

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses
(Anschrift, e-Mail-Adresse, Internetadresse)
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
64560 Riedstadt; Internetadresse: www.zsp-riedstadt.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?
260 610 781

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)
88

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten:

Ambulante Patienten:

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.)				
...				
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			
2			
3			
4			
....			

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

Kinder- und Jugendpsychiatrische Vollversorgung

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)

Institutsambulanzen in Riedstadt, Heppenheim und Höchst i.O.

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	
	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>
Computertomographie (CT)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>
Magnetresonanztomographie (MRT)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>
Herzkatheterlabor	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>
Szintigraphie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>
Positronenemissionstomographie (PET)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>
Elektroenzephalogramm (EEG)	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>
Angiographie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>
Schlaflabor	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>
.....	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

	Vorhanden	
	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Physiotherapie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Dialyse	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>
Logopädie	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ergotherapie	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schmerztherapie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>
Eigenblutspende	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gruppenpsychotherapie	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Einzelpsychotherapie	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Psychoedukation	Ja <input checked="" type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Thrombolyse	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bestrahlung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input checked="" type="checkbox"/>
.....	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

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	F. 92	115	Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
2	F. 93	91	Emotionale Störung
3	F. 91	48	Störung des Sozialverhaltens
4	F. 32	41	Depressive Episode
5	F. 34	33	Dysthymia
6	F. 90	33	Hyperkinetische Störung
7	F. 43	26	Posttraumatische Belastungsstörung/Anpassungsstörung
8	F. 94	25	Bindungsstörung des Kindesalters
9	F. 20	21	Schizophrenie
10	F. 50	10	Eßstörung

* 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 (vollständig)	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)	<input type="text"/>
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V) 8074	<input type="text"/>
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	<input type="text"/>

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			
...	...	13	7	6
3700	Sonstige Fachabteilung	Kinder u. Jugendpsychiatrie		
	Gesamt			

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): 1

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 Fachabteilung	67,14 inkl. Erzieher	72% inkl. Erziehér	17% Fachkr.pfleger/-schwestern f. Psychiatrie	11% inkl. Kinderpflegerinnen
	Gesamt	67,14	72%	17%	11%

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	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
2	Cholezystektomie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
3	Gynäkologische Operationen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
6	Herzschrittmacher-Revision	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
7	Herztransplantation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrocantäre Frakturen)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
10	Karotis-Rekonstruktion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
15	Koronarchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
16	Mammachirurgie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
17	Perinatalmedizin	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
19	Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
		Ja	Nein	Ja	Nein	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
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)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a) ²	pro Arzt (4b) ²	
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)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a)/ pro Arzt (4b) ²		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe 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)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a)/ pro Arzt (4b) ²		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe 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						
Stammzelltransplantation		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)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a)/ pro Arzt (4b) ²		
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

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters Riedstadt beschäftigt sich fortlaufend 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

- ▶ Das Zentrum für Soziale Psychiatrie Philipppshospital, eine Einrichtung des LWV Hessen, ist als gGmbH zu organisieren. Das Unternehmen wird mit seinen Servicebereichen wirtschaftlich eigenständig und verantwortlich geführt.
Ziel: Umgründung zur gGmbH bis 01.01.2006.
- ▶ Das ZSP Philipppshospital und seine Betriebszweige erfüllen ihren Versorgungsauftrag gemäß entsprechender vertraglicher Vereinbarungen und für die nach dem Hessischen Krankenhausplan zugewiesenen Regionen.
Ziel: Vertragliche Vereinbarungen und Vorgaben werden erfüllt.
- ▶ Im Rahmen dieses Versorgungsauftrages bieten die Betriebszweige des ZSP Philipppshospital allen behinderten und kranken Menschen aus der Region eine ihren Bedürfnissen und den wirtschaftlichen Anforderungen entsprechende Behandlung und Betreuung an, welche sich den Prinzipien der Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Integration verpflichtet.
Ziel: Fachgerechte Behandlung / Betreuung aller Patienten / Bewohner.
- ▶ Die Behandlung und Betreuung sollen sowohl zentral am Standort des ZSP Philipppshospital in Riedstadt als auch dem Bedarf entsprechend dezentral vorgehalten werden. Dies geschieht in einer differenzierten Struktur, welche Angebote der integrierten Versorgung ebenso umfasst wie ambulante Angebote, Tageskliniken, dezentrale in Wohnverbänden organisierte Wohngemeinschaften und Wohnheime sowie tagesstrukturierende Angebote. Hierfür arbeiten die Betriebszweige des ZSP Philipppshospital eng mit den bestehenden gemeindepsychiatrischen Verbänden und den regionalen Betreuungsnetzwerken zusammen.
Ziel: Auf- und Ausbau dezentraler Versorgungsangebote und Gründung von Versorgungsverbänden bis 2010.
- ▶ Darüber hinaus bieten und entwickeln die Betriebszweige des ZSP Philipppshospital auf Grund ihrer hohen Fachkompetenz spezialisierte und überregional nutzbare Leistungsangebote und gehen zu diesem Zwecke auch strategische Partnerschaften ein.
Ziel: Entwicklung entsprechender Konzepte bis 2006.
- ▶ Durch die Entwicklung und Pflege eines Qualitätsmanagementsystems soll die Qualität der Dienstleistungen ständig verbessert werden. An diesem Prozess sollen Mitarbeiter und Kunden aktiv beteiligt sein.
Ziel: Zertifizierungsfähiges QM-System nach DIN EN ISO 9001 bis spätestens 2008.
- ▶ Die Beschäftigung und Förderung von leistungsbereiten und für ihre Aufgaben gut qualifizierten Mitarbeitern, die sich mit den Betriebszielen identifizieren, ist ein besonderes Anliegen des ZSP Philipppshospital.

Ziel: Hoher Fachkräfteanteil, hohe Mitarbeiterzufriedenheit.

- ▶ Das ZSP Philipppshospital legt besonderen Wert auf eine qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung. Hierzu unterhält es eine Krankenpflegeschule und kooperiert eng mit Bildungsinstituten und Hochschulen.

Ziel: Erhalt der Krankenpflegeschule am jetzigen Standort. Entwicklung eines Konzeptes für eine gemeinsame IBF bis Dezember 2005.

- ▶ Das ZSP Philipppshospital evaluiert die Ergebnisse seiner Tätigkeit fortlaufend und versichert sich hierbei der Kooperation mit unabhängigen Instituten und Hochschulen.

Ziel: Anerkennung der WPK und KPPKJ als Akademische Lehrkrankenhäuser sowie Kooperationsabsprachen bis Ende 2005.

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.

Fachliche Leitlinien

- ▶ Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (AWMF Online, Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen-medizinischen Fachgesellschaften); siehe Internet.
- ▶ Auf Basis des multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen des Kindes- u. Jugendalters nach ICD 10 der WHO, sowie diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen nach DSM-IV.; siehe Internet.
- ▶ Leitlinie: Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungszieles in der Kinder- u. Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Ausarbeitung der Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- u. Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V. vom 07. Januar 2000).
- ▶ Verfahrensvereinbarung über die Zusammenarbeit vom Kreis-Jugendamt Groß-Gerau und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Riedstadt vom 04.05.2005.
- ▶ Inhaltliche Vorgaben der Psychiatrie- Personalverordnung (Psych- PV)
- ▶ Ganzheitliches Pflegesystem in Form der Bezugs- und Gruppenpflege
- ▶ Pflegeprozeß als Problemlösungs- und Beziehungsprozeß auf der Grundlage der 18 Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) in Anlehnung nach Abderhalden von der Kaderschule Schweiz

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E1 QM-Struktur

Das Qualitätsmanagement-System des ZSP Philipppshospital 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 Betriebszweigeleitungen 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 Teilnahmeverfahren nach dem HPVG werden hierdurch nicht ersetzt.

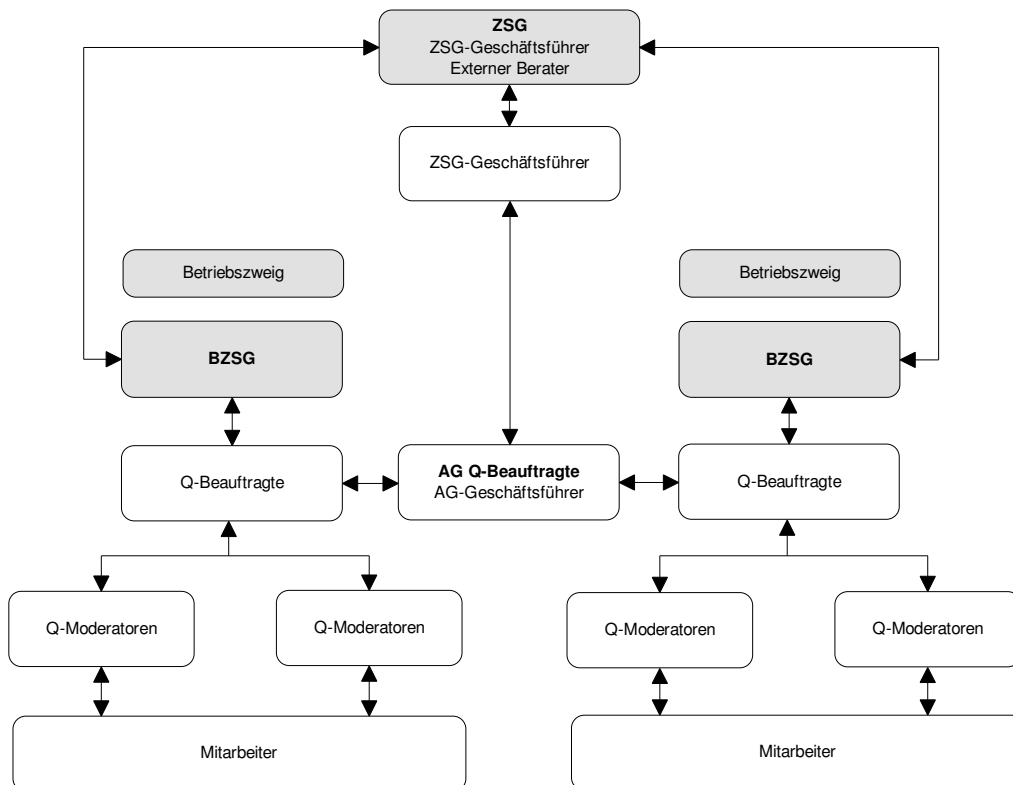
Betriebszweigsteuerungsgruppen (BZSG) koordinieren den Prozess der Entwicklung und Fortschreibung sowie die Vernetzung der betriebszweigspezifischen Teile des Qualitätsmanagement-Systems. Sie identifizieren **betriebszweigspezifische Prozesse, Standards und Regelungen** und beauftragen Projektgruppen 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 Betriebszweigeleitungen zur Prüfung und Einleitung der erforderlichen Teilnahmeverfahren zugeleitet. Nach Abschluss der Teilnahmeverfahren werden sie durch die gemäß Geschäftsordnung verantwortlichen Mitglieder der Betriebszweigeleitungen freigegeben. Die Mitglieder der Betriebszweigsteuerungsgruppen werden durch die Betriebszweigeleitungen 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 Teilnahmeverfahren 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 Betriebszweigeleitungen 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.



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
<ul style="list-style-type: none"> Prozentualer Anteil der Prozesse, Arbeitsanweisungen und Standards, die mindestens einmal im Jahr auditiert wurden (=X) im Verhältnis zu allen beschriebenen Prozessen, Arbeitsanweisungen und Standards 	<ul style="list-style-type: none"> Dreisatz: $X = (\text{Anzahl der Prozesse, Arbeitsanweisungen und Standards, die mindestens einmal im Jahr auditiert wurden} \times 100) : (\text{Gesamtzahl der beschriebenen Prozesse, Arbeitsanweisungen und Standards})$ 	Qualitätsbeauftragter	Betriebszweigleitung	Jährlich 02.01.

02 Geltungsbereich

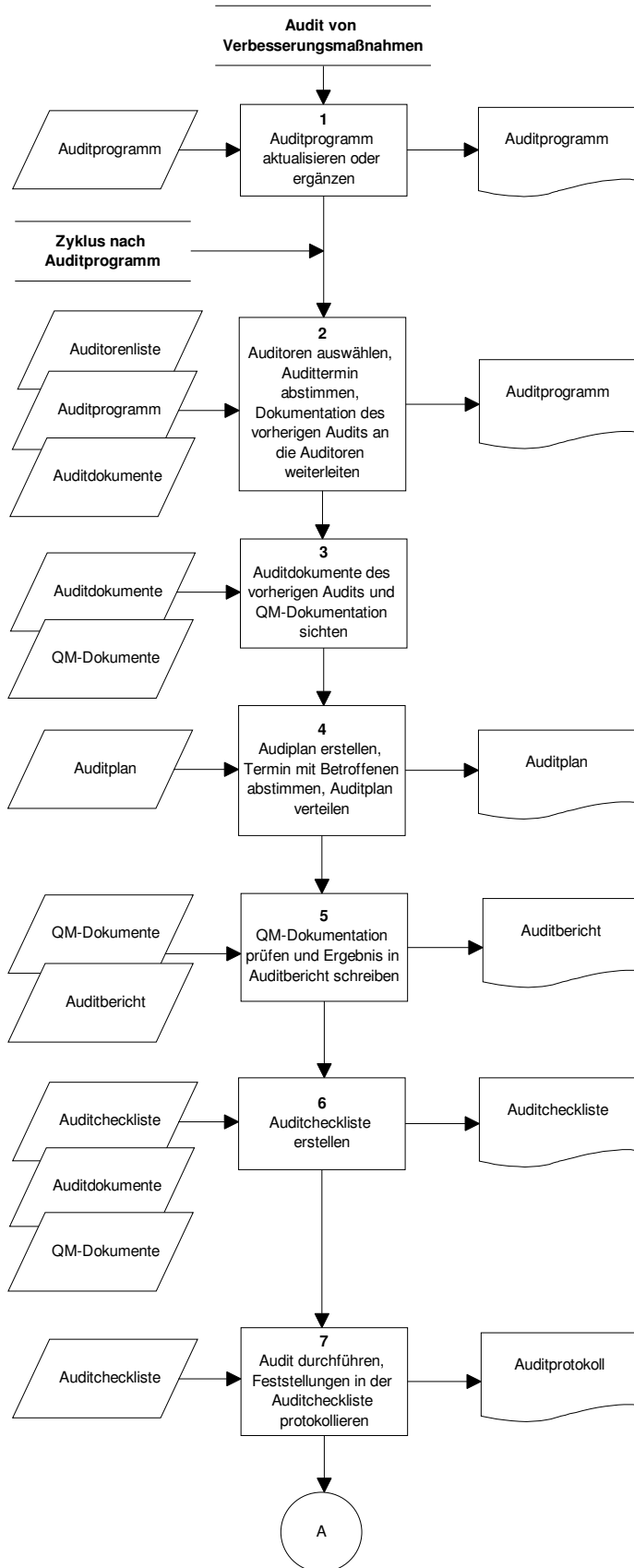
- ▶ ZSP Philippshospital Riedstadt

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.



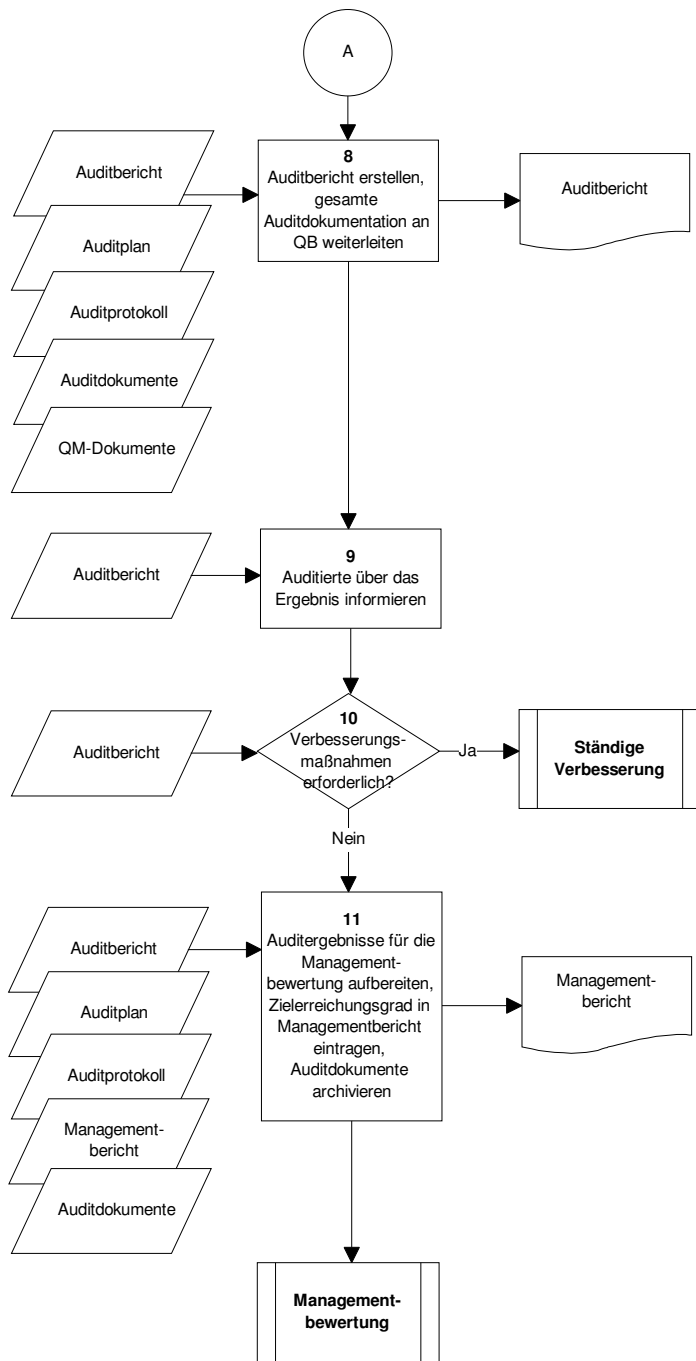
Nr.	E	D	M	I
1		QB		
2		QB		AD
3		AD		
4		AD		ADT
5		AD		
6		AD		
7		AD	ADT	

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 Auditiertere/r
 BZL Betriebszweingleitung
 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	<ul style="list-style-type: none">▶ 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	<ul style="list-style-type: none">▶ Geschäftsführung der ZSG▶ BZL	jährlich 02.01.

02 Geltungsbereich

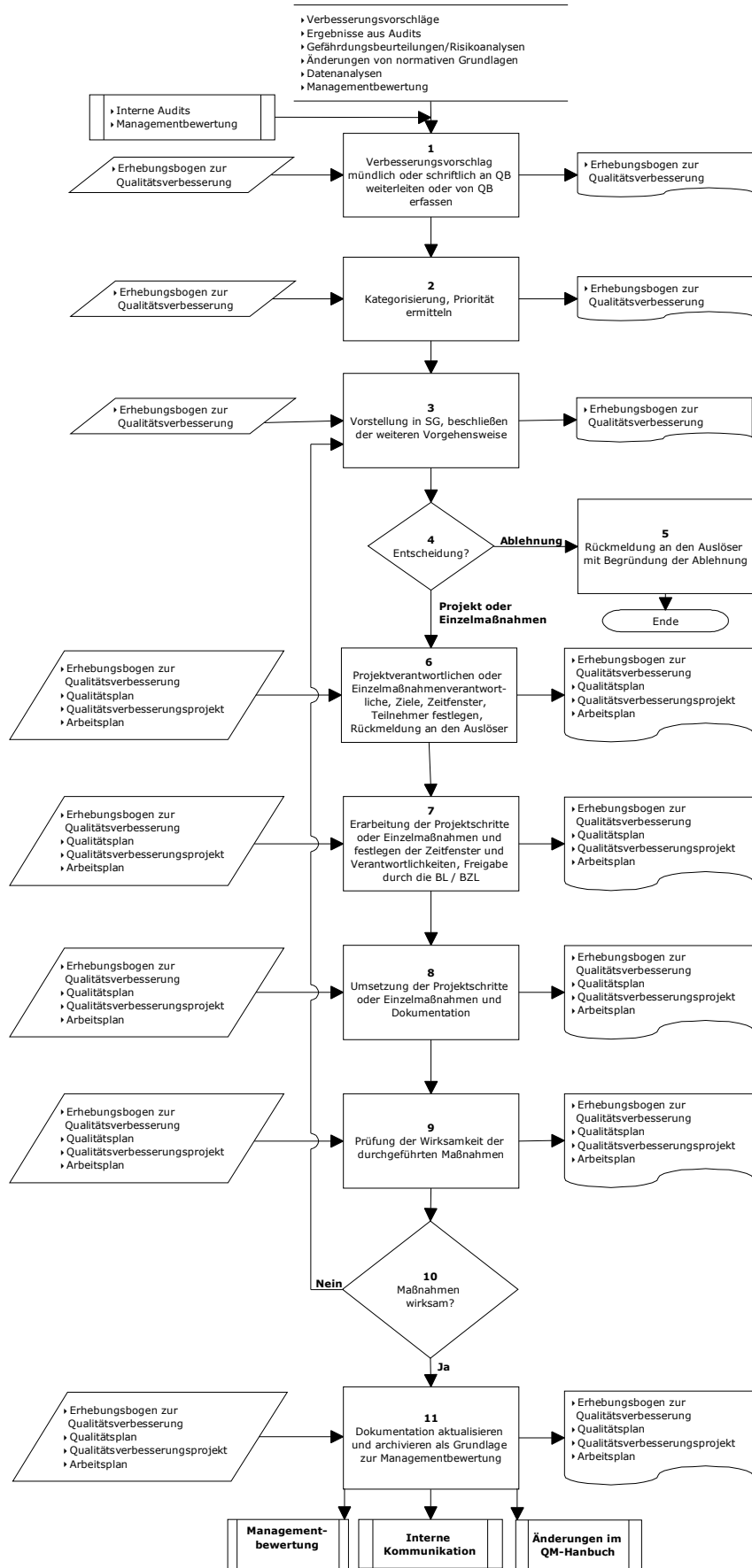
- ▶ ZSP Philipppshospital Riedstadt

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-ld. 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 Qualitätsbeauftragter
 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 Maßnahmenpläne mit Verbesserungen und Projekten abgeleitet, die als Grundlage für die Qualitätsentwicklung des jeweiligen Folgejahres dienen.

ZSP Philipppshospital	Qualitätsmanagement-Handbuch	Stand:Version: 1.0
	2.08 Managementbewertung	Seite: 1/2

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: $X = (\text{Erreichte Ziele} \times 100) : (\text{Anzahl aller Zielen pro Jahr})$.	▶ QB	▶ GF, PL	Jährlich, 02.01.

02 Anwendungsbereich

- ▶ Zentrum für Soziale Psychiatrie Philipppshospital

03 Mitgeltende Unterlagen

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Befragungsergebnisse ▶ Managementbericht ▶ Auditberichte ▶ Qualitätsplan | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Datenanalyse ▶ Qualitätspolitik ▶ Leitbild ▶ Prozessbeschreibungen |
|---|---|

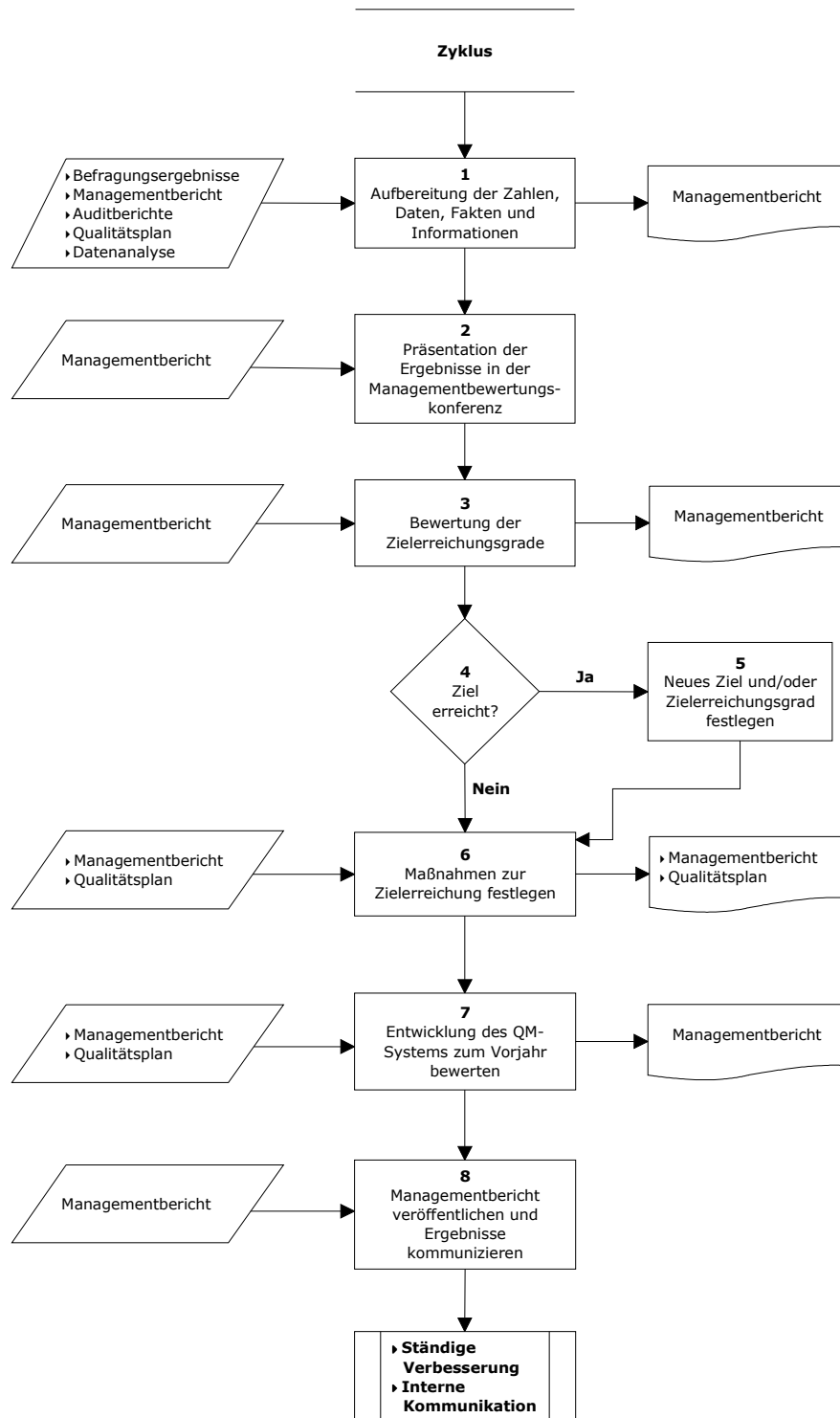
04 Erläuterungen zum Prozess

- ▶ 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 Wohneinrichtungsleitung 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 der Wohneinrichtung 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

**Freigab
e**

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:
GF, PL, VL, WBL, QB
- 8
 - Die Veröffentlichung im QM-Handbuch erfolgt durch den QB
 - Die Kommunikation erfolgt über die Besprechungsstruktur durch die jeweils Verantwortlichen

Abkürzungen:

GF	Geschäftsführer
PL	Pädagogischer Leiter
VL	Verwaltungsleiter
WBL	Wohnbereichsleiter
QB	Qualitätsbeauftragter
MA	Mitarbeiter

2.09 Managementbericht**01 Qualitätsziele auf der Ebene der Qualitätspolitik**

Bereich	Ziel	Zielerreichungsgrad in %					
		2004		2005		2006	
		Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist
Kunden	Hoher Grad an Zufriedenheit Methode: Befragung Maßstab: Anzahl der Bewohnerbefragungen mit dem Ergebnis „gut“ bis „sehr gut“ im Verhältnis zu allen Bewohnerbefragungen	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 Fachkräfte im Erziehungsdienst mit unbefristetem Arbeitsverhältnis im Verhältnis zu allen Mitarbeitern im Erziehungsdienst	90	80	90			
	Hohe Anzahl von Verbesserungsvorschlägen der Mitarbeiter. Methode: Summierung/Dreisatz Maßstab: Anzahl der Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern des Erziehungsdienstes 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 Begleitung und Förderung fließt, im Verhältnis zum Gesamtvolumen	80	60	70			
[...]	[...]	[...]	[...]	[...]			

02 Qualitätsziele auf der Ebene der Prozessbeschreibungen

Bereich	Ziel	Zielerreichungsgrad in %					
		2004		2005		2006	
		Soll	Ist	Soll	Ist	Soll	Ist
Leitungsbezogene Prozesse							
2.07 Interne Kommunikation	Sicherstellung des kontinuierlichen Informationsflusses in der Wohneinrichtung.	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

Bereich	Zielerreichungsgrad in %					
	2004		2005		2006	
	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	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Filterung der Befragungsergebnisse im Hinblick auf Unzufriedenheitsschwerpunkte ▶ Einrichtung einer Projektgruppe „Erarbeitung von Lösungen zur Beseitigung der Unzufriedenheitsschwerpunkte“
Prozessschritte 6.04 Beschaffung	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 Prüforgansation 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 wichtigsten kurz dargestellt werden.

- ▶ Erarbeitung von Personalentwicklungskonzepten
- ▶ Verkleinerung der Kinderstation nach Vorgaben der Psych-PV durch Schaffung einer weiteren Krankenstation
- ▶ Qualitätszirkel zur Optimierung der Arbeitsabläufe
- ▶ Erarbeitung eines Kooperationsvertrages mit dem Jugendamt Groß- Gerau zur Verbesserung der Schnittstelle Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie
- ▶ Projektgruppe: Erstellen eines Behandlungsstandards Anorexia nervosa
- ▶ Erarbeitung eines Ärztehandbuches mit Behandlungsstandards, Richtlinien und Organisationsabläufen
- ▶ Regelmäßige Mitarbeiterinformationsveranstaltungen zur Erhöhung der Transparenz, Motivation und Identifikation der Mitarbeiter mit der Klinik

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.

G: Weitere Informationen

- Verantwortlich für den Qualitätsbericht : Kurt Ernst, Betriebsleiter
Dr. Eberhard Meyer, Ärztlicher Direktor
Alois Müller, Krankenpflegedirektor
- Ansprechpartner: Qualitätsbeauftragte: Dr. Thomas Doepfmer,
stellv. Ärztlicher Direktor
Inka Schwab- Schließmann,
stellv. Krankenpflegedirektorin
- Weitere Informationen: www.zsp-riedstadt.de.