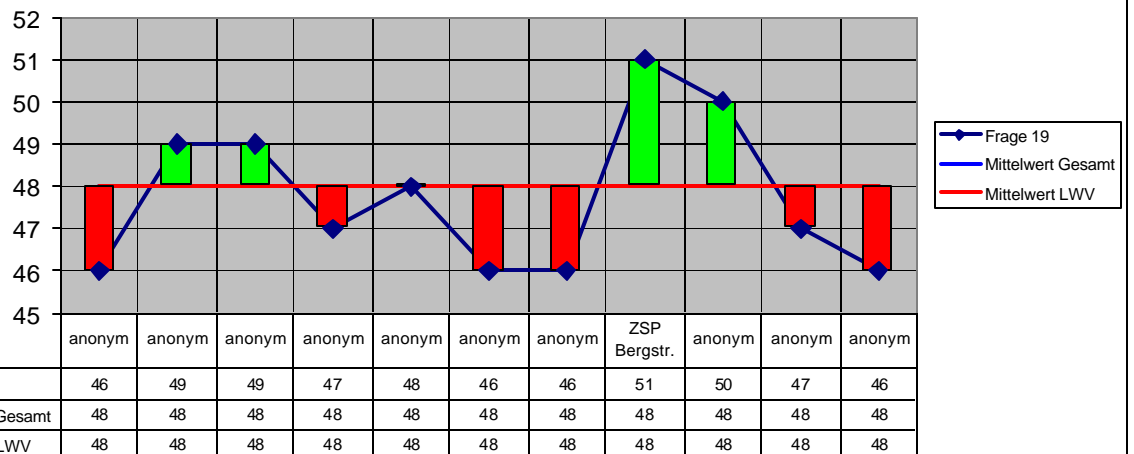
**Die ärztliche Aufklärung über Wirkung und Nebenwirkung meiner Medikamente
(Psychopharmaka) ist ...**



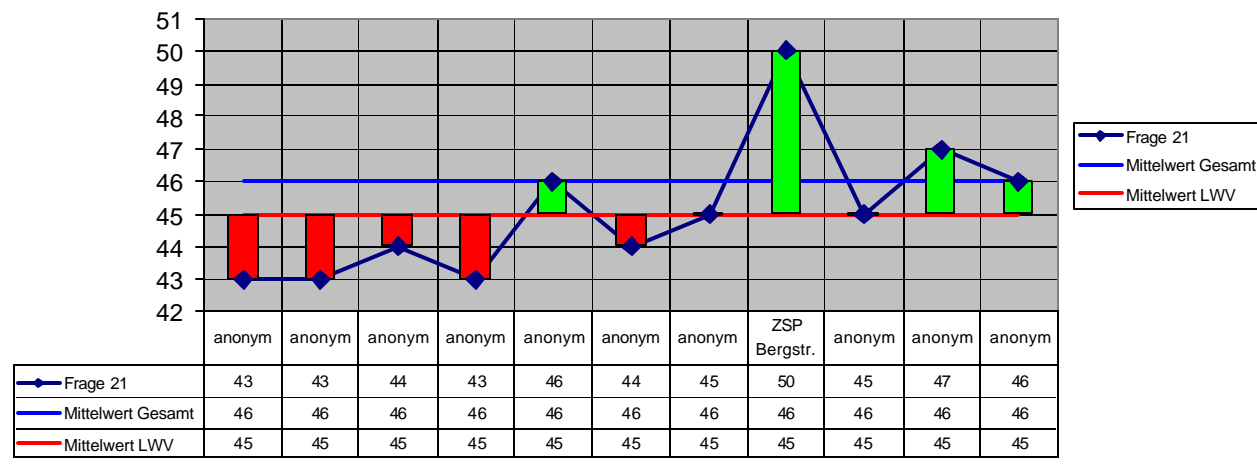
Die Möglichkeiten, den Behandlungsplan mitzugestalten, sind ...



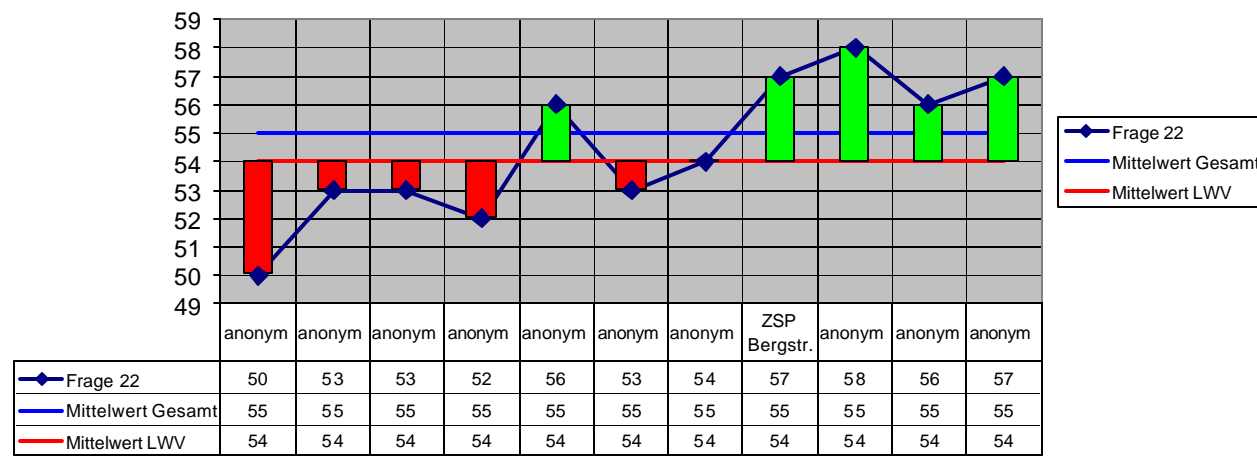
Der Erfolg der Behandlung ist bis jetzt ...



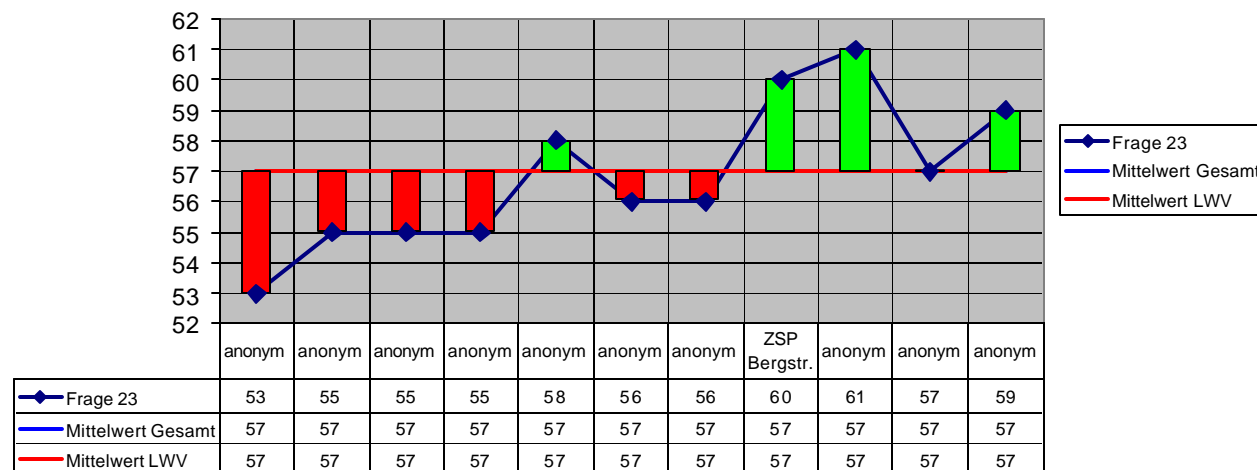
Die Art und Weise, wie meine Angehörigen in die Behandlung mit einbezogen werden, ist ...



Mein Gesamturteil aufgrund all meiner Erfahrungen mit diesem Krankenhaus ist ...

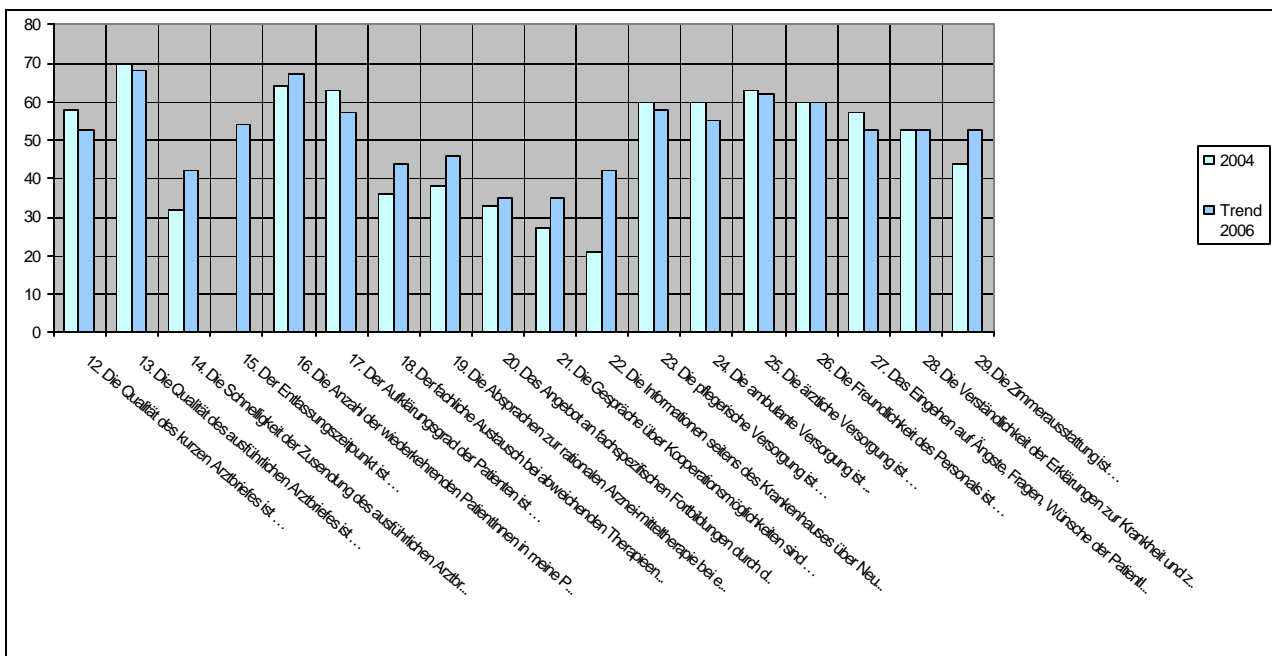
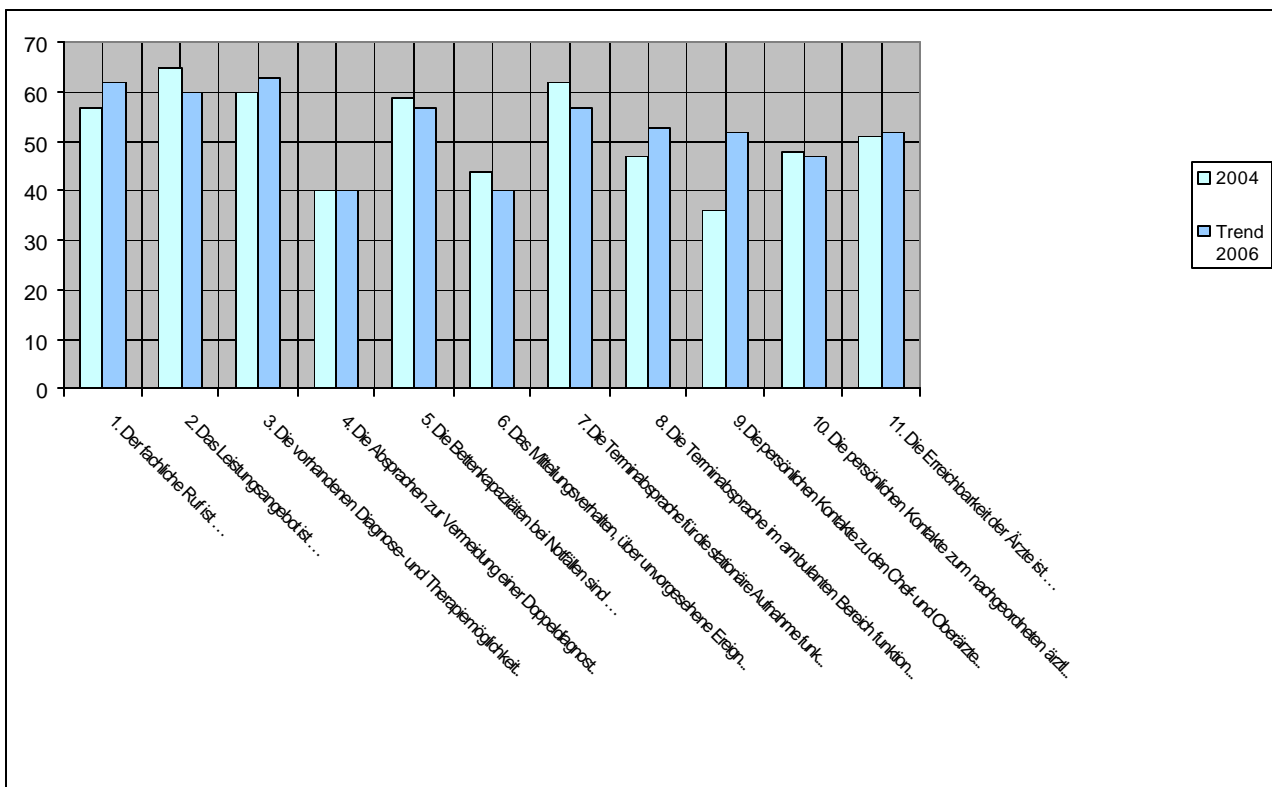


Ich werde dieses Krankenhaus weiterempfehlen als ...



13.6 Ergebnisse der Zuweiserbefragungen 2004 und 2006

Die Zuweiserbefragungen werden von der Forschungsgruppe Metrik durchgeführt. Für 2006 nur eine Trendanzeige da die Befragung am Tag der Freigabe des Qualitätsberichtes noch nicht abgeschlossen ist.



14 Managementbewertung (5.6)

14.1.1 Managementbewertung nach DIN ISO 9001:2000

Diese Tabelle gibt Auskunft über die Ergebnisse der Managementbewertung nach TQU aus dem Zeitraum Juli und Okt. 2004 sowie Oktober 2005 und Oktober 2006 auf der Basis der DIN ISO 9001:2000 und teilweise der DIN ISO 14001:2005

Das Ergebnis zeigt, dass das Ziel, den Wirkungsgrad des QM-Systems um min. 2% zu erhöhen, erfolgreich erreicht worden ist (Steigerung um 3,89 %), der Mittelwert der Aktionszahlen ist von 172 auf 146 gesunken.

Aktionszahl 2006	Aktionszahl Okt 05	Aktionszahl Okt 04	Aktionszahl Juli 04
---------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------

Summen:	1890	1588	1502	14864	MW	146,08	171,95	196	220
	erreichte Punktzahl Gewichtung*Erfüllung:					14864	14129	13478	12935
	maximale Punktzahl Gewichtung*10					18900	18900	18900	18900
	erreichter Wirkungsgrad in Prozent:					78,65	74,76	71,31	68,44
	Mittelwert Aktionszahl:					146	172	196	220

14.1.2 Managementbewertung nach DIN ISO 14001:2005

Da das ZSP-Bergstrasse auch nach DIN ISO 14001:2005 zertifiziert ist, hier die Ergebnisse der Managementbewertung nach dieser Norm. Auch hier zeigt das Sinken der Aktionszahl von 149 2005, auf 131 2006, sowie die Veränderung des Wirkungsgrades von 74,4% auf 77,4% eine ständige Verbesserung des Systems.

Eine Managementbewertung für 2006 wird im Frühjahr 2007 vorgenommen, wenn die Umweltzahlen für 2006 vorliegen.

Managementbewertung: Umweltmanagementsystem DIN ISO 14001:2005					2005	2004	2003
Summen:	1323	1098	922	10240	131	149	187
erreichte Punktzahl Gewichtung*Erfüllung:				10240	9848	9152	
maximale Punktzahl Gewichtung*10				13230	13230	13230	
erreichter Wirkungsgrad in Prozent:				77,4	74,4	69,2	
(der tatsächlich erreichte Wirkungsgrad ist höher, da in dieser Berechnung die Nullwerte wegen nicht zutreffender Forderungen etc. mit enthalten sind).							
Mittelwert Aktionszahl:				131	149	187	

Die ausführlichen Managementbewertungen sowie deren Interpretationen liegen zur Einsicht beim Qualitätskoordinator.

15 Häufige Begriffe und deren Erläuterungen (3)

Begriff	Erläuterung
Arbeitsgemeinschaften (AG)	Siehe Projekte
Generalplan	Der Generalplan zeigt alle geplanten und durchgeführten Projekte und Teilprojekte auf, die sich aus der 1998 durchgeführten Problemanalyse ergeben haben und notwendig sind, die Ziele des Leitbildes und eine Zertifizierung nach DIN ISO 19011,14001 sowie evtl. KTQ zu erreichen, <u>BL QK DO 132</u> und ist erstellt mit MS Projekt
Kunde	Das ZSP-Bergstraße macht in seinem Leitbild keinen Unterschied zwischen Kunden und Lieferanten. Wir unterscheiden lediglich interne und externe Kunden. Unter internen Kunden verstehen wir: <ul style="list-style-type: none">• Alle MitarbeiterInnen des ZSP-Bergstraße. Dazu zählen auch ehemalige MitarbeiterInnen die im Ruhestand leben. Unter externen Kunden verstehen wir: <ul style="list-style-type: none">• Patienten• Zuweiser• Lieferanten• Institutionen und Verbände im Versorgungsgebiet• Kostenträger• Krankenhäuser, Heime und amb. Pflegedienste• Externe TeilnehmerInnen im Bereich der IBF Managementbewertungen werden durchgeführt: <ul style="list-style-type: none">• Nach den jährlichen externen Systemaudits (third party) zertifizierter Bereiche des ZSP-Bergstraße.
Managementbewertung nach TQU	Sie richten sich nach den Vorgaben der Managementbewertung nach TQU und sind festgeschrieben in <u>BL QK DO 134</u> . Sie listen den aktuellen Erreichungsgrad des Qualitätsmanagements nach DIN ISO 9001:2000 und der DIN ISO 14001:2005 des ZSP-Bergstraße, nach Kennzahlen auf und geben Hinweise auf notwendige Verbesserungen in Form einer Prioritätenliste.

Problemanalyse	<p>Erster Schritt im ZSP-Bergstraße in der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems.</p> <p>Die Problemanalyse ist eine vernetzte Ursachen - Wirkungsanalyse nach den Vorgaben der Zielorientierten Projektplanung (management by objectives)</p>
Projekte Projektvereinbarungen	<p>Teilaufgaben, die in Arbeitsgemeinschaften (AG) nach Vorgabe durch Projektvereinbarungen bis zur Implementierung erarbeitet werden.</p> <p>Projekte entstehen aus den Vorgaben der Problemanalyse, gesetzliche Vorgaben, festgestellten Mängeln durch interne oder externe Kunden, Audits oder aus dem Vorschlags- und Verbesserungswesen.</p> <p>Die Handhabung von Projekten über Projektvereinbarungen ist festgeschrieben in <u>BL QK PB 019</u>, die Gesamtprojektplanung ist einsehbar in <u>BL QK DO 132</u></p>
Prozessbeschreibungen	<p>Prozessbeschreibungen regeln komplexe Abläufe, bei denen eine oder mehrere MitarbeiterInnen verschiedenen Berufsgruppen zusammenarbeiten und Entscheidungen fällen müssen, z.B. die Aufnahme einer/eines Patienten/Patientin auf der Abteilung, Materialbestellung, Urlaubsanträge etc.</p> <p>Prozessbeschreibungen werden i. d. R. mit dem EDV Programm "Flow Chart 7.0" erarbeitet, es gilt die Basispalette für die Symbole.</p> <p>Die Symbole sind festgeschrieben in <u>BL QK DO 010</u></p>
ProzesseignerIn	<p>Verantwortlich für die ordnungsgemäße Durchführung aller beschriebenen Prozesse, Verfahrensanweisungen oder Tätigkeitsbeschreibungen im eigenen Bereich, Station, Tagesklinik.</p> <p>Verantwortlich in Zusammenarbeit mit den Prozessverantwortlichen für das gesamte QM Handbuch im eigenen Bereich, Station, Tagesklinik im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung sowie für die Vorbereitung und ordnungsgemäße Durchführung von Audits nach DIN ISO 19011</p>
Prozessverantwortliche(r)	<p>Verantwortlich in Delegation für die laufende Beobachtung ihnen zugeteilter beschriebener und freigegebener Prozesse, Verfahrensanweisungen, Tätigkeitsbeschreibungen in Bezug auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wirksamkeit (Validierung) • Mängel • Verbesserung • Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen

Qualitätsbeauftragte(r) (QMB)	Zu max. 49% (Stellvertretung QK und QMB in Erbach und Bensheim) bzw. 25% (andere QMBs) ihrer Jahresarbeitszeit freigestellte MitarbeiterInnen, verantwortlich in der Hilfestellung in den ihnen zugewiesenen Bereichen, Stationen, Tageskliniken bei der Entwicklung und laufenden Verbesserung der dezentralen QM Handbücher (siehe Stellenbeschreibung)
QualitätskoordinatorIn (QK)	Stabsstelle der Betriebsleitung, Verantwortlich für Entwicklung, Steuerung und Koordination des gesamten Qualitätsmanagementsystems (siehe <u>Stellenbeschreibung</u>)
QualitätsmoderatorInnen	Verantwortlich im Team bei der Entwicklung und Verbesserung der QM Handbücher in Zusammenarbeit mit den Qualitätsbeauftragten
Qualitätszirkel	<p>Oberbegriff für zu erstellende Projekte, deren Richtziele sich aus der Problemanalyse des ZSP-Bergstraße ergeben.</p> <p>Qualitätszirkel zerfallen in Arbeitsgruppen die nach in Projektvereinbarungen festgeschriebenen und von der Klinikleitung freigegebenen operationalisierten Zielen Themen bis zur Umsetzung bearbeiten.</p> <p>Die Erfassung und Steuerung dieser Projekte erfolgt durch die beim Qualitätskoordinator hinterlegte und gepflegte Projektplanungsübersicht BL QK DO 132 (MS-Projekt)</p> <p>Im ZSP-Bergstraße bestehen 8 übergeordnete Qualitätszirkel:</p> <p>QZ I: Öffentlichkeitsarbeit, Marketing, Benchmarking</p> <p>QZ II: Entwicklung des Qualitätsmanagementhandbuches nach DIN ISO 9001:2000 und 14011</p> <p>QZ III: Leitlinienentwicklung und Infrastruktur</p> <p>QZ IV: Konzeptentwicklung für Überleitungen, Aufbau psycho-soziales Netz, Patientensteuerung und Ausbildungsplätze</p> <p>QZ V: Personalentwicklung</p> <p>QZ VI: Leitbildentwicklung</p> <p>QZ VII: Rechnungswesen, Risikomanagement, interne Budgetierung</p> <p>QZ VIII: Controlling</p>
SELK	Zentrale Steuerungsgruppe für die zukunftsgerichtete Entwicklung des ZSP-Bergstraße. Bestehend aus der Klinikleitung und dem Qualitätskoordinator

Tätigkeitsbeschreibungen

Tätigkeitsbeschreibungen erläutern einfache, immer wiederkehrende Handlungsabläufe z.B. in den Hygienehandbüchern in Form von Hygieneplänen oder Aufgaben von Nachtwachen. Sie werden in Tabellenform niedergelegt. Innerhalb der Tätigkeitsbeschreibungen kann auf Prozessbeschreibungen oder Verfahrensanweisungen verwiesen werden.

Verfahrensanweisungen

Verfahrensanweisungen sind einfache verbindliche Regeln, die einen Arbeitsablauf beschreiben, bei dem keine Entscheidungen notwendig sind wie z.B. das Ausfüllen eines Laborzettels oder Urlaubszettels.

Verfahrensanweisungen werden im Volltext beschrieben