Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

Walter-Picard-Klinik, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, 64550 Riedstadt, Info@zsp-philippshospital.de, www.zsp-philippshospital.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260 610 770

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)

289 vollstationäre, 24 in Tageskliniken

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten: 3352

Ambulante Patienten: 7446

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)
0100	Innere Medizin (I.M.)				
…	….	68	669	Allgemeine Psychiatrie I	
		84	721	Allgemeine Psychiatrie II	
		81	1448	Abteilung für Sucherkrankung	
		56	558	Abteilung für Gerontopsychiatrie	
		24 Plätze in 2 Tageskliniken	98	Institutsambulanz mit 2 Tageskliniken	
3755	Wirbelsäulenchirurgie				
	Anästhesie				

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
1	Diagnosegruppe F0	Psych 1	4
		Psych 2	7
		Sucht	1
		Geronto	270
2	Diagnosegruppe F1	Psych 1	29
		Psych 2	26
		Sucht	1203
		Geronto	18
3	Diagnosegruppe F2	Psych 1	326
		Psych 2	303
		Sucht	111
		Geronto	74
4	Diagnosegruppe F3	Psych 1	167
		Psych 2	183
		Sucht	77
		Geronto	164
	Diagnosegruppe F4	Psych 1	103
		Psych 2	147
		Sucht	11
		Geronto	8
	Diagnoseg	Psych 1	3

	ruppe F5	Psych 2	2
		Sucht	0
		Geronto	0
	Diagnoseg	Psych 1	34
	ruppe F6	Psych 2	49
		Sucht	44
		Geronto	7
	Diagnoseg	Psych 1	3
	ruppe F6	Psych 2	4
		Sucht	0
		Geronto	4
	Somatisch	Psych 1	0
	e	Psych 2	0
	Diagnosen	Sucht	1
		Geronto	13
	Summe	Psych 1	669
		Psych 2	721
		Sucht	1448
		Geronto	558
....			

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

Station für Psychotherapie (Neurosen und Persönlichkeitsstörungen) Station für Doppeldiagnosen, Station für niedrigschwelligen Drogenentzug auf dem Gelände, Station für Korsakowkranke

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

☒ ja ☐ nein

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

Institutsambulanz mit Außenstellen am Kreiskrankenhaus Groß-Gerau und in Rüsselsheim, Aufbau einer integrierten Versorgung für Menschen mit depressiven Störungen gemeinsam mit niedergelassenen Hausärzten und einer Krankenkasse.

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

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
Computertomographie (CT)	Ja ☐	Nein ☒	Ja ☒	Nein ☐
Magnetresonanztomographie (MRT)	Ja ☐	Nein ☒	Ja ☒	Nein ☐
Herzkatheterlabor	Ja ☐	Nein ☒	Ja ☒	Nein ☐
Szintigraphie	Ja ☐	Nein ☒	Ja ☒	Nein ☐
Positronenemissionstomographie (PET)	Ja ☐	Nein ☒	Ja ☐	Nein ☐
Elektroenzephalogramm (EEG)	Ja ☒	Nein ☐	Ja ☐	Nein ☐
Angiographie	Ja ☐	Nein ☒	Ja ☒	Nein ☐
Schlaflabor	Ja ☐	Nein ☒	Ja ☒	Nein ☐
……..	Ja ☐	Nein ☐	Ja ☐	Nein ☐

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

	Vorhanden	
Physiotherapie	Ja	Nein
Dialyse	Ja ☐	Nein ☒
Logopädie	Ja ☐	Nein ☐
Ergotherapie	Ja ☒	Nein ☐
Schmerztherapie	Ja ☐	Nein ☒
Eigenblutspende	Ja	Nein
Gruppenpsychotherapie	Ja ☒	Nein ☐
Einzelpsychotherapie	Ja	Nein
Psychoedukation	Ja ☒	Nein ☐
Thrombolyse	Ja ☐	Nein
Bestrahlung	Ja ☐	Nein ☒
……	Ja ☒	Nein ☐

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Name der Fachabteilung:

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung:
(Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung:

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung:

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			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

8			

9			
10			

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

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	OPS- 301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1			
2			
3			

4			

5			
6			
7			
8			
9			
10			

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

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

	EBM-Nummer (vollstellig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1			
2			
3			
4			
5			

* Sofern keine Unterteilung nach Fachabteilungen vorhanden, Auflistung über das Gesamt-Krankenhaus.

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

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

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

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
0100	Innere Medizin			
…	…	36	20	16
3700	Sonstige Fachabteilung	Psychiatrie		
	Gesamt	36	20	16

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

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)
0100	Innere Medizin				
…	…				
3700	Sonstige Fach-abteilung	202	80,69 %	9,90 %	9,41 %
	Gesamt	202	80,69 %	9,90 %	9,41%

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

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

	Leistungsbereich	**Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht**		**Teilnahme an der externen Qualitätssicherung**		**Dokumentationsrate**	
		Ja	**Nein**	**Ja**	**Nein**	**Kranken-haus**	**Bundesdurch-schnitt**
1	Aortenklappenchirurgie	☐	☐	☐	☐		
2	Cholezystektomie	☐	☐	☐	☐		
3	Gynäkologische Operationen	☐	☐	☐	☐		
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	☐	☐	☐	☐		
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	☐	☐	☐	☐		
6	Herzschrittmacher-Revision	☐	☐	☐	☐		
7	Herztransplantation	☐	☐	☐	☐		
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	☐	☐	☐	☐		
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	☐	☐	☐	☐		
10	Karotis-Rekonstruktion	☐	☐	☐	☐		
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	☐	☐	☐			
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	☐	☐	☐	☐		
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	☐	☐	☐	☐		
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	☐	☐	☐	☐		
15	Koronarchirurgie	☐	☐	☐	☐		
16	Mammachirurgie	☐	☐	☐	☐		
17	Perinatalmedizin	☐	☐	☐	☐		
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	☐	☐	☐	☐		
19	Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose	☐	☐	☐	☐		

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
		Ja	Nein	Ja	Nein	Kranken-haus	Bundesdurch-schnitt
20	Gesamt	-	-	-	-		

C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V

Eine Aufstellung der einbezogenen Leistungsbereiche findet im Qualitätsbericht im Jahr 2007 Berücksichtigung.

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:

- …
- …
- …

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

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

- …
- …
- …

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 Arzt[2]	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH (4a)/ pro Arzt (4b)[2]		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
1a	1b	2	*3*	4a	4b	*5*
Lebertransplantation		10				
	5-503.0					
	5-503.1					
	5-503.2					
	5-503.3					
	5-503.x					
	5-503.y					
	5-504.0					
	5-504.1					
	5-504.2					
	5-504.x					
	5-504.y					
	5-502.0					
	5-502.1					
	5-502.2					
	5-502.3					
	5-502.5					
	5-502.x					
	5-502.y					
Nierentransplantation		20				
	5-555.0					
	5-555.1					
	5-555.2					
	5-555.3					
	5-555.4					
	5-555.5					
	5-555.x					
	5-555.y					

[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.

Leistung[1]	OPS der einbezogenen Leistungen[3]	Mindestmenge[1] (pro Jahr) pro KH / pro Arzt[4]	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH (4a)/ pro Arzt (4b)[2]		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komlexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5				
	5-420.00					
	5-420.01					
	5-420.10					
	5-420.11					
	5-423.0					
	5-423.1					
	5-423.2					
	5-423.3					
	5-423.x					
	5-423.y					
	5-424.0					
	5-424.1					
	5-424.2					
	5-424.x					
	5-424.y					
	5-425.0					
	5-425.1					
	5-425.2					
	5-425.x					
	5-425.y					
	5-426.0**					
	5-426.1**					
	5-426.2**					
	5-426.x**					
	5-426.y					
	5-427.0**					
	5-427.1**					
	5-427.2**					
	5-427.x**					
	5-427.y					
	5-429.2					
	5-438.0**					
	5-438.1**					
	5-438.x**					

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

[4] Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/ Operateur, der diese Leistung erbringt.

Leistung[1]	OPS der einbezogenen Leistungen[5]	Mindestmenge[1] (pro Jahr) pro KH / pro Arzt[6]	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH (4a)/ pro Arzt (4b)[2]		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komlexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5				
	5-521.0					
	5-521.1					
	5-521.2					
	5-523.2					
	5-523.x					
	5-524					
	5-524.0					
	5-524.1					
	5-524.2					
	5-524.3					
	5-524.x					
	5-525.0					
	5-525.1					
	5-525.2					
	5-525.3					
	5-525.4					
	5-525.x					
Stammzell-transplantation		12+/- 2 [10-14]				
	5-411.00					
	5-411.01					
	5-411.20					
	5-411.21					
	5-411.30					
	5-411.31					
	5-411.40					
	5-411.41					
	5-411.50					
	5-411.51					

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

[6] Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/ Operateur, der diese Leistung erbringt.

Leistung[1]	OPS der einbezogenen Leistungen[7]	Mindestmenge[1] (pro Jahr) pro KH / pro.Arzt[8]	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH (4a)/ pro Arzt (4b)[2]		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
1a	1b	2	*3*	4a	4b	*5*
	5-411.x					
	5-411.y					
	8-805.00					
	8-805.01					
	8-805.20					
	8-805.21					
	8-805.30					
	8-805.31					
	8-805.40					
	8-805.41					
	8-805.50					
	8-805.51					
	8-805.x					
	8-805.y					

(Schwarz unterlegte Felder sind nicht auszufüllen)

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

[8] Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/ Operateur, der diese Leistung erbringt.

C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung, die erbracht werden, obwohl das Krankenhaus/der Arzt die dafür vereinbarten Mindestmengen unterschreitet, sind an dieser Stelle unter Angabe des jeweiligen Berechtigungsgrundes zu benennen (Ausnahmetatbestände gem. Anlage 2 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V, Votum der Landesbehörde auf Antrag nach § 137 Abs. 1 S. 5 SGB V).

Für diese Leistungen ist hier gem. § 6 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 jeweils auch darzustellen, mit welchen ergänzenden Maßnahmen die Versorgungsqualität sichergestellt wird.

(Das Folgende ist für jede Leistung aus Spalte 1a der obigen Tabelle darzustellen, für die die im Vertrag vereinbarte Mindestmenge in diesem Krankenhaus im Berichtsjahr unterschritten wurde.)

Leistung (aus Spalte 1a der Tabelle unter C-5.1)

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

Systemteil

D Qualitätspolitik

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

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

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

E-2 Qualitätsbewertung

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

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

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

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

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

G Weitergehende Informationen

- Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht
- Ansprechpartner (z.B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Pressereferent; Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen):
- Links (z.B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage):

Systemteil des Qualitätsberichtes

Einleitung

Das Zentrum für Soziale Psychiatrie Philippshospital beschäftigt sich fortlaufend in allen Betriebszweigen mit der kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Leistungen und der Erhöhung der Patientenzufriedenheit. Um diesen Prozess der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung möglichst systematisch und effektiv zu gestalten, werden modernste Managementmethoden eingesetzt und eine hohe Zahl an Mitarbeitern wurde zu Qualitätsfachpersonal weitergebildet. Die hohe Bedeutung der Qualitätsentwicklung spiegelt sich in der Verpflichtung der gesamten Leitungsebene zum Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems nach der DIN EN ISO 9001:2000 wider.

Die dabei angestrebten Qualitätsziele wurden in einer Qualitätspolitik zusammengefasst und mit Leitlinien für die Erreichung dieser Ziele unterlegt.

D Qualitätspolitik

1. Präambel zur Qualitätspolitik

Die in der Walter-Picard-Klinik angebotene psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung der Patienten orientiert sich an dem nach sorgfältiger Diagnostik festgestellten Behandlungsbedarf, den subjektiven Bedürfnissen, den gültigen wissenschaftlichen Erkenntnissen, einer ganzheitlichen, die Gesundheit fördernden Sichtweise, ökologischen und wirtschaftlichen Erfordernissen und den gesetzlichen Rahmenbedingungen.

2. Patientenorientierung

2.1. Ganzheitliche Sichtweise

Diagnose und Therapie orientieren sich nicht mehr nur an dem Krankheitsmodell, sondern richten sich nach einer ganzheitlichen Sichtweise aus, die neben der Wahrnehmung krankhafter Anteile auch die gesunden Anteile erkennt und im Rahmen des Behandlungsprozesses nutzbar macht. Gemäß dieser Sichtweise sind seelisch kranke Menschen nicht nur krank, sondern verfügen neben der bzw. unabhängig von der Erkrankung über natürliche Ressourcen (Selbstheilungskräfte, berufliche und andere soziale Fertigkeiten, Unterstützung durch Familie und Freunde), die wahrzunehmen und bei der Behandlung zu berücksichtigen sind. Eine ganzheitliche Sichtweise schützt seelisch Kranke vor Stigmatisierung und Ausgrenzung und achtet ihre Menschenwürde. Sie versetzt zudem Patienten in die Lage, während und nach der Behandlung soweit als möglich über ihre eigenen Kräfte zu verfügen.

- Ziele:

Beschreibung und Einbeziehung natürlicher Ressourcen des Patienten und seines Umfeldes in die integrierte Behandlungsplanung.

2.2. Gesundheitsförderung

Die Behandlung ist darauf ausgerichtet, nicht nur Krankheiten zu erkennen, zu heilen, zu lindern und Verschlimmerungen zu verhüten, sondern vor allem auch darauf, für die Patienten einen höchstmöglichen Gesundheitsgewinn zu erzielen. Das Ziel der Behandlung ist also daraufhin zu überprüfen, welcher Gewinn für die Gesundheit und damit die Lebensqualität erzielt wird. Hierbei sind sowohl objektive als auch subjektive Kriterien zu berücksichtigen. Ferner soll eine gesunde Lebensweise gefördert werden durch Aufklärung, Bewegung und gesunde Ernährung sowie durch Schaffung der entsprechenden organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen in unserem Krankenhaus.

- Ziele:

Aufklärung und Einübung gesundheitsbewußten Verhaltens in den Bereichen der Ernährung und Bewegung.

2.3. Ausrichtung am Patienten

Die Behandlung soll sich nicht nur an den medizinischen Notwendigkeiten, sondern insbesondere an den subjektiven und objektiven Bedürfnissen der Patienten, ihrer Angehörigen und ihrem sozialen Umfeld orientieren. Dazu gehört eine ausführliche und sachgerechte Information ebenso wie ein partnerschaftliches Verhalten unsererseits sowie Hilfe zur Befähigung der Patienten und ihrer Angehörigen, ihr Handeln selbst zu bestimmen und das Ergebnis der Behandlung beurteilen zu können sowie Alternativen in die Behandlungsplanung einzubringen. Vertragliche Verabredungen (Behandlungsvereinbarungen, Patientenverfügungen) gehören ebenso hierzu wie kontinuierliche Aufklärung und Befähigung zur Selbsthilfe. Patienten sind Nutzer unserer Dienste und als solche berechtigt, das Angebot kritisch zu prüfen und erst nach einer eingehenden Aufklärung ihre Zustimmung zu erteilen. Dies gilt selbstverständlich *auch* für Patienten, die im Rahmen gesetzlicher Bestimmungen gegen ihren Willen in der Klinik untergebracht sind.

- Ziele:

Aufklärung der Patienten über Selbsthilfestrategien und vertragliche Verabredungen wie Patientenverfügungen und Behandlungsverträge. Durchführung von indikationsbezogener Psychoedukation auf allen Stationen.

2.4. Einbeziehung der Angehörigen

Angehörige und enge Vertraute (Lebensgefährten) sollen aktiv in den Behandlungsprozess einbezogen werden. Ein partnerschaftlicher Umgang mit ihnen ist ebenso selbstverständlich wie Aufklärung, Mitsprache bei wichtigen Behandlungsentscheidungen und Befähigung zur Selbsthilfe durch Vermittlung entsprechender Techniken u.a. zur Krisenprävention. Sie bedürfen wie die Patienten der verständnisvollen Zuwendung und Unterstützung und sind berechtigt, den Behandlungsprozess kritisch zu begleiten bzw. alternative Vorschläge einzubringen.

- Ziele:

Durchführung von Angehörigengruppen auf allen Stationen. Durchführung von Psychoedukativer Familienintervention für möglichst alle Patienten mit psychotischen Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis.

2.5. Ausrichtung am Bedarf

Die Behandlung und die Struktur der Klinik sowie ihrer Dienste orientieren sich konsequent an dem objektiven Bedarf und den subjektiven Bedürfnissen der Patienten. Die Angebote der Klinik sind an der Nachfrage auszurichten. Hierzu dienen unter anderem Fragebögen für Patienten und andere Nutzer (niedergelassene Ärzte und andere Fachdienste), deren Ergebnisse bei der Ausrichtung des Angebotes an der Nachfrage berücksichtigt werden.

- Ziele:

Regelmäßige Befragungen zur Patientenzufriedenheit und regelmäßige Umfragen bei niedergelassenen Ärzten zur Kooperation mit der Klinik.

2.6. Ausrichtung an der Gesellschaft

Die Angebote der Klinik sind über den Bedürfnissen der Patienten hinaus an den gesellschaftlichen Anforderungen auszurichten. Hierzu sind die Nutzer (Vertreter der Gemeinden, Landkreise, Öffentlichkeit) regelmäßig zu befragen und deren Interessen zu berücksichtigen. Die Angebote der Klinik sollen gut erreichbar und *allen* seelisch Kranken der Versorgungsregion zugänglich sein. Wo dies in der Versorgungsregion nicht gewährleistet ist, ist die Schaffung entsprechender bedarfsorientierter Angebote (z.B. Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Tageskliniken, Außenstellen der Institutsambulanz, Liaisondienste) anzustreben. Ebenso sollen nichtprofessionelle Ressourcen in den Gemeinden (Kirchengemeinden, Kultur- und Sportvereine) erschlossen und zur Kooperation ermutigt werden. Hierzu dienlich sind öffentliche Veranstaltungen, die der Information und der Aufklärung dienen. Auch soll hierdurch die Stigmatisierung seelisch Kranker und deren Ausgrenzung so gering als möglich gehalten werden. Zur Realisierung dieser Ziele ist es hilfreich, sich mit anderen Einrichtungen auszutauschen, wie dies beispielsweise durch die Mitgliedschaft in dem Internationalen Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser der WHO und durch die Partnerschaft mit Kliniken in Auschwitz und Bielsko-Biala geschieht.

- Ziele:

Enge Kooperation mit den außerstationären Diensten im Rahmen der bestehenden Planungskonferenzen und Fallkonferenzen (IBRP). Nationale und internationale fachliche Austausch im Netzwerk gesundheitsfördernder psychiatrischer Dienste durch einen Rundbrief und jährliche Symposien sowie mit den polnischen Partnerkliniken durch den Austausch von Mitarbeitern und gemeinsam organisierte jährliche Symposien.

3. Qualität / Qualitätsverbesserung

Die Klinik verbessert sich hinsichtlich ihrer organisatorischen Struktur und der Qualität ihrer Dienstleistungen ständig lernt hierfür aus ihrem Alltag. Dies ist nur erreichbar, wenn dieses Ziel im Bewußtsein der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verankert ist und in der täglichen Praxis eines Qualitätsmanagements gemäß der Normenfamilien nach DIN ISO 9001 gelebt wird. Ziel ist die Zertifizierung der Klinik. Dies wird erreicht durch eine entsprechende Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ferner die Einführung einer Struktur zur Realisierung des Qualitätsmanagements in Gestalt von Qualitätsbeauftragten, einer Steuerungsgruppe und prozeßorientierten Qualitätszirkeln. Qualitätsmanagement beschreibt die Gesamtheit der Arbeitsprozesse und dient der fortlaufenden Überprüfung und Optimierung der Arbeitsabläufe.

- Ziele:

Fortlaufende Erweiterung und Verbesserung des Qualitätsmanagementhandbuchs. Regelmäßige Durchführung von Audits mit dem Ziel der Zertifizierungsreife.

4. Ausrichtung an den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

4.1. Mitarbeiterführung und innerbetriebliche Kommunikation

Die Klinik hat in Übereinstimmung mit den Homburger Leitlinien des deutschen Netzes gesundheitsfördernder Krankenhäuser, den Leitlinien der Task Force HPPS und der Budapester Erklärung nicht nur den Gesundheitsgewinn der Patienten im Blick, sondern auch die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Der Arbeitsplatz soll so gestaltet sein, daß die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in einer gesunden Umgebung arbeiten und gesund bleiben können. Hierzu dienen ausreichende und umfassende Informationen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, eine durchgängige Transparenz der Entscheidungswege, Förderung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch Instrumente der Personalentwicklung und der Organisationsentwicklung, die Befähigung und Ermächtigung zu selbstbestimmtem Handeln, die Optimierung der Kommunikation und Kooperation und eine aktive Gesundheitsfürsorge.

- Ziele:

Entwicklung von Führungsleitlinien. Durchführung von Mitarbeiterbefragungen zur Führungskompetenz der Vorgesetzten. Entwicklung von Instrumenten der Personalentwicklung.

4.2. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie ihr Wissen sind unser wertvollstes Kapital. Im Bereich der ärztlichen und psychologischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist dies gewährleistet durch die volle

Weiterbildungsermächtigung des ärztlichen Direktors zur Weiterbildung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie. Im Rahmen dieser Ermächtigung ist eine Arbeitsgruppe verantwortlich für die Umsetzung eines vierjährigen Lehrplans, der zweiwöchentliche Weiterbildungsveranstaltungen sowie eine monatliche Weiterbildungsveranstaltung im Weiterbildungsverbund aller südhessischen psychiatrischen Kliniken umfasst ebenso wie ein einmal im Monat stattfindendes Seminar zu aktuellen Fragen der Psychiatrie, zu dem externe Referenten eingeladen werden. Alle genannten Weiterbildungsveranstaltungen stehen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller übrigen therapeutischen und pflegerischen Berufsgruppen offen. Sie werden hierüber rechtzeitig und umfassend informiert.

Den pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aller übrigen therapeutischen Berufsgruppen steht jedes Jahr ein aktuelles, professionell gestaltetes innerbetriebliches Fortbildungsprogramm zur Verfügung. Die pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen darüber hinaus im Rahmen der Personalentwicklung gezielt gefördert und gefordert werden. Die erzielten Kompetenzerweiterungen sollen einerseits eine ständige Verbesserung der Behandlungsqualität erzielen, andererseits soll dadurch die Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit steigen.

- Ziele:

Aufbau und Fortentwicklung einer berufsgruppenübergreifenden innerbetrieblichen Fortbildung.

5. Wirtschaftliche Betriebsführung

Die Klinik überprüft fortlaufend die Angemessenheit, Nützlichkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen in allen Abteilungen. Hierbei ist wirtschaftliches Denken bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu fördern, ebenso eine weitgehende Transparenz der Kosten auf allen Ebenen. Die Klinik entwickelt Instrumente zur Überprüfung der Ablaufoptimierung und zur Standardisierung der angewandten Verfahren um eine Vergleichbarkeit der Dienstleistungen zu erreichen. Weiterhin wird eine qualitätsorientierte Zusammenarbeit mit Lieferanten und Kunden (z.B. Kommunen, Firmen, niedergelassenen Ärzten und anderen Fachdiensten) angestrebt.

- Ziele:

Schulung der Mitarbeiter im Bereich der Kostenstellenverantwortung.

6. Umwelt, Mitwelt

Die Klinik verpflichtet sich, ihren Beitrag zur Gesunderhaltung des Lebensraums zu leisten. Hierzu zählen unter anderem die Schonung der natürlichen Ressourcen, die Vermeidung von Verschmutzungen und Müll, dessen sachgerechte Entsorgung und eine naturgerechte Pflege der Parkanlagen.

- Ziele:

Weiterentwicklung der ökologischen Energiegewinnung. Naturgerechte Pflege der Parkanlagen.

Führungsleitlinien des ZSP

- Führungskräfte sind durch persönliche und fachliche Kompetenz und Initiative Vorbild für Mitarbeiter.
- Führungskräfte zeichnen sich durch Offenheit, Verbindlichkeit und Vertrauenswürdigkeit aus.
- Führungskräfte unterstützen Mitarbeiter bei der Lösung von Konflikten und sind offen für Kritik.
- Führungskräfte beziehen Mitarbeiter in Entscheidungs- und Verbesserungsprozesse ein und beteiligen sie dabei verantwortlich.
- Führungskräfte geben eindeutige Zielvorstellungen und Aufgabenbeschreibungen vor und informieren hierüber zeitnah, umfassend und nachvollziehbar.
- Führungskräfte unterstützen und fördern Mitarbeiter in ihrer beruflichen Entwicklung und begegnen ihnen mit Wertschätzung und Respekt.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E1 QM-Struktur

Das Qualitätsmanagement-System des ZSP Philippshospital Riedstadt und seiner Betriebszweige soll unter aktiver Beteiligung aller Mitarbeiter entwickelt und fortgeschrieben werden. Dieser Grundsatz ist handlungsleitend für das Qualitätsmanagement-System.

Die Steuerung der Entwicklung und Fortschreibung des Qualitätsmanagement-Systems erfolgt auf der Ebene des ZSP durch die **Zentrale Steuerungsgruppe** (ZSG). Der Zentralen Steuerungsgruppe gehören an: Der Betriebsleiter und die Mitglieder der Betriebszweigleitungen der Walter-Picard-Klinik (WPK), der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (KPPKJ), der Heilpädagogischen Einrichtung (HPE) sowie des Wohn- und Pflegeheims für Menschen mit seelischer Behinderung (WPH). Die Geschäftsführung der ZSG wird jeweils für die Dauer eines Kalenderjahres von einem Mitglied der ZSG übernommen. Die Geschäftsführung koordiniert die Arbeit der ZSG und ist Ansprechpartner für die von der ZSG beauftragten Projektgruppen. Die Zentrale Steuerungsgruppe koordiniert den Gesamtprozess der Entwicklung und Fortschreibung und stellt die Vernetzung des Qualitätsmanagement-Systems zwischen allen Arbeitsbereichen und Betriebszweigen des ZSP sicher. Sie identifiziert **übergreifende, für das gesamte ZSP gültige Prozesse, Standards und Regelungen** und beauftragt Projektgruppen mit deren Entwicklung und Verbesserung. Die Arbeitsergebnisse der Projektgruppen werden in der ZSG vorgestellt und abschließend von dieser im Hinblick auf ihre Eignung zur Sicherung und Verbesserung angestrebter Qualitätsziele beurteilt und verabschiedet. Die durch die ZSG verabschiedeten Prozesse, Standards und Regelungen werden, unter Berücksichtigung der geltenden Regelungen und gesetzlichen Forderungen, den jeweils zu beteiligenden Gremien zur Information, Mitwirkung oder Mitbestimmung vorgelegt. Nach Abschluss dieses Verfahrens werden sie durch den Betriebsleiter freigegeben.

Prozesse, Standards und Regelungen werden durch Mitarbeiter aller Ebenen in **Projektgruppen** und im Rahmen bestehender Besprechungsstrukturen erarbeitet. Hierdurch wird eine breite Mitarbeiterbeteiligung sicher gestellt. Mit der Leitung von Projektgruppen werden vorzugsweise ausgebildete **Qualitätsbeauftragte und Qualitätsmoderatoren** beauftragt. Projektgruppen bestehen aus maximal 6 beauftragten Mitgliedern. Der Personalrat wird über die Bildung neuer Projektgruppen im ZSP und seiner Betriebszweige vor deren Konstituierung unterrichtet. Er kann alsdann entscheiden, ob er ein Personalratsmitglied als Vertreter in die Projektgruppe schickt, insbesondere dann, wenn die in der Projektgruppe zu erarbeitenden Prozesse möglicherweise spätere Beteiligungspflichten des Personalrats berühren. Erforderliche Beteiligungsverfahren nach dem HPVG werden hierdurch nicht ersetzt.

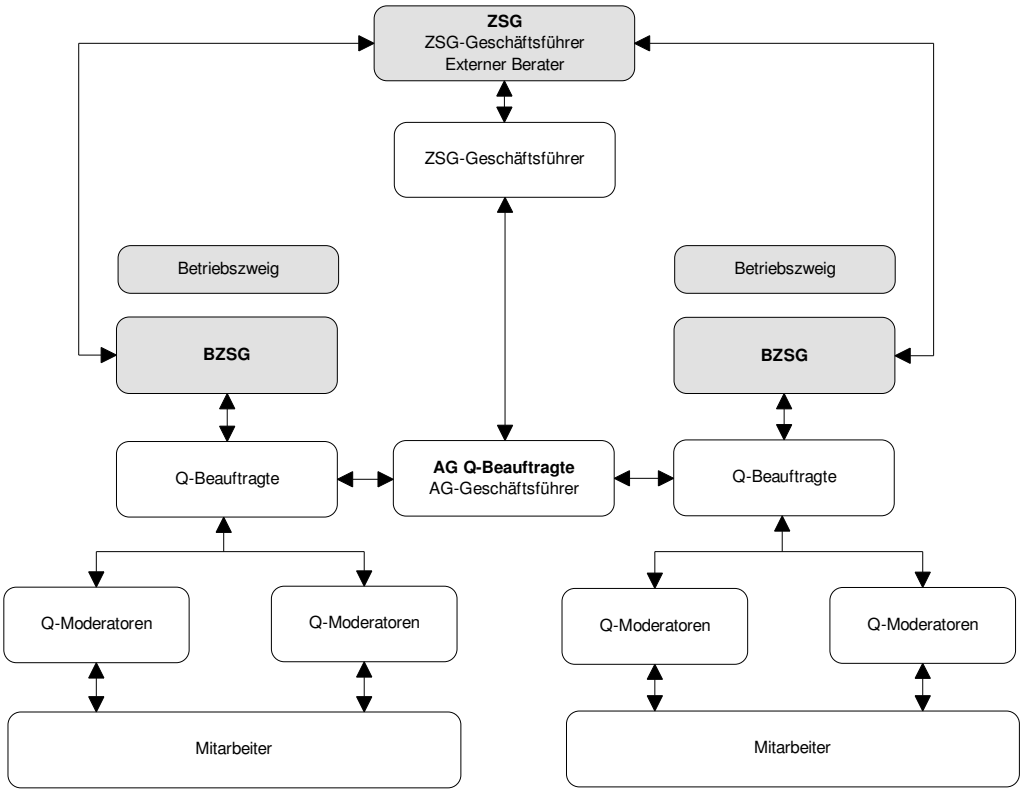
Betriebszweigsteuerungsgruppen (BZSG) koordinieren den Prozess der Entwicklung und Fortschreibung sowie die Vernetzung der betriebszweigspezifischen Teile des Qualitätsmanagement-Systems. Sie identifizieren **betriebszweigspezifische Prozesse, Standards und Regelungen** und

beauftragen Projektgruppen mit deren Entwicklung und Verbesserung. Die Arbeitsergebnisse der Projektgruppen werden in den BZSG vorgestellt und abschließend von diesen im Hinblick auf ihre Eignung zur Sicherung und Verbesserung angestrebter Qualitätsziele beurteilt und verabschiedet. Die durch die BZSG verabschiedeten Prozesse, Standards und Regelungen werden der Personal- und Rechtsabteilung durch die Betriebszweigleitungen zur Prüfung und Einleitung der erforderlichen Beteiligungsverfahren zugeleitet. Nach Abschluss der Beteiligungsverfahren werden sie durch die gemäß Geschäftsordnung verantwortlichen Mitglieder der Betriebszweigleitungen freigegeben. Die Mitglieder der Betriebszweigsteuerungsgruppen werden durch die Betriebszweigleitungen berufen.

Analog der Betriebszweigsteuerungsgruppen wird für den **Verwaltungs- und Versorgungsbereich** des ZSP (Finanz- und Rechnungswesen, Personal- und Rechtsabteilung, Versorgung und Verwaltung, Technischer Dienst) eine **Steuerungsgruppe** durch den Betriebsleiter konstituiert. Diese Steuerungsgruppe identifiziert die für diesen Bereich spezifischen Prozesse, Standards und Regelungen. Sie organisiert ihre Arbeit analog der BZSG. Die Freigabe der Prozesse, Standards und Regelungen obliegt dem Betriebsleiter, der auch für die Einleitung der erforderlichen Beteiligungsverfahren verantwortlich ist.

In allen Betriebszweigen sowie in den Bereichen Finanz- und Rechnungswesen, Personal- und Rechtsabteilung, Versorgung und Verwaltung sowie Technische Dienste wird ein **Qualitätsbeauftragter** durch die Betriebszweigleitungen bzw. den Betriebsleiter benannt. Qualitätsbeauftragte sollen über eine Weiterbildung als Qualitätsmanager verfügen. Sie koordinieren und moderieren die Arbeit der Steuerungsgruppen und übernehmen darüber hinaus insbesondere folgende Aufgaben: Schulung und Information der Mitarbeiter, Koordination und Beratung von Projektgruppen, Information der Mitarbeiter und Führungskräfte zum Stand des Qualitätsmanagement-Systems, Überprüfung der Funktionsfähigkeit und Koordination des Qualitätsmanagement-Systems, Einführung, Koordination, Begleitung und Überprüfung qualitätsverbessernder Maßnahmen, Einleitung und Koordination von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen bei Qualitätsmängeln, Erstellung und Aktualisierung des Qualitätsmanagement-Handbuchs, Vorbereitung und Auswertung von Audits, Vorbereitung der Managementbewertung. Die Qualitätsbeauftragten koordinieren und vernetzen ihre Tätigkeit in der **Arbeitsgemeinschaft der Qualitätsbeauftragten** (AG QB). Die Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft wird jeweils für die Dauer eines Kalenderjahres von einem Mitglied der AG QB übernommen. Zur Vernetzung der Aufgaben von ZSG und AG QB nimmt die Geschäftsführung der ZSG an den Sitzungen der AG QB teil.

Die Mitglieder der ZSG informieren die in ihrem Verantwortungsbereich tätigen QB zeitnah über Beschlüsse der ZSG. Die Geschäftsführungen der ZSG und der AG QB informieren sich gegenseitig über den Stand der Entwicklung und Fortschreibung des Qualitätsmanagement-Systems im gesamten ZSP. An den Sitzungen der Steuerungsgruppen können auf Einladung der Steuerungsgruppen Gäste teilnehmen.


ZSG
ZSG-Geschäftsführer
Externer Berater
ZSG-Geschäftsführer
Betriebszweig
Betriebszweig
BZSG
BZSG
Q-Beauftragte
AG Q-Beauftragte
AG-Geschäftsführer
Q-Beauftragte
Q-Moderatoren
Q-Moderatoren
Q-Moderatoren
Q-Moderatoren
Mitarbeiter
Mitarbeiter

E2 Qualitätsbewertung

Die Qualitätsziele werden mit Hilfe systematischer Audits in Hinblick auf den Zielerreichungsgrad, mögliche Verbesserungen der Arbeitsabläufe sowie die Patientenzufriedenheit überprüft.

Interne Qualitätsaudits

01 Ziele und Datenanalyse

- Die beschriebenen Prozesse, Arbeitsanweisungen und Standards sind auf Funktionsfähigkeit in der Praxis und auf Verbesserungsmöglichkeiten überprüft.

Maßstab	Methode	Wer erhebt	Info an	Zyklus
▸ Prozentualer Anteil der Prozesse, Arbeitsanweisungen und Standards, die mindestens einmal im Jahr auditiert wurden (=X) im Verhältnis zu allen beschriebenen Prozessen, Arbeitsanweisungen und Standards	▸ Dreisatz: X = (Anzahl der Prozesse, Arbeitsanweisungen und Standards, die mindestens einmal im Jahr auditiert wurden x 100) : (Gesamtzahl der beschriebenen Prozesse, Arbeitsanweisungen und Standards	Qualitätsbeauftragter	Betriebszweigleitung	Jährlich 02.01.

02 Geltungsbereich

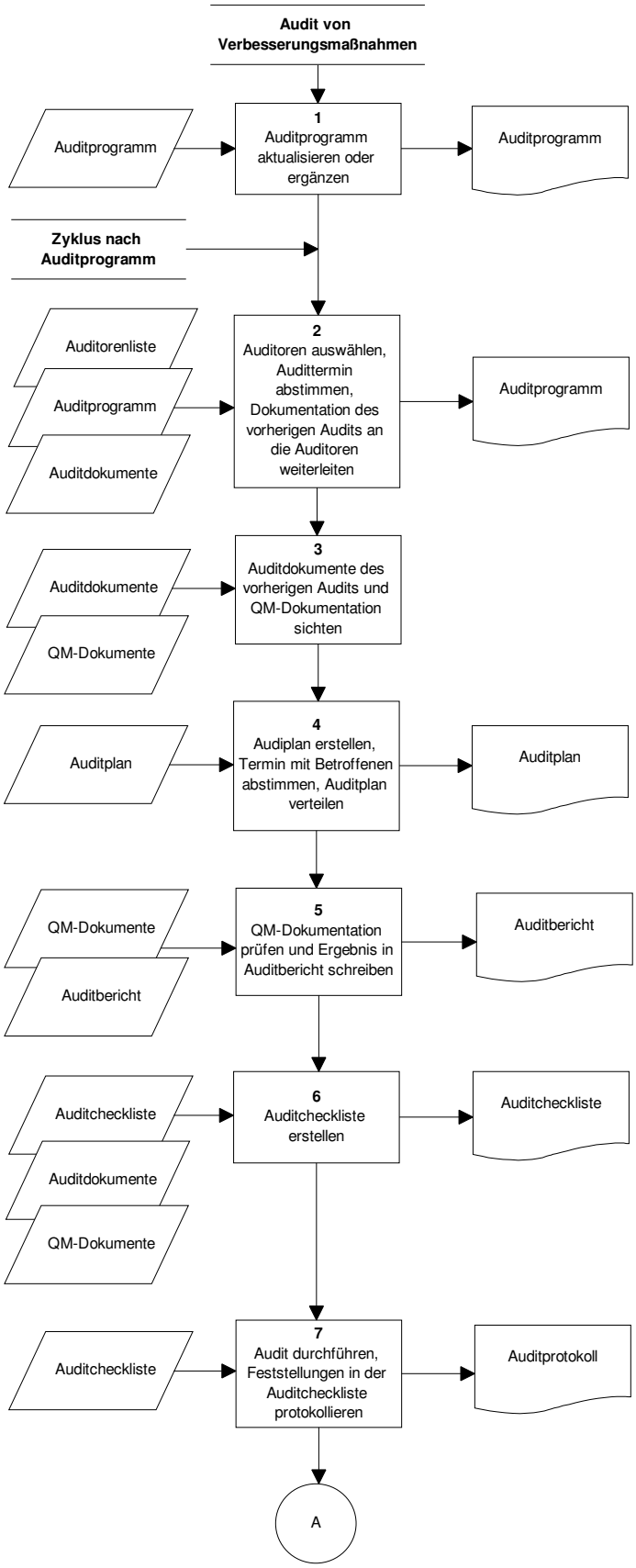
- Walter-Picard-Klinik Riedstadt

03 Mitgeltende Unterlagen

- Auditprogramm
- Auditorenliste
- Formulare: Auditprogramm, Auditorenliste, Auditplan, Auditcheckliste, Auditbericht
- DIN EN ISO 9001:2000
- DIN EN ISO 19011:2002
- Managementbericht

04 Regelungen und Begriffe zum Prozess

- Das Auditprogramm wird im November für das Folgejahr durch den Qualitätsbeauftragten erstellt und fortlaufend aktualisiert.
- Die Auswahl, Anleitung und Beratung der Auditoren erfolgt durch den Qualitätsbeauftragten. Die Schulung der Auditoren wird durch die Zentrale Steuerungsgruppe gesteuert.
- Zur Sicherstellung der Objektivität und Unparteilichkeit dürfen Auditoren nicht ihre eigene Tätigkeit auditieren.
- Die Bewertung der Dringlichkeit, die Erarbeitung von Lösungen und die Überprüfung der Funktionsfähigkeit erforderlicher Verbesserungs-, Korrektur- oder Vorbeugemaßnahmen sind in der Prozessbeschreibung ‚Ständige Verbesserung' geregelt.



Nr.	E	D	M	I
1		QB		
2		QB		AD
3		AD		
4		AD		ADT
5		AD		
6		AD		
7		AD	ADT	

Bemerkungen zum Prozess:

1 Zuordnung der Verbesserung zum Auditbereich und Termin eintragen.

2 Fachliche Eignung und Unparteilichkeit beachten. Ausgewählte/n Auditor/en in Auditprogramm eintragen.

3 Auf geforderte Verbesserungsmaßnahmen achten.

4 10 Arbeitstage vor geplantem Audittermin.

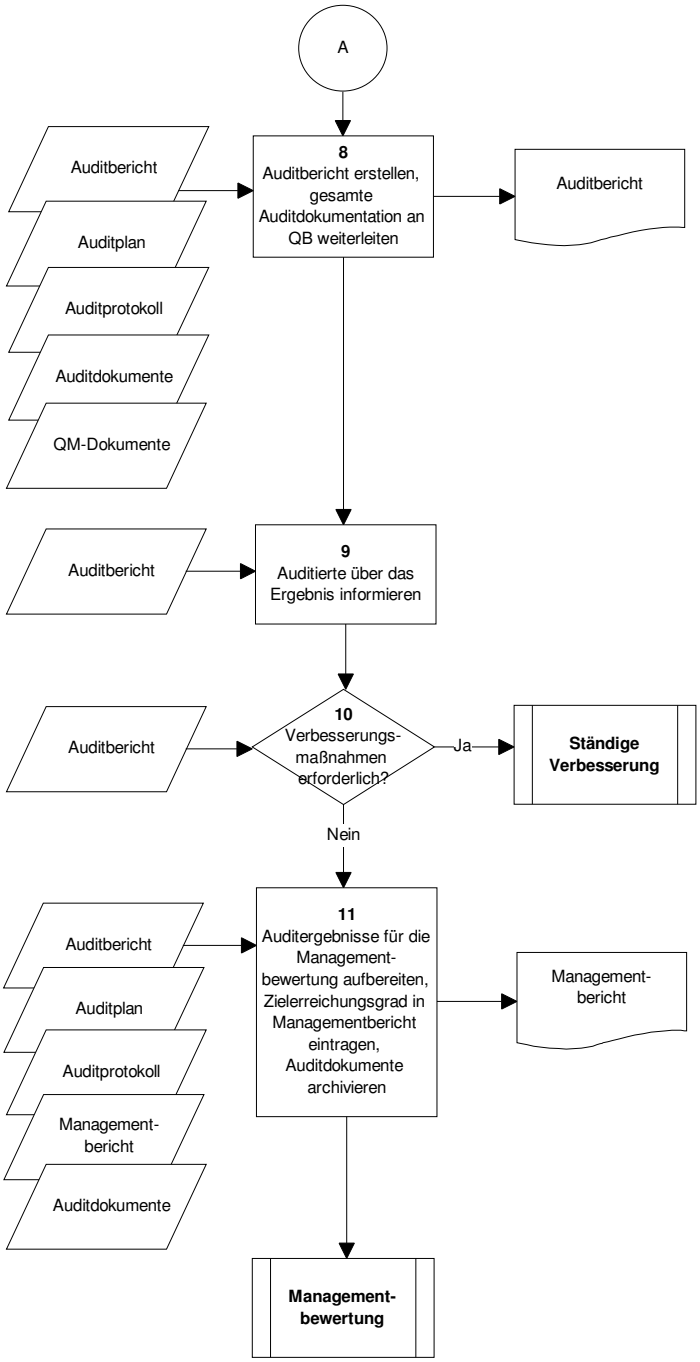
5 Kriterien
- Dokumentenkennzeichnung
- Vollständigkeit
- Nachvollziehbarkeit
- Überprüfbare Ziele/Maßstäbe
- Verteiler
- Verantwortlichkeiten
- Mitgeltende Unterlagen
- Beurteilung der Regelungen auf Sicherheit
- Kriterien zur Entscheidung
- Abdeckung der Normforderungen

6 Fragen zu:
- Ablageort der Regelung
- Bekanntheit der Regelung
- Kritischen Lenkungspunkten
- Entscheidungskriterien
- Abläufen
- Nachweisen
- Problemen in der Praxis
- Verbesserungsvorschlägen

7 Auditmethoden:
- Befragung von Mitarbeitern
- Befragung von Patienten / Bewohnern
- Befragung von Angehörigen
- Befragung von gesetzlichen Betreuern
- Befragung von sonstigen Kunden
- Befragung von Lieferanten
- Beobachtung von Tätigkeiten
- Auswerten von Dokumenten

Abkürzungen:

AD	Auditor/en
ADT	Auditierte/r
QB	Qualitätsbeauftragter



Nr.	E	D	M	I
8		AD		QB
9		QB	AD	ADT
10	QB		ADT	BZL
11		QB		BZL

Bemerkungen zum Prozess:

8 Innerhalb von 10 Arbeitstagen nach dem Audit

9 Mündliche Information, nur auf besonderen Wunsch Kopie des Auditberichts an die Auditierten weiterleiten.

10 Berücksichtigung der Dringlichkeit

Abkürzungen:

AD	Auditor/en
ADT	Auditierte/r
BZL	Betriebszweigleitung
QB	Qualitätsbeauftragter

Ermittelte Verbesserungspotentiale werden in einem standardisierten Prozess zielgerichtet bewertet und effektiv umgesetzt.

Ständige Qualitätsverbesserung

01 Ziele und Datenanalyse

- Systematische Verbesserung der Organisation.

Maßstab	Methode	Wer erhebt	Info an	Zyklus
Anzahl der Verbesserungsmaßnahmen pro Jahr im Verhältnis zum Vorjahr	Summierung	Qualitätsbeauftragter des Betriebszweigs	▸ Geschäftsführung der ZSG ▸ BZL	jährlich 02.01.

- Vorhandenes Wissen und Ideen zur Verbesserung der Organisation nutzen.

Maßstab	Methode	Wer erhebt	Info an	Zyklus
Anzahl der durch Mitarbeiter angeregten Verbesserungsmaßnahmen pro Jahr im Verhältnis zum Vorjahr	Summierung	Qualitätsbeauftragter des Betriebszweigs	▸ Geschäftsführung der ZSG ▸ BZL	jährlich 02.01.

02 Geltungsbereich

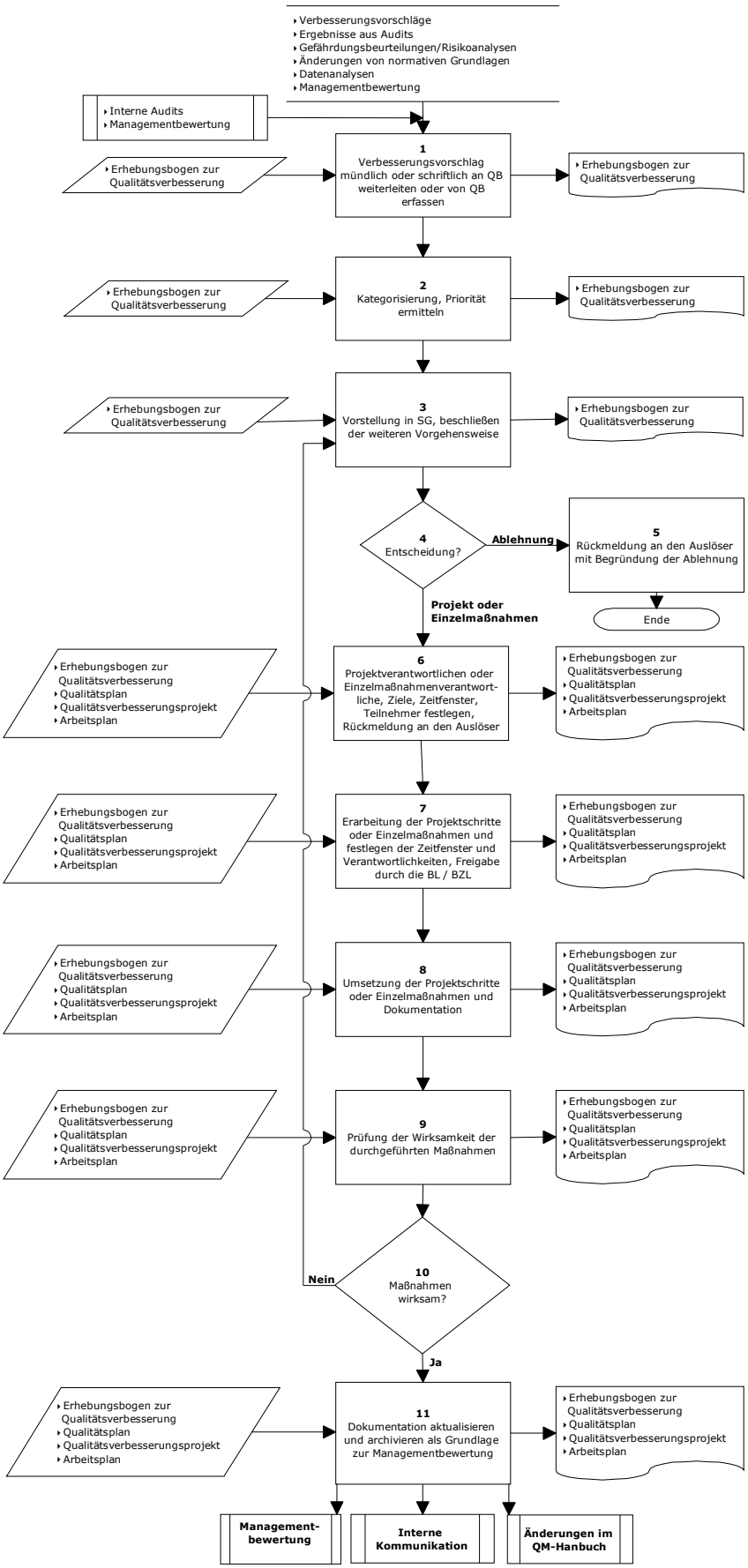
- Walter-Picard-Klinik Riedstadt

03 Mitgeltende Unterlagen

- Formular: Erhebungsbogen zur Qualitätsverbesserung
- Formular: Qualitätsplan/Qualitätsverbesserungsmaßnahmen/Status von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen
- Formular: Qualitätsverbesserungsprojekte
- Formular: Arbeitsplan

04 Regelungen und Begriffe zum Prozess

- Unter Qualitätsverbesserung werden alle Einzelmaßnahmen und Projekte verstanden, die bereits bestehende Regelungen und Abläufe korrigieren oder weiterentwickeln oder neue Regelungen und Abläufe festlegen.
- Der Prozess beschreibt das Vorgehen einer Qualitätsverbesserung von der Idee/Problem über die Entscheidung, ob Einzelmaßnahmen getroffen oder ein Projekt durchgeführt werden soll, bis hin zur Durchführung des Projektes einschließlich der Überprüfung auf die Wirksamkeit der erarbeiteten Maßnahmen.



Nr.	E	D	M	I
1		MA		QB
2		QB		
3	ZSG/ BZSG	QB		
4	ZSG/ BZSG	QB		QB
5		QB		MA
6		QB	BZL PRA	PR
7	BL/ BZL	PG/ EV	QB	
8		PG/ EV	QB	BZL
9		PG/ EV	QB	BZL
10	ZSG/ BZSG		QB	PG/ EV
11		QB	PRA	BZL PR

Bemerkungen zum Prozess:

2 Kategorien:
- Systematisch
- Einzelaspekt

Priorität:
1 Gefährdung von Patient/Bewohner oder Mitarbeiter
2 Verstoß gegen normative Grundlagen
3 hohe inhaltliche Priorität
4 niedrige inhaltliche Priorität

3 Vorgehensweise:
- Ablehnung
- Rückstellung
- Einzelmaßnahmen
- QV-Projekt

5 Telefonisch oder schriftlich

6 Projektnummer:
Bereich-Jahr-lfd. Nummer
(z.B. ZSP-2004-01).
Kopie des Projektplans an die PRA, die ihn zur Information an den PR weiterleitet.

7 Machbarkeitsprüfung in Verbindung mit der Freigabe.

9 Beispielhaftes Ausprobieren der vorgeschlagenen Maßnahmen (Probelauf).

10 Kriterien:
Zielvereinbarungen.
Überprüfung durch:
- Befragung
- Beobachtung
- Messung
- Audit

Abkürzungen:

BL	Betriebsleiter
BZL	Betriebszweigleitung
BZSG	Betriebszweigsteuerungsgruppe
EV	Einzelmaßnahmenverantwortlicher
MA	Mitarbeiter
PG	Projektgruppe
PR	Personalrat
PRA	Personal- und Rechtsabteilung
QB	Qualitätsbeautragter
SG	Steuerungsgruppe
ZSG	Zentrale Steuerungsgruppe

Die Wirksamkeit der Verbesserungen, die Erhöhung der Patientenzufriedenheit sowie die Beurteilung des Zielerreichungsgrades der Qualitätsziele erfolgt jährlich in Form einer Managementbewertung. Aus ihr werden Maßnahmepläne mit Verbesserungen und Projekten abgeleitet, die als Grundlage für die Qualitätsentwicklung des jeweiligen Folgejahres dienen.

5.01 Managementbewertung

01 Ziele und Datenanalyse

- Kontinuierliche Erhöhung der Zielerreichung der Qualitätsziele durch Verbesserungsmaßnahmen. Zielerreichungsgrad (Soll/Ist in %): Siehe Managementbericht.

Maßstab	Methode	Wer erhebt	Info an	Zyklus
Prozentualer Anteil der erreichten Ziele (=X) im Verhältnis zu allen Zielen.	Dreisatz: X = (Erreichte Ziele x 100) : (Anzahl aller Zielen pro Jahr).	▸ QB	▸ BL, BZL	Jährlich, 02.01.

02 Anwendungsbereich

- Zentrum für Soziale Psychiatrie Philippshospital

03 Mitgeltende Unterlagen

- Befragungsergebnisse
- Managementbericht
- Auditberichte
- Qualitätsplan
- Datenanalyse
- Qualitätspolitik
- Leitbild
- Prozessbeschreibungen

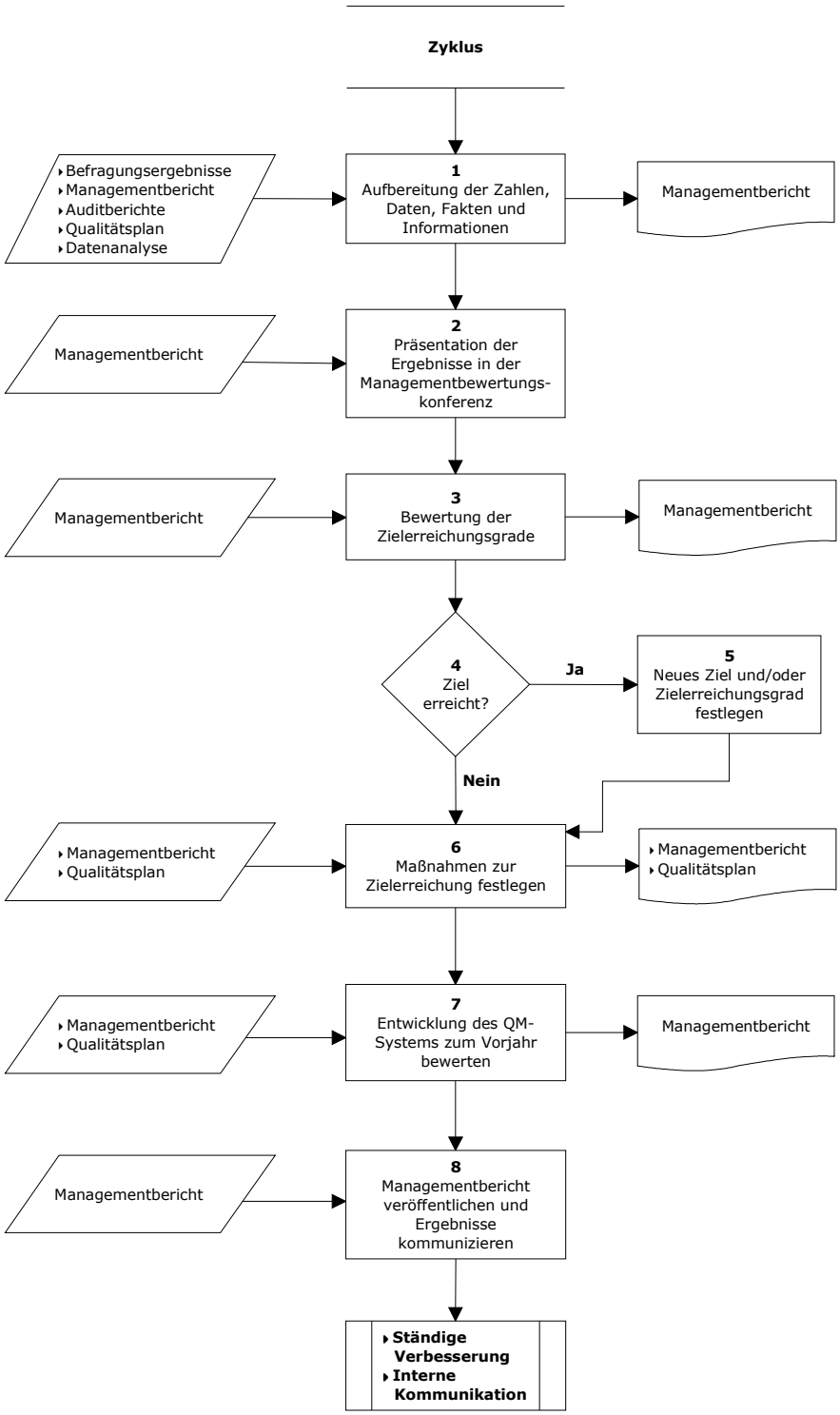
04 Erläuterungen zum Prozess

- Die Aufbereitung der Zahlen, Daten, Fakten und Informationen zur Durchführung der Managementbewertung erfolgt jeweils Anfang Januar eines Jahres durch den Beauftragten der obersten Leitung.
- Die Bewertung der Ergebnisse sowie die Festlegung von Verbesserungsmaßnahmen erfolgt durch die Betriebszweigleitungen in der Managementbewertungskonferenz im Januar eines Jahres.
- Die Ergebnisse werden in einem Managementbericht zusammengefasst und im Qualitätsmanagement-Handbuch veröffentlicht. Zusätzlich werden die Ergebnisse über die Besprechungsstruktur des ZSP Philippshospital kommuniziert.
- Die geplanten Maßnahmen zur Verbesserung werden in den Qualitätsplan übernommen und nach Dringlichkeit geordnet.
- Die geplanten Maßnahmen werden wie in der Prozessbeschreibung „Ständige Verbesserung“ erläutert umgesetzt und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. Nach der Umsetzung in die Praxis wird nach angemessener Zeit die Funktionsfähigkeit und der Zielerreichungsgrad durch interne Audits festgestellt.

05 Freigabedatum

Freigabe _____ _____

Betriebsleiter



Nr.	V	D	I
1	QB	QB	
2	BL	QB	
3	BL	BZL	
4	BL	BZL	
5	BL	BZL	
6	BL	BZL	
7	BL	BZL	
8	BL	QB	MA

Bemerkungen zum Prozess:

2 Teilnehmer:
BL, BZL, QB

8
- Die Veröffentlichung im QM-Handbuch erfolgt durch den QB
- Die Kommunikation erfolgt über die Besprechungsstruktur durch die jeweils Verantwortlichen

Abkürzungen:

BL	Betriebsleitung
BZL	Betriebszweigleitungen
QB	Qualitätsbeauftragter
MA	Mitarbeiter

2.09 Managementbericht

01 Qualitätsziele auf der Ebene der Qualitätspolitik

		Zielerreichungsgrad in %					
		2004		2005		2006	
Bereich	**Ziel**	**Soll**	**Ist**	**Soll**	**Ist**	**Soll**	**Ist**
Kunden	Hoher Grad an Zufriedenheit Methode: Befragung Maßstab: Anzahl der Kundenbefragungen mit dem Ergebnis „gut“ bis „sehr gut“ im Verhältnis zu allen Kundenbefragungen	80	70	90			
Angehörige/ Gesetzliche Betreuer	***Hoher Grad an Zufriedenheit der Angehörigen und gesetzlichen Betreuer durch systematische Zusammenarbeit.*** Methode: Befragung Maßstab: Anzahl der Befragungen mit dem Ergebnis „gut“ im Verhältnis zu allen Befragungen	90	95	100			
Mitarbeiter	Hoher Fachkräfteanteil mit unbefristetem Arbeitsverhältnis. Methode: Summierung/Dreisatz Maßstab: Anzahl der Mitarbeiter, die Fachkräfte sind mit unbefristetem Arbeitsverhältnis im Verhältnis zu allen Mitarbeitern	90	80	90			
	Hohe Anzahl von Verbesserungsvorschlägen der Mitarbeiter. Methode: Summierung/Dreisatz Maßstab: Anzahl der Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern im Verhältnis zu allen Verbesserungsvorschlägen	70	50	70			
Partner-schaftliche Beziehungen	Hohe Anzahl von Kooperationen mit externen Partnern zum gegenseitigen Nutzen. Methode: Summierung/Dreisatz Maßstab: Anzahl der festen externen Kooperationspartner im Verhältnis zu allen Kooperationen.	80	60	80			
Gesellschaft/ Kostenträger	Ausgeglichener Haushalt durch wirtschaftliche Betriebsführung unter Wahrung bedarfsgerechter Hilfen. Methode: Summierung/Dreisatz Maßstab: Anteil des Geldvolumens, das bei ausgeglichenem Haushalt direkt in die Behandlung und Förderung fließt, im Verhältnis zum Gesamtvolumen	80	60	70			
[...]	[...]	[...]	[...]	[...]			

02 Qualitätsziele auf der Ebene der Prozessbeschreibungen

		Zielerreichungsgrad in %					
		2004		**2005**		**2006**	
Bereich	**Ziel**	**Soll**	**Ist**	**Soll**	**Ist**	**Soll**	**Ist**
Leitungsbezogene Prozesse							
2.07 Interne Kommunikation	Sicherstellung des kontinuierlichen Informationsflusses im ZSP Philippshospital	90	89	100			
[...]							
Qualitätsmanagementbezogene Prozesse							
3.05 Neuerstellung und Änderung von Formularen	Schnelle Überprüfung und Freigabe von erarbeiteten oder geänderten Dokumenten.	80	90	100			
[...]							
Mitarbeiterbezogene Prozesse							
5.01 Einstellung neuer Mitarbeiter	Der richtige Mitarbeiter besetzt die richtige Stelle.	90	80	90			
[...]							
Administrative Prozesse							
6.04 Beschaffung	Die richtigen Produkte stehen rechtzeitig, unbeschädigt, in der erforderlichen Qualität und Anzahl zur Verfügung.	90	75	90			
[...]	[...]	[...]	[...]	[...]			

03 Qualitätsziele auf der Ebene der Arbeitsschritte

	Zielerreichungsgrad in %					
	2004		**2005**		**2006**	
Bereich	**Soll**	**Ist**	**Soll**	**Ist**	**Soll**	**Ist**
Prozessschritte 5.01 Einstellung neuer Mitarbeiter	100	94	100			
Prozessschritte 6.04 Beschaffung	80	72	100			
[...]	[...]	[...]	[...]			

04 Maßnahmen

Bereich	Maßnahmen
Qualitätsziel: Hoher Grad an Zufriedenheit	▸ Filterung der Befragungsergebnisse im Hinblick auf Unzufriedenheitsschwerpunkte ▸ Einrichtung einer Projektgruppe „Erarbeitung von Lösungen zur Beseitigung der Unzufriedenheitsschwerpunkte“
Prozessschritte 6.04 Beschaffung	▸ Einrichtung einer Projektgruppe „Lieferantenbeurteilung“ ▸ Überarbeitung des Standards „Lieferantenbewertung“
[...]	[...]

05 Zusammenfassende Bewertung

Kunden **Mitarbeiter** **Verwaltung** **[...]**

E3 Externe Qualitätssicherung

Über die interne Qualitätssicherung hinaus, wird durch einen externen Qualitätsberater die Qualitätsentwicklung begleitet und mit anderen Häusern gleicher Aufgabenstellung im Sinne eines Benchmarking verglichen. Hierzu zählen auch Vergleiche in Bezug auf die Patientenzufriedenheit. Durch die externe Überwachung der internen Audits und durch externe Systemaudits werden zusätzlich Impulse für die fachliche und organisatorische Weiterentwicklung gegeben. Darüber hinaus erfolgt eine externe Bestätigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses durch eine unabhängige Prüforganisation in Form einer Zertifizierung auf der Grundlage der DIN EN ISO 9001:2000.

F QM-Projekte

Die geschilderte Systematik zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung hat 2004 zu einer Reihe von Verbesserungsprojekten geführt, von denen die gewichtigsten kurz dargestellt werden.

1. Wichtiger Baustein der ständigen Qualitätsverbesserung im Jahr 2004 war die Einführung und Umsetzung des Projektes Integrierte Behandlungsplanung. Ziel dieses Projektes ist die berufsgruppenübergreifende und an den individuellen Ressourcen und Bedürfnissen ebenso wie an den Behandlungsnotwendigkeiten orientierte gemeinsame Planung der Behandlung, deren einheitliche, von allen Berufsgruppen zu führende Dokumentation und eine ebenso berufsgruppenübergreifende fortlaufende Überprüfung der einzelnen Behandlungsziele sowie eine entsprechende zeitnahe Korrektur des integrierten Behandlungsplanes bei Zielabweichungen. Zur Realisierung wurde zunächst durch die Fachhochschule Darmstadt eine Untersuchung der bisher durchgeführten Dokumentation unternommen. Anhand dieser Ergebnisse wurde ein auf die spezifischen Bedürfnisse des Hauses abgestelltes Training entwickelt, an dem alle Teams nach einem entsprechenden Lehrplan teilnahmen.

2. Im Berichtsjahr wurden alle ärztlichen und psychologischen Mitarbeiter in dem im Hause gemeinsam mit einem Software-Anbieter entwickelten Krankenhausinformationssystem geschult, welches in der Folge mit Erfolg umgesetzt wurde. Dieses Krankenhausinformationssystem ist an den Bedürfnissen des Hauses mittels eines eigens hierfür erstellten Lastenheftes entwickelt worden und wird stufenweise fortgeschrieben.

3. Im Sommer 2004 wurden in Zusammenarbeit mit der Firma Metrik in allen Abteilungen des Hauses (außer in der Gerontopsychiatrie) Patientenbefragungen durchgeführt. Hieran nahmen 793 Patienten teil. Die Auswertung wurde zwischenzeitlich allen Mitarbeitern zur Kenntnis gegeben mit dem Auftrag, entsprechende Qualitätsverbesserungsprojekte zu entwerfen.

4. Im Jahr 2004 wurde die Patientencafeteria namens Cafe Ginkgo eröffnet. Mit der Patientencafeteria erhalten die Patienten erstmals in der Geschichte der Klinik die Gelegenheit eines ganztägig und an allen Wochentagen geöffneten gastronomischen Angebotes. In der Patientencafeteria werden Frühstück, Mittagessen sowie Kaffee und Kuchen angeboten, ferner werden Zeitschriften und Artikel des täglichen Gebrauchs verkauft. Alle gehfähigen Patienten nehmen jetzt ihr Mittagessen in der Patientencafeteria und nicht mehr wie bisher auf der Station ein, was ebenso zur Normalisierung des Alltags beiträgt wie der Umstand, dass die Mitarbeiter des Zentrums für Soziale Psychiatrie in der gleichen Cafeteria ihr Mittagessen einnehmen. Hierfür wurde die ehemalige Personalkantine ebenso aufgelöst wie das Patientencafé, welches lediglich in den Nachmittagsstunden geöffnet hatte.

5. Zur Verbesserung der Dokumentationsinstrumente wurde ein Qualitätsverbesserungsprojekt eingerichtet mit dem Ziel, die Dokumentationsinstrumente der Interdisziplinären Behandlungsplanung anzupassen. Einerseits soll die pflegerische und ärztliche/therapeutische Dokumentation zusammengeführt werden, andererseits sollen die Dokumente so verifiziert werden, dass sie Eingang in die digitale Patientenakte finden. Die theoretische Annahme, dass hierdurch Parallelstrukturen vermieden, Arbeitsprozesse effizienter gestaltet und der Informationsfluss optimiert werden, soll durch das Hessische Institut für Pflegeforschung 2006 auf wissenschaftlicher Basis evaluiert werden. Ein Dokumentationsscreening zur Ist-Analyse wurde 2003 bereits durchgeführt. Das Projekt und deren Ergebnis werden abschließend in der Öffentlichkeit publiziert.

Schlusswort

Die optimale Versorgung der Patienten steht im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Handlungsleitend ist dabei die ständige Weiterentwicklung der fachlichen Grundlagen, um stets die effektivsten und effizientesten Behandlungsmethoden anwenden zu können. Systematisches Qualitätsmanagement, wie es in unserem Hause betrieben wird, ist das geeignete Instrument für die Kontinuität dieses Prozesses bei gleichzeitiger Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Die Ergebnisqualität der Leistungen zeigt sich letztlich deshalb in dem hohen Grad an Zufriedenheit und individuell erlebter Lebensqualität unserer Patienten.