



Strukturierter Qualitätsbericht

Gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
Für nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser

Krankenhaus: Zentrum für Soziale Psychiatrie Bergstraße

Institutionskennzeichen: 260610565

Anschrift: ZSP Bergstraße
64646 Heppenheim

Berichtsjahr 2004

Datum der Ausstellung: 11.04.05

Erstellt:

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

Freigegeben am 11.04.05

Berger-Schmitt	Dr. Hartmann	F.J. Büdinger
Betriebsleitung	Ärztl. Direktor	Pflegedirektor

1 Inhaltsverzeichnis

1	INHALTSVERZEICHNIS	2
2	BASISTEIL	3
A	ALLGEMEINE STRUKTUR- UND LEISTUNGSDATEN DES KRANKENHAUSES.....	3
B-1	FACHABTEILUNGSBEZOGENE STRUKTUR- UND LEISTUNGSDATEN DES KRANKENHAUSES.....	6
B-2	FACHABTEILUNGSÜBERGREIFENDE STRUKTUR- UND LEISTUNGSDATEN DES KRANKENHAUSES.....	7
C	QUALITÄTSSICHERUNG.....	9
C-1	EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG NACH § 137 SGB V.....	9
C-3	EXTERNE QUALITÄTSSICHERUNG NACH LANDESRECHT (§ 112 SGB V).....	9
C-4	QUALITÄTSSICHERUNGSMAßNAHMEN BEI DISEASE-MANAGEMENT -PROGRAMMEN (DMP)	9
C-5.1	UMSETZUNG DER MINDESTMENGENVEREINBARUNG NACH §137 ABS. 1 S.3 NR. 3 SGB V.....	9
G	WEITERGEHENDE INFORMATIONEN	10
H	AUSSTATTUNG	10
	SYSTEMTEIL	11
D	QUALITÄTSPOLITIK.....	11
	<i>Qualitätsmanagement, ein Überblick</i>	11
	MANAGEMENTBEWERTUNG NACH TQU.....	12
	QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM.....	12
	<i>Organisation des Qualitätsmanagements</i>	12
	<i>Methoden der internen Qualitätssicherung</i>	13
	SAMMLUNG UND ANALYSE QUALITÄTSRELEVANTER DATEN	14
	<i>Sammlung qualitätsrelevanter Daten</i>	14
	<i>Nutzung von Befragungen</i>	16
	<i>Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden</i>	16

2 Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

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

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260610565

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Landeswohlfahrtsverband Hessen

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

ja nein

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

284

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten:	<u>3246</u>
Ambulante Patienten:	<u>9579</u>

A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)*	Poliklinik/ Ambulanz ja (j) / nein(n)
2900	Allgemeine Psychiatrie	284	3246	HA	J
2931	Allg. P./SP Psychosomatik/-therapie	23	35	HA	J
2950	Allg. Psych./SP Suchtbehandlung	55	1514	HA	J
2951	Allg. Psych./SP Gerontopsychiatrie	55	484	HA	J
2960	Allg. P./Tagesklin. (f. teilstat. Pfleges.)	35	269	HA	J

* Nicht bettenführende Abteilung mit fachlich nicht weisungsgebundener Leitung nb eintragen

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

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

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

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

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung
ja

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

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

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

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

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

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

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

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Allgemeine Psychiatrie

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

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

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung

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

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung

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

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

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

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

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	F 10.2	678	Alkoholabhängigkeit
2	F 19.2	587	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch, Abhängigkeit
3	F 20.0	411	Paranoide Schizophrenie
4	F 32.2	134	Mittelgradige depressive Episode
5	F 43.2	131	Anpassungsstörungen
6	F 10.0	116	Akute Alkoholintoxikation
7	F 07.8	115	Organisch begründbare Persönlichkeits- u. Verhaltensstörungen
8	F 11.2	112	Opioidabhängigkeit
9	F 25.0	92	Schizoaffektive Störung, ggf. Manisch
10	F 43.0	73	Akute Belastungsreaktion

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

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

Nicht relevant

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

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

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

	Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)	
x	Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	<u>9579</u>
	Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	

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

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
2900	Allgemeine Psychiatrie	37	9	28
	Gesamt	37	9	28

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

2

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

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

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

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

0 %

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Nicht relevant

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

Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht	Teilnahme an der externen Qualitätssicherung	Dokumentationsrate	
			Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1 Aortenklappenchirurgie				

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:

Nicht relevant

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

Leistung ¹	OPS der erbrachten Leistungen ¹	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) <small>pro KH / pro Arzt/Operator</small>	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a)	pro registriertem Operateur (4b) ²	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
nicht relevant						

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

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

Lebertransplantation						
Nierentransplantation						

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Christian Schmidt-Anders

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

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

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

www.zsp-bergstrasse.de

H Ausstattung

H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

H-2 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

H-2.1 Für alle Fachabteilungen

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

Systemteil

D Qualitätspolitik

Qualitätsmanagement, ein Überblick

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

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

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

Der Aufbau des Qualitätsmanagementsystems wird verantwortlich von einem Qualitätskoordinator als Beauftragter der obersten Leitung mit entsprechenden Qualifikationen und Befugnissen durchgeführt.

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

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

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

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

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

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

Managementbewertung nach TQU

Die erste Managementbewertung wurde nach dem Voraudit EQ-ZERT zur Zertifizierung erstellt.

Eine zweite Managementbewertung erfolgte nach dem Verbesserungsprojekt „Prozesshaftigkeit der Therapien“ im Oktober 2004.

Eine Verbesserung des Gesamtsystems von 68 % auf 73% Umsetzung der DIN ISO 9001:2000 war zu verzeichnen

Qualitätsmanagementsystem

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

Das ZSP-Bergstraße ist 2004 bereits nach DIN ISO 9001:2000 und 14001 zertifiziert worden

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

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

Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

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

Die fachliche Begleitung der Bereiche / Stationen wird von Qualitätsbeauftragten übernommen, die eine Freistellung von bis zu maximal 49% ihrer vertraglich geregelten Arbeitszeit haben und in diesem Tätigkeitsfeld dem Qualitätskoordinator unterstellt sind.

Für alle MitarbeiterInnen im Qualitätsmanagement liegen Stellenbeschreibungen vor.

Das zentrale Organisationshandbuch gibt die verbindlichen Rahmenrichtlinien, Verfahrensanweisungen und Prozessbeschreibungen für den Bereich der Betriebsleitung und des Qualitätsmanagements im ZSP Bergstrasse nach DIN ISO 9001:2000 und DIN ISO 14011 vor und folgt den Inhalten und dem Geist des Leitbildes des ZSP Bergstrasse.

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

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

Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Jedes Jahr wird ein Auditplan für alle Bereiche des Hauses erstellt. Diese Audits werden von externen AuditorInnen bzw. Auditorenanwärterinnen oder von internen TQM Auditoren® durchgeführt. Eine Verfahrensanweisung regelt dieses Vorgehen. Diese Audits sind sowohl System- als auch Prozessaudits.

Weiterhin werden Kundenbefragungen und Lieferantenbefragungen sowie Begehungen Hygiene und Arbeitssicherheit durchgeführt.

Die Befragungen und die Prozessaudits dienen u. a. auch der Prozessvalidierung. Ein Schwerpunkt wird auf Prozessaudits in Bezug auf die Prozesshaftigkeit der Therapie gelegt. Abweichungen und Hinweise die sich aus diesen Audits oder Begehungen ergeben, werden nach der Verfahrensanweisung "Umgang mit Mängeln" behandelt. Sollten sich Projekte zur Qualitätsverbesserung aus diesen Mängeln ergeben, wird verfahren wie in der Prozessbeschreibung "Projektmanagement" beschrieben

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

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

Statistiken zum Nachweis von Veränderungen Qualitätsrelevanter Daten wie Patientenzufriedenheit, Zuweiserzufriedenheit, offener oder geschlossener Stationen, auftretender Mängel werden geführt.

Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

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

Sammlung qualitätsrelevanter Daten

Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben.

Folgende Daten und Statistiken werden erhoben:

Finanz- und Rechnungswesen / Controlling

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

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

 - Risikomanagement
 - Monats- Quartals- Jahresberichte und Hochrechnungen

Ärztl. Direktion

- Psych. BADO

Pflegedirektion

- Ausfallzeiten
- Personalbesetzung

Baubüro

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

Umweltmanagement

- Alle von der DIN ISO 14001 geforderten Statistiken

Qualitätsmanagement

- Statistik über Öffnungszeiten der Stationen und Gründen von Schließungen
- Patientenbefragungen intern
- Patientenbefragungen extern
- Zuweiserbefragungen extern
- Zufriedenheitsstatistiken Teilnehmer an Aus- Fort- und Weiterbildungskursen
- Zufriedenheitsstatistiken SchülerInnen der KPS
- Zufriedenheitsstatistiken externer Kooperationspartner der KPS
- Zufriedenheitsstatistiken Praxisanleitung interner u. externer SchülerInnen
- Managementbewertung nach TQU

Personalabteilung

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

Küche

- Kundenzufriedenheit über Qualitätsmanagement
- Verbrauchstatistiken der Stationen

Gärtnerei

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

Hygiene

- Infektionsstatistik
- Nosokomiale Krankenhausinfektionen (in Zusammenarbeit Labor Selig)

Nutzung von Befragungen

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

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

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

Ab 2005 wird innerhalb des LWV-Hessen in Bezug auf die Ergebnisse der Patientenbefragungen Benchmark betrieben

Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

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

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

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

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