

Strukturierter **2008**
Qualitätsbericht
gemäß §137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über das Berichtsjahr 2008

ST. ROCHUS-HOSPITAL
TELGTE



Eine Einrichtung der St. Franziskus-Stiftung Münster

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	3
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	4
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen	11
B-1 Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (2900).....	11
B-2 Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (2960).....	18
C Qualitätssicherung.....	23
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren).....	23
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	24
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	24
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	25
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V.....	25
C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“).....	25
D Qualitätsmanagement.....	26
D-1 Qualitätspolitik.....	26
D-2 Qualitätsziele.....	26
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	28
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements.....	30
D-5 Qualitätsmanagementprojekte.....	33
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements.....	35

Einleitung

Mit einer mehr als 160-jährigen Geschichte gehört das St. Rochus-Hospital zu den ältesten Psychiatrischen Fachkliniken Westfalens. 1844 wurde es von dem katholischen Orden der Franziskanerinnen von Münster St. Mauritz gegründet. Heute ist die St. Franziskus-Stiftung in Münster Träger des Krankenhauses.

Die Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt über 285 Behandlungsplätze und umfasst folgende Bereiche:

- Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychosomatik und Psychotherapie
- Gerontopsychiatrie
- Abhängigkeitserkrankungen
- Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychiatrische Institutsambulanz

In den Fachabteilungen und auf Spezialstationen (z. B. Depressionsstationen) werden im St. Rochus-Hospital alle seelischen Erkrankungen des Erwachsenenalters behandelt. Die Behandlungskonzepte basieren auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Der Behandlungsansatz ist grundsätzlich mehrdimensional. Dies bedeutet, es kommt je nach individuellem Bedarf eine breite Palette von Therapieangeboten zum Einsatz. Im Einzelnen seien genannt:

- verhaltenstherapeutische, psychodynamische und supportive Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- Angehörigenbegleitung und Familientherapie
- psychopharmakologische Behandlung
- Licht- und Wochtherapie, EKT
- Bewegungs- und Physiotherapie
- Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)
- Entspannungstraining
- Ergo- und Arbeitstherapie
- Kunst- und Gestalttherapie
- persönliche, unterstützende Pflege mit spezifischen, alltagspraktischen Einzel- und Gruppenangeboten.

Darüber hinaus begleiten die im St. Rochus-Hospital tätigen Seelsorger beider christlicher Konfessionen Patienten in Glaubens- und Lebensfragen, wenn diese es wünschen.

Ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Gesundheits- und Krankenpflegern sowie weiteren Therapeuten kümmert sich um das Wohl und die baldige Genesung jedes einzelnen Patienten. Auch die ansprechende, gleichermaßen moderne und freundliche Architektur und die liebevolle Ausstattung der Räumlichkeiten tragen im Sinne eines positiven Milieus zur Genesung bei.

Die Krankenhausleitung, vertreten durch den Geschäftsführer, Herrn Dipl.-Volkswirt Volker Hövelmann, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

St. Rochus-Hospital Telgte GmbH

Hausanschrift:

St. Rochus-Hospital Telgte GmbH
Am Rochus-Hospital 1
48291 Telgte

Postanschrift:

St. Rochus-Hospital Telgte GmbH
Postfach 120
48283 Telgte

Telefon / Fax

Tel. 02504/60-0
Fax 02504/60-119

Internet

E-Mail: info@srh-telgte.de
www.srh-telgte.de

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen:
260551096

A-3 Standort(nummer)

Standort(nummer):
00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

A-4.1 Name des Krankenhausträgers

St. Franziskus-Stiftung Münster
Sankt-Mauritz-Freiheit 46
48145 Münster

A-4.2 Art des Krankenhausträgers

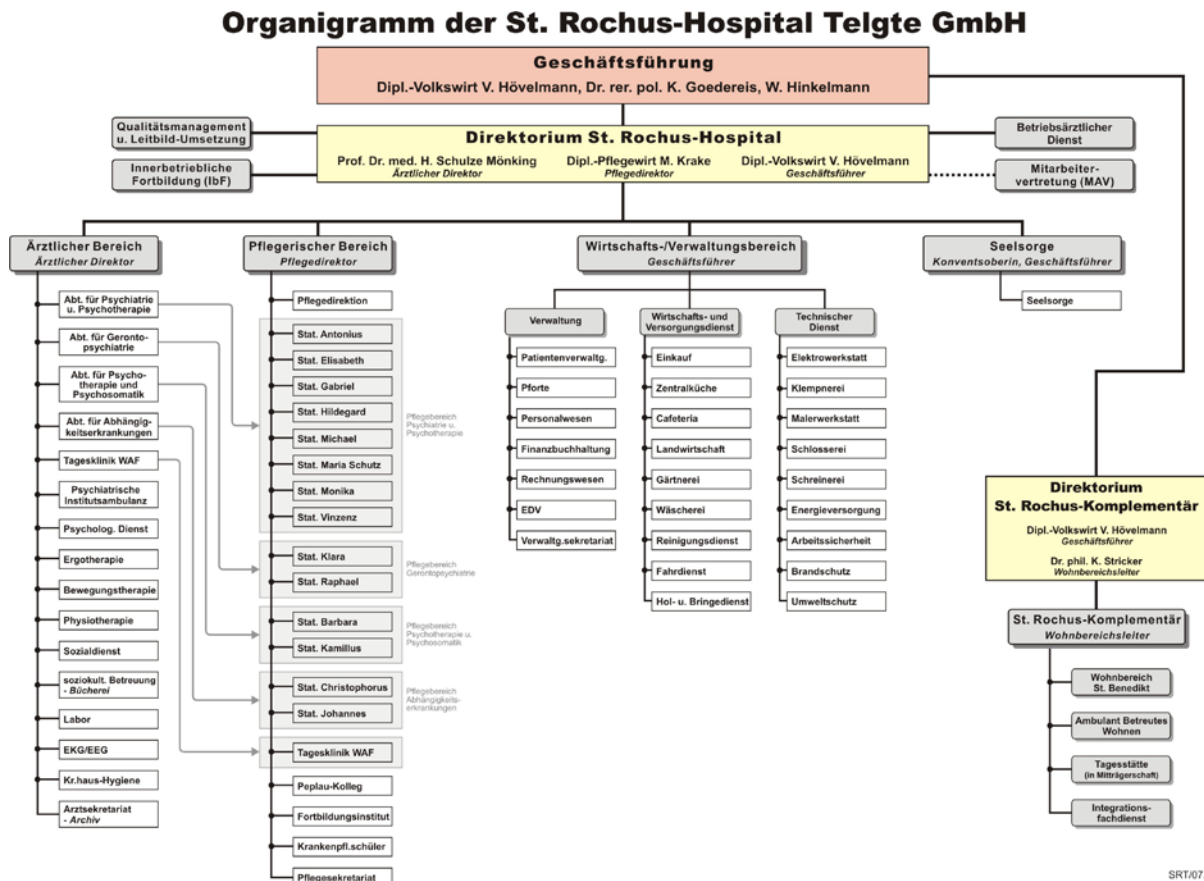
- freigemeinnützig
- öffentlich
- privat
- Sonstiges

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

- Ja
 Nein

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



SRT/07.07.05

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

- Ja
 Nein
 Trifft bei uns nicht zu

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Es existieren keine fachabteilungsübergreifenden Versorgungsschwerpunkte.

Fachabteilungsspezifische Versorgungsschwerpunkte sind bei B-[X].2 aufgeführt.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterungen
MP03	Angehörigenbetreuung/ -beratung/ -seminare	
MP53	Aromapflege/ -therapie	
MP04	Atemgymnastik/ -therapie	
MP56	Belastungstraining/ -therapie/ Arbeitserprobung	
MP07	Beratung/ Betreuung durch Sozialarbeiter	
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen/ Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP10	Bewegungsbad/ Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP15	Entlassungsmanagement/ Brückenpflege/ Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/ Arbeitstherapie	
MP58	Ethikberatung/ Ethische Fallbesprechung	
MP17	Fallmanagement/ Case Manage- ment/ Primary Nursing/ Bezugs- pflege	
MP59	Gedächtnistraining/ Hirn- leistungstraining/ Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP23	Kreativtherapie/ Kunsttherapie/ Theatertherapie/ Bibliothherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP28	Naturheilverfahren/ Homöopathie/ Phytotherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	
MP31	Physikalische Therapie/ Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik als Einzel- und/ oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse	

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterungen
MP34	Psychologisches/ psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	
MP35	Rückenschule/ Haltungsschulung/ Wirbelsäulengymnastik	
MP37	Schmerztherapie/ -management	
MP63	Sozialdienst	
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen	
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	
MP48	Wärme- u. Kälteanwendungen	
MP49	Wirbelsäulengymnastik	
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP00	Betreutes Wohnen	Ambulant betreutes Wohnen wird für Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung und für Menschen mit Suchterkrankungen angeboten. Regional ist das Angebot auf den Kreis Warendorf (Schwerpunkt Nordkreis) und den Ostteil von Münster beschränkt. Z.Z. werden etwa 70 Personen betreut.
MP00	Wohnheim für chronisch psychisch kranke Menschen	Wohnbereich St. Benedikt mit 85 Plätzen auf und neben dem Hospitalgelände sowie dezentral in Telgte
MP00	Tagesstätte Warendorf	Das St. Rochus-Hospital betreibt gemeinsam mit der St. Vincenz-Gesellschaft eine Tagesstätte für Menschen mit einer psychischen Erkrankung mit Standorten in Warendorf und Ahlen (insgesamt 36 Plätze).
MP00	Integrationsfachdienst	Als Vertragspartner des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe in Kooperation mit anderen Trägern wird ein Angebot zur Unterstützung der Integration von schwer behinderten Menschen in den allgemeinen Arbeitsmarkt vorgehalten. Sitz des Integrationsfachdienstes ist Ahlen.
MP00	Psychiatrische Institutsambulanz	Das St. Rochus-Hospital betreibt eine Psychiatrische Institutsambulanz. Ein multiprofessionelles Team, bestehend aus Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter, Ergotherapeut und Fachkrankenpfleger bietet die Möglichkeit, in schwerwiegenden Krankheitsfällen kompetente und engagierte Hilfe zu leisten.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-10 Fachabteilungsübergreifende nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/ Erläuterungen
SA01	Aufenthaltsräume	
SA04	Fernsehraum	
SA08	Teeküche für Patienten	
SA12	Balkon/ Terrasse	
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (z.B. Mineralwasser)	
SA44	Diät-/ Ernährungsangebot	
SA47	Nachmittagstee/ -kaffee	
SA24	Faxempfang für Patienten	
SA25	Fitnessraum	
SA49	Fortbildungsangebote/ Informationsveranstaltungen	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Patienten	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA51	Orientierungshilfen	
SA33	Parkanlage	
SA52	Postdienst	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA54	Tageszeitungsangebot	
SA55	Beschwerdemanagement	
SA56	Patientenfürsprache	
SA42	Seelsorge	
SA57	Sozialdienst	
SA58	Wohnberatung	

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

Das St. Rochus-Hospital beteiligt sich an Projekten zur Versorgungsforschung in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Münster.

Der Ärztliche Direktor ist außerplanmäßiger Professor der Universität Münster. Er hält Seminare für Studenten unterschiedlicher Semester und betreut wissenschaftliche Arbeiten (Dissertationen). Im Rahmen einer Kooperation mit der Universität Münster absolvieren Medizinstudenten regelmäßig ihre klinischen Praktika im St. Rochus-Hospital.

Der Ärztliche Direktor besitzt die volle Weiterbildungsermächtigung für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie und für die berufsbegleitende Weiterbildung Psychotherapie. Er ist zudem Sprecher des Weiterbildungsverbundes PPWM, welcher die theoretische Weiterbildung für die Assistenzärzte von insgesamt acht beteiligten Kliniken leistet.

Das St. Rochus-Hospital ist beteiligt an der Ausbildungsstätte für Kranken- und Gesundheitspflege des St. Franziskus-Hospitals in Münster. Weiterhin betreibt es in Kooperation mit 20 weiteren psychiatrischen Kliniken eine Ausbildungsstätte zur Fachweiterbildung Psychiatrie für Krankenpflegekräfte.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-11.2 Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar/ Erläuterungen
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar/ Erläuterungen
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	
HB03	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
HB06	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

285 Betten

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Vollstationäre Fallzahl	
Fallzahl	3443
Ambulante Fallzahl	
Fallzählweise	2520
Quartalszählweise	---
Patientenzählweise	---
Sonstige Zählweise	---

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterungen
Ärztinnen/Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	38,9 Vollkräfte	
- davon Fachärztinnen/-ärzte	19,4 Vollkräfte	
Belegärztinnen/-ärzte (nach §121 SGB V)	0 Personen	
Ärztinnen/Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0 Vollkräfte	

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterungen
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	174,1 Vollkräfte	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Altenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	8,3 Vollkräfte	
Pflegeassistenten/-assistentinnen (Zweijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Krankenpflegehelfer/-innen (Einjährige Ausbildung)	4 Vollkräfte	
Pflegehelfer/-innen (ab 200 Stunden Basiskurs)	7,6 Vollkräfte	
Hebammen/Entbindungspfleger (Dreijährige Ausbildung)	0 Personen	
Operationstechnische Assistenz (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1 Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (2900)

Name des Chefarztes oder der Chefärztin

Prof. Dr. med. H. Schulze Mönking

Kontaktdaten

Hausanschrift

Am Rochus-Hospital 1

48291 Telgte

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

- Hauptabteilung
- Belegabteilung
- Gemischte Haupt- und Belegabteilung
- Nicht bettenführende Abteilung/ sonstige Organisationseinheit

B-1.2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar/ Erläuterungen
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP12	Spezialsprechstunde	
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/ Erläuterungen
MP06	Basale Stimulation	
MP57	Biofeedback-Therapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/ oder Kinder)	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	
MP51	Wundmanagement	
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/ Angebot ambulanter Pflege/ Kurzzeitpflege	

B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterungen
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA05	Mutter-Kind-Zimmer/ Familienzimmer	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	
SA16	Kühlschrank	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA18	Telefon	
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA27	Internetzugang	
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	
SA32	Maniküre/ Pediküre	
SA36	Schwimmbad/ Bewegungsbad	
SA37	Spielplatz/ Spielecke	
SA38	Wäscheservice	
SA41	Dolmetscherdienste	
SA40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Besucher	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung

B-1.5.1 Vollstationäre Fallzahl

3443 Fälle

B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

ICD-10 Nummer	Fallzahl	Umgangssprachliche Beschreibung
F33	695	rezidivierende depressive Störung
F10	532	psychische Störung durch Alkohol
F19	408	psychische Störung durch Drogen und andere Substanzen
F20	347	schizophrene Psychose
F32	341	depressive Episode
F03	229	Demenz
F43	172	schwere Belastungs- und Anpassungsstörung
F25	125	schizoaffektive Psychose
F31	121	manisch-depressive Erkrankung
F06	96	psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F60	80	Persönlichkeitsstörung
F05	38	Delir
F23	37	akute psychotische Störung
F41	30	Angststörung
F01	29	vaskuläre Demenz
F45	20	somatoforme Störung
F50	20	Essstörung
F70	17	psychische Störung oder Verhaltensstörung bei Intelligenzminderung
F13	15	psychische Störung durch Schlaf- oder Beruhigungsmittel
F40	11	spezifische Ängste (Phobien)

B-1.7 Prozeduren nach OPS

Es wurden keine Prozeduren nach OPS erstellt.

B-1.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-1.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Es wurden keine Prozeduren nach OPS erstellt.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

B-1.10.1 Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

- Vorhanden
 Nicht vorhanden

B-1.10.2 Stationäre BG-Zulassung

- Vorhanden
 Nicht vorhanden

B-1.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar/ Erläuterungen
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	<input checked="" type="checkbox"/>	in Kooperation mit einem benachbarten Krankenhaus des gleichen Trägers
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA11	Elektromyographie (EMG)/ Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit	Messung feinsten elektrischer Ströme im Muskel	<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit einem benachbarten Krankenhaus des gleichen Trägers
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit einem benachbarten Krankenhaus des gleichen Trägers
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)		<input checked="" type="checkbox"/>	in Kooperation mit einem benachbarten Krankenhaus des gleichen Trägers
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/ Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/ mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen	<input checked="" type="checkbox"/>	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-1.12 Personelle Ausstattung

B-1.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterungen
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	37,1 Vollkräfte	
...davon Fachärztinnen/ Fachärzte	17,6 Vollkräfte	

B-1.12.1.2 Ärztliche Fachexpertise

Nr.	Facharztbezeichnung	Kommentar/ Erläuterungen
AQ23	Innere Medizin	
AQ42	Neurologie	
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ52	Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

B-1.12.1.3 Zusatzweiterbildungen

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)	Kommentar/ Erläuterungen
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF09	Geriatric	
ZF27	Naturheilverfahren	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	
ZF36	Psychotherapie	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF40	Sozialmedizin	

B-1.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterungen
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	170,1 Vollkräfte	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Altenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	8,3 Vollkräfte	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterungen
Pflegeassistenten/-assistentinnen (Zweijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Krankenpflegehelfer/-innen (Einjährige Ausbildung)	4 Vollkräfte	
Pflegehelfer/-innen (ab 200 Stunden Basiskurs)	7,6 Vollkräfte	
Hebammen/Entbindungspfleger (Dreijährige Ausbildung)	0 Personen	
Operationstechnische Assistenz (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	

B-1.12.2.2 Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar/ Erläuterungen
PQ02	Diplom	
PQ03	Hygienefachkraft	in Kooperation mit externem Institut
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ10	Psychiatrische Pflege	

B-1.12.2.3 Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar/ Erläuterungen
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP10	Mentor und Mentorin	
ZP12	Praxisanleitung	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP16	Wundmanagement	

B-1.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/ Erläuterungen
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	
SP31	Bewegungstherapeut und Bewegungstherapeutin (z. B. nach DAKBT)/Tanztherapeut und Tanztherapeutin	
SP32	Bobath-Therapeut und Bobath-Therapeutin für Erwachsene und/oder Kinder	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/ Erläuterungen
SP36	Entspannungspädagoge und Entspannungspädagogin/ Entspannungstherapeut und Entspannungstherapeutin/ Entspannungstrainer und Entspannungstrainerin (mit psycholo- gischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/ Heileurhythmielehrer und Heileurhythmielehrerin/ Feldenkraislehrer und Feldenkraislehrerin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäfti- gungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeu- tin	
SP06	Erzieher und Erzieherin	
SP09	Heilpädagogin und Heilpädagoge	
SP11	Kinästhetikbeauftragter und Kinästhetikbeauftragte	
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin/Maltherapeut und Maltherapeutin/Gestaltungstherapeut und Gestaltungs- therapeutin/Bibliotherapeut und Bibliotherapeutin	
SP14	Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagogin und Sprach- heilpädagogin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/ Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	in Kooperation mit einem benachbarten Krankenhaus des glei- chen Trägers
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizi- nische Bademeisterin	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP22	Podologe und Podologin/Fußpfleger und Fußpflegerin	externes wöchent- liches Angebot im Haus
SP23	Psychologin und Psychologe	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP20	Sonderpädagogin und Sonderpädagoge/Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Lehrerin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	
SP45	Sozialtherapeut und Sozialtherapeutin (z. B. DFS)	
SP46	Sportlehrer und Sportlehrerin/Gymnastiklehrer und Gymnastiklehrerin/Sportpädagogin und Sportpädagogin	
SP27	Stomatherapeut und Stomatherapeutin	in Kooperation mit einem benachbarten Krankenhaus des gleichen Trägers
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbe- auftragter und Wundbeauftragte	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-2 Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (2960)

Name des Chefarztes oder der Chefarztin

Dr. med. M. Kolck

Kontakt Daten

Hausanschrift

Von-Ketteler-Str. 39
48231 Warendorf

Telefon

Tel.: 02581/78993-0
Fax: 02581/78993-10

Internet

E-Mail: tagesklinik-waf@srh-telgte.de
Homepage: <http://www.srh-telgte.de/tagesklinik-waf.html>

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

- Hauptabteilung
- Belegabteilung
- Gemischte Haupt- und Belegabteilung
- Nicht bettenführende Abteilung/ sonstige Organisationseinheit

B-2.2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar/Erläuterungen
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel	
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP12	Spezialsprechstunde	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar/Erläuterungen
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	

B-2.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Es existieren keine fachabteilungsspezifischen Leistungsangebote. Fachabteilungsübergreifende Leistungsangebote sind bei A-9 aufgeführt.

B-2.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterungen
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA22	Bibliothek	
SA27	Internetzugang	
SA36	Schwimmbad/ Bewegungsbad	Öffentliches Hallenbad auf der gegenüber liegenden Straßenseite
SA38	Wäscheservice	
SA40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Besucher	

B-2.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung

B-2.5.1 Vollstationäre Fallzahl: 0 Fälle

B-2.6 Hauptdiagnosen nach ICD

ICD-10 Nummer	Fallzahl	Umgangssprachliche Beschreibung
F32	42	depressive Episode
F33	41	rezidivierende depressive Störung
F20	33	schizophrene Psychose
F43	16	schwere Belastungs- und Anpassungsstörung
F34	13	anhaltende depressive Störung
F60	13	Persönlichkeitsstörung
F41	8	Angststörung
F25	6	schizoaffektive Psychose
F31	6	manisch-depressive Erkrankung
F50	6	Essstörung

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-2.7 Prozeduren nach OPS

Es wurden keine Prozeduren nach OPS erstellt.

B-2.8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

B-2.9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Es wurden keine Prozeduren nach OPS erstellt.

B-2.10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

B-2.10.1 Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

- Vorhanden
 Nicht vorhanden

B-2.10.2 Stationäre BG-Zulassung

- Vorhanden
 Nicht vorhanden

B-2.11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar/ Erläuterungen
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	<input checked="" type="checkbox"/>	in Kooperation mit anderem Krankenhaus des gleichen Trägers
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit dem Haupthaus
AA11	Elektromyographie (EMG)/ Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit	Messung feinsten elektrischer Ströme im Muskel	<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit anderem Krankenhaus des gleichen Trägers
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit anderem Krankenhaus des gleichen Trägers
AA27	Röntgengerät/ Durchleuchtungsgerät (z.B. C-Bogen)		<input checked="" type="checkbox"/>	in Kooperation mit anderem Krankenhaus des gleichen Trägers
AA29	Sonographiegerät/ Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/ mit Nutzung des Dopplereffekts/ farbkodierter Ultraschall	<input type="checkbox"/>	in Kooperation mit dem Haupthaus

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-2.12 Personelle Ausstattung

B-2.12.1 Ärzte

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterungen
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	1,7 Vollkräfte	
...davon Fachärztinnen/ Fachärzte	1,7 Vollkräfte	

B-2.12.1.2 Ärztliche Fachexpertise

Nr.	Facharztbezeichnung	Kommentar/Erläuterungen
AQ23	Innere Medizin	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	

B-2.12.1.3 Zusatzweiterbildungen

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)	Kommentar/Erläuterungen
ZF09	Geriatric	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF36	Psychotherapie	

B-2.12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterungen
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	4,0 Vollkräfte	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Altenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Pflegeassistenten/-assistentinnen (Zweijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Krankenpflegehelfer/-innen (Einjährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	
Pflegehelfer/-innen (ab 200 Stunden Basiskurs)	0 Vollkräfte	
Hebammen/Entbindungspfleger (Dreijährige Ausbildung)	0 Personen	
Operationstechnische Assistenz (Dreijährige Ausbildung)	0 Vollkräfte	

B-2.12.2.2 Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar/Erläuterungen
PQ10	Psychiatrische Pflege	

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-2.12.2.3 Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar/Erläuterungen
ZP12	Praxisanleitung	

B-2.12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/ Erläuterungen
SP31	Bewegungstherapeut und Bewegungstherapeutin (z. B. nach DAKBT)/Tanztherapeut und Tanztherapeutin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP23	Psychologe und Psychologin	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)	Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses
Ambulant erworbene Pneumonie			
Aortenklappenchirurgie, isoliert			
Cholezystektomie			
Dekubitusprophylaxe	123	100	
Geburtshilfe			
Gynäkologische Operationen			
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel			
Herzschrittmacher-Implantation			
Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation			
Herztransplantation			
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation			
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			
Hüftgelenknahe Femurfraktur			
Karotis-Rekonstruktion			
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation			
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie			
Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI)			
Koronarchirurgie, isoliert			
Mammachirurgie			
Lebertransplantation			
Leberlebendspende			
Nieren- und Pankreas-(Nieren-)transplantation			
Nierenlebendspende			
Lungen- und Herz-Lungentransplantation			

C Qualitätssicherung

C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren

1	2	3	4	5
Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI)	Kennzahl Bezeichnung	Bewertung durch Strukt. Dialog	Vertrauensbereich	Ergebnis (Einheit)
Pflege: Dekubitusprophylaxe: Neu entstandene Druckgeschwüre während des Krankenhausaufenthaltes	82102 Patienten mit Dekubitusgrad 2 oder höher bei Entlassung	8 Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein strukturierter Dialog erforderlich.	–	0,8%
Pflege: Dekubitusprophylaxe: Neu entstandene Druckgeschwüre während des Krankenhausaufenthaltes	82119 Patienten mit Dekubitus (Grad 1 bis 4) bei Entlassung	8 Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein strukturierter Dialog erforderlich.	–	1,5%

6	7	8	9
Zähler/ Nenner	Referenzbereich (bundesweit)	Kommentar/ Erläuterung der BQS/LQS	Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses
Zähler <=5	<=1,9%	–	–
Zähler <=5	<=2,8%	–	–

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

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

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

DMP	Kommentar/Erläuterungen
Das Krankenhaus nimmt an keinen DMP teil!	

C Qualitätssicherung

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich	Für das St. Rochus-Hospital besteht aufgrund des Fachgebiets keine Teilnahmemöglichkeit an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung (BQS).
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Ergebnis	
Messzeitraum	
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmetatbestand	Kommentar/Erläuterungen
Das Krankenhaus erbringt in keinem für die Mindestmengenvereinbarung relevanten Leistungsbereich Leistungen!				

C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“)

Nr.	Vereinbarung	Kommentar/Erläuterungen
In diesem Krankenhaus fallen keine Leistungen an, für die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung existieren!		

D Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Qualitätspolitik und Unternehmensphilosophie

Durch ein schon langjährig bestehendes, aktives und umfassendes Qualitätsmanagement bemühen wir uns um kontinuierliche Verbesserungen in allen Bereichen des Hospitals. Dies kommt vor allem den Patienten und ihren Angehörigen sowie den Mitarbeitern des Hauses zugute.

Für die Gesamtleistungen im Qualitätsmanagement erhielt das St. Rochus-Hospital als eine der ersten vier psychiatrischen Kliniken in Deutschland und als erste psychiatrische Fachklinik in Westfalen Anfang 2004 das KTO-Zertifikat (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen). Inzwischen ist das St. Rochus-Hospital erfolgreich rezertifiziert, zusätzlich erhielt die Klinik das Qualitätszertifikat nach ProCum Cert, mit dem auch die besonderen Leistungen als konfessionelles Krankenhaus bewertet wurden. Eine erneute Rezertifizierung nach ProCum Cert einschl. KTO ist für Februar 2010 vorgesehen.

Leitbild und Qualitätsziele

Im Mittelpunkt unseres Handelns steht der Mensch. In schwierigen und außergewöhnlichen Lebenssituationen stehen wir ihm zur Seite. Wir achten seine sozialen und kulturellen Bezüge und seine religiösen Anschauungen. Wir behandeln ihn auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse. Dabei orientieren wir uns an seinen Bedürfnissen, Möglichkeiten und Grenzen. Jede Krankheit kann zu einem einschneidenden Ereignis werden, unabhängig von der Diagnose. Wir helfen dem Patienten, die veränderte Situation anzunehmen und zu bewältigen.

Bei unserer Arbeit orientieren wir uns an dem christlichen Menschenbild. Wir sehen den Menschen als Einheit von Körper, Seele und Geist. Wir achten ihn, unabhängig von Herkunft, Nationalität, Glauben oder sozialer Stellung. Zugleich sehen und berücksichtigen wir die Eingebundenheit des Menschen in seine sozialen Beziehungen, beispielsweise in die Familie, den Freundeskreis oder die Gemeinde.

Dieses Menschenbild, verbunden mit der Aufgabe praktizierter christlicher Nächstenliebe, prägt das Selbstverständnis der Mauritzer Franziskanerinnen. Auf dieser Basis wurde unter Einbeziehung einer großen Anzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 1997 ein Leitbild entwickelt. Es stellt gleichermaßen einen ethischen Handlungsrahmen und eine konkrete Beschreibung unserer Unternehmensphilosophie dar. Es beschreibt unsere Grundsätze in Bezug auf Patientenorientierung, Führung, Zusammenarbeit und Mitarbeiterorientierung, Organisation und Wirtschaftlichkeit, Qualitätsmanagement im Sinne kontinuierlicher Verbesserungsprozesse, Öffentlichkeitsarbeit und Verantwortung für die Gesellschaft.

D-2 Qualitätsziele

Unsere Qualitätsziele im Hinblick auf den Patienten

- Wir entwickeln gemeinsam mit dem Patienten ein verständliches Krankheitsmodell und ein zielführendes Behandlungskonzept auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse.
- Wir besprechen mit dem Patienten und, soweit erwünscht, mit seinen Angehörigen kontinuierlich den Behandlungsverlauf und arbeiten auf eine möglichst rasche und umfassende Genesung hin.
- Wir tauschen regelmäßig Informationen und Einschätzungen mit und über den Patienten aus. Hierzu werden auf allen Stationen wöchentlich Besprechungen mit allen Mitgliedern des Behandlungsteams durchgeführt.

D Qualitätsmanagement

- Wir halten engen Kontakt zu den ambulant behandelnden Ärzten und Psychologen und informieren diese umfassend und zeitnah über den Behandlungsverlauf. Gemeinsam mit ihnen besprechen wir die weitere Behandlung nach der stationären Entlassung.
- Wir unterstützen die Angehörigen unserer Patienten während und auch nach der stationären Behandlung, z. B. in regelmäßigen Angehörigengruppen.
- Wir helfen den Patienten bei der Wiedereingliederung in ihren Alltag und wir beraten sie, soweit erforderlich, in allen Fragen bzgl. Sozialleistungen, Rehabilitationen am Arbeitsplatz, ggf. Entwicklung neuer beruflicher Perspektiven, sowie ambulanter oder weitergehender stationärer Hilfen.
- Die Meinung unserer Patienten ist uns besonders wichtig. Im Rahmen einer kontinuierlichen Befragung aller Patienten lassen wir uns fortlaufend beurteilen, Anregungen und Kritik dienen als Grundlage für weitere Verbesserungen.

Unsere Qualitätsziele hinsichtlich Mitarbeiterorientierung, Führung und Zusammenarbeit

Aufrichtigkeit, gegenseitige Wertschätzung, Verständnis und Toleranz sind die Grundlagen unserer Dienstgemeinschaft. Wir praktizieren einen kooperativen Führungsstil und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit.

- Alle Mitarbeiter werden hinsichtlich ihrer fachlichen und persönlichen Entwicklung systematisch gefördert. In regelmäßigen Mitarbeitergesprächen werden Aspekte der Zusammenarbeit, Stärken und Schwächen sowie Entwicklungsperspektiven thematisiert und konkrete Ziele vereinbart.
- Es gibt regelmäßige systematische Fort- und Weiterbildungen für alle Mitarbeiter. Neben einer umfassenden innerbetrieblichen Fortbildung werden auch externe Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten gefördert und unterstützt. Eine möglichst hohe Qualifikation jedes Mitarbeiters sichert die Qualität unserer gemeinsamen Arbeit.
- Neue Mitarbeiter werden auf der Basis eines Einarbeitungskonzeptes umfassend in ihre Aufgaben eingeführt.
- Durch Supervision und Intervention im Team reflektieren und verbessern wir die Qualität unserer patientenorientierten Arbeit.
- In regelmäßigen Abständen werden alle Mitarbeiter zu verschiedenen Aspekten ihrer Arbeit befragt. Die Ergebnisse werden allen Mitarbeitern bekannt gegeben und dienen der weiteren kontinuierlichen Verbesserung.

Unsere Qualitätsziele hinsichtlich Organisation, Wirtschaftlichkeit und systematischem Qualitätsmanagement

- Für alle wesentlichen Aufgaben und Prozesse, insbesondere in der konkreten Patientenbehandlung, halten wir Qualitätshandbücher vor. Diese werden regelmäßig von entsprechenden Qualitätszirkeln überarbeitet und aktualisiert.
- Die Einhaltung der vereinbarten Standards wird regelmäßig von den jeweiligen Führungspersonen überprüft.
- Die Zielplanung des Hospitals wird in Abstimmung zwischen Krankenhausleitung und -träger laufend weiterentwickelt. In den letzten Jahren konnten systematisch therapeutische Schwerpunkte ausgebaut, Behandlungskonzepte weiterentwickelt, Kooperationen mit außerklinischen regionalen Anbietern in die Wege geleitet und Neubaumaßnahmen realisiert werden.
- Über den Träger, die St. Franziskus-Stiftung Münster, ist das St. Rochus-Hospital mit weiteren Kliniken unterschiedlicher fachlicher Ausrichtung in der Region verbunden.
- Im Rahmen von Projektgruppen und Qualitätszirkeln, die mit Mitarbeitern unterschiedlicher Berufsgruppen und Hierarchieebenen besetzt sind, werden regelmäßig Arbeitsprozesse und Konzepte überarbeitet und verbessert.

D Qualitätsmanagement

- Hinsichtlich der wirtschaftlichen Verantwortung und Steuerung gibt es klare Zuständigkeiten in der Krankenhausleitung. Über ein regelmäßiges, umfassendes Berichtswesen werden alle aktuellen Entwicklungen der Wirtschafts- und Leistungsdaten dem Träger und den Mitarbeitern des Hospitals transparent gemacht.

Unsere Qualitätsziele hinsichtlich der Öffentlichkeitsarbeit und der Verantwortung für die Gesellschaft

- Die Art und Weise, wie wir miteinander, mit den Patienten und der Umwelt umgehen, prägt das Bild unserer Gemeinschaft in der Öffentlichkeit. Entsprechend werden offener und freundlicher Umgang miteinander, Grußkultur und Feierkultur systematisch gefördert.
- Innerhalb des Hospitals sorgen wir durch eine aktive Informations- und Öffentlichkeitsarbeit für Klarheit und Transparenz.
- Wir informieren die Öffentlichkeit regelmäßig über Aktivitäten und Neuerungen im St. Rochus-Hospital. Dies geschieht durch Informationsveranstaltungen, Führungen, Kultur- und Sportveranstaltungen in den Räumlichkeiten der Klinik sowie eine enge Zusammenarbeit mit der regionalen Presse.
- Wir laden regelmäßig interessierte Bürger und Fachkollegen zu thematischen Vorträgen mit Diskussionsmöglichkeiten ein.
- Wir achten die Umwelt, indem wir mit Ressourcen schonend wirtschaften und Abfälle reduzieren sowie umweltfreundliche Produkte verwenden. Konkrete Verbesserungsprojekte und deren Evaluation werden von einem Umweltausschuss gesteuert.

Zahlreiche Mitarbeiter engagieren sich in regionalen Verbänden und Arbeitsgemeinschaften, in kirchlichen Organisationen und in caritativen Gremien. So wird die Integration des Hospitals in die Gesellschaft nachhaltig gefördert.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Umfassendes Qualitätsmanagement: Strukturen und Zuständigkeiten

Das St. Rochus-Hospital hat auf der Basis des Leitbildes ein umfassendes Qualitätsmanagement aufgebaut, das alle Bereiche der Klinik einbezieht. Zusätzlich sind über den Träger, die St. Franziskus-Stiftung, hospitalübergreifende Strukturen des Qualitätsmanagements fest etabliert. In das Qualitätsmanagement unseres Hauses sind seit vielen Jahren Mitarbeiter aus allen Bereichen, Berufsgruppen und Hierarchieebenen aktiv eingebunden. Die Verantwortung für das Qualitätsmanagement im St. Rochus-Hospital hat die Krankenhausleitung.

Lenkungsausschuss

Das zentrale Gremium des Qualitätsmanagements auf der Ebene des Trägers ist der Lenkungsausschuss. Einmal jährlich treffen sich Vertreter des Stiftungsvorstandes, der Direktorien und Mitarbeitervertretungen der Krankenhäuser sowie alle Qualitätsbeauftragten, um gemeinsame Qualitätsziele zu definieren und hospitalübergreifende Qualitätsprojekte einzuführen.

Transferkreis

Die Qualitätsbeauftragten aller Krankenhäuser des Trägers, der St. Franziskus-Stiftung, treffen sich regelmäßig und tauschen Erfahrungen und Projektergebnisse untereinander aus. Zusätzlich etablieren sie Strukturen eines übergreifenden Qualitätsmanagements.

D Qualitätsmanagement

Projektsteuerungsgruppe

Die zentrale Koordination der Qualitätsmanagementaufgaben erfolgt durch die Projektsteuerungsgruppe des Hauses, die regelmäßig alle 6-8 Wochen zusammen kommt. Ihr gehören der Geschäftsführer, der Ärztliche Direktor, der Pflegedirektor, der Assistent der Geschäftsführung, ein Mitglied der Mitarbeitervertretung sowie der Leitbild- und Qualitätsbeauftragte des Hauses und ein weiterer Mitarbeiter aus dem Qualitätsmanagement an.

Leitbild- und Qualitätsbeauftragter

Für konkrete Umsetzungen und Weiterentwicklungen im Bereich der Leitbildumsetzung und des Qualitätsmanagements ist der Leitbild- und Qualitätsbeauftragte zuständig. Er fördert und koordiniert die vielfältigen Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung in der Klinik. Er leitet die Sitzungen der Projektsteuerungsgruppe, unterstützt die Arbeit der Projektgruppen und Qualitätszirkel, informiert über den Stand der einzelnen Projekte und Maßnahmen und sorgt für einen umfassenden Erfahrungsaustausch hinsichtlich des Qualitätsmanagements innerhalb des Hauses und mit den anderen Kliniken des Trägers.

Projektgruppen

In Projektgruppen arbeiten Mitarbeiter aus allen Bereichen und Berufsgruppen des Hospitals zusammen an konkreten Projekten zur Qualitätsverbesserung. In den letzten Jahren wurden über 40 Projektgruppen und Qualitätszirkel erfolgreich durchgeführt bzw. etabliert. Diese hatten zum großen Teil wichtige Veränderungen der Prozesse im Haus zur Folge und führten zu einer nachhaltigen Qualitätsverbesserung. So wurden beispielsweise Qualitätshandbücher für alle zentralen Bereiche des Hospitals erstellt, konkrete Arbeitsabläufe als Standards hinterlegt und Leitlinien für die wöchentlichen multi-professionellen Therapiebesprechungen auf allen Stationen erarbeitet.

Qualitätszirkel

In Qualitätszirkeln wird kontinuierlich an Verbesserung von Strukturen und Abläufen in den verschiedenen Bereichen des Hauses gearbeitet. Sie setzen sich aus Mitarbeitern der verschiedenen Berufsgruppen und Hierarchieebenen zusammen und werden von einem geschulten Moderator geleitet.

Moderatoren

Moderatoren sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hospitals, die für diese Aufgabe speziell ausgebildet wurden. Sie leiten und moderieren die Projektgruppen bzw. Qualitätszirkel, integrieren die Interessen und Meinungen der Teilnehmer und sorgen für einen konstruktiven Problemlösungsprozess.

Teambesprechungen

In Informationsveranstaltungen, Bereichs- und Teambesprechungen werden die Qualitätsprojekte und die resultierenden qualitätsverbessernden Maßnahmen regelmäßig besprochen. Die erarbeiteten Standards sind jederzeit schriftlich einsehbar. Sie werden durch Qualitätszirkel auf dem aktuellen Stand gehalten. Insbesondere die regelmäßigen berufsgruppenübergreifenden Besprechungen dienen dazu, die konkreten Maßnahmen zum Erreichen der Qualitätsziele abzustimmen und umzusetzen.

Kontinuierliche Patientenbefragung

Die Meinung unserer Patienten ist uns besonders wichtig. Seit Anfang 2003 befragen wir systematisch alle Patienten zum Ende der Behandlung nach ihrer Einschätzung. Die Ergebnisse

D Qualitätsmanagement

der schriftlichen, anonymen Befragung werden regelmäßig mit allen Mitarbeitern besprochen. Sie sind Grundlage fortlaufender Qualitätsverbesserungen in allen Bereichen des Hospitals.

Fachweiterbildung

Auch die umfassende Fachweiterbildung im ärztlichen und pflegerischen Bereich dient der Qualitätssicherung und der Qualitätsverbesserung. Das St. Rochus-Hospital ist eine anerkannte Weiterbildungsstätte zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der Ärztliche Direktor hat die volle Weiterbildungsermächtigung. Darüber hinaus ist die Klinik Träger des Peplau-Kollegs, einer staatlich anerkannten Weiterbildungsstätte für psychiatrische Fachkrankenpflege.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Qualitätszirkel

Folgende regelmäßig stattfindenden Qualitätszirkel dienen der kontinuierlichen Überprüfung und Verbesserung von Standards und Prozessen in der Klinik:

Name des QZ	Ziel	Aktueller Stand
QZ Beinahe-Zwischenfälle (CIRS)	Einführung und kontinuierliche Nutzung eines Meldesystems für Beinahe-Zwischenfälle	Meldebogen und Verfahren sind im gesamten Krankenhausbereich eingeführt, erste Meldungen wurden bearbeitet, Risiken wurden identifiziert und bekannt gemacht, konkrete Maßnahmen zur Risikoverminderung wurden eingeleitet
QZ Interne Sicherheits-Audits	Erstellung eines Audit-Plans für die sicherheitsrelevanten Bereiche, Vorbereitung und Durchführung interner Sicherheitsaudits	Interne Sicherheitsaudits wurden durchgeführt, die Ergebnisse wurden bekannt gegeben, konkrete Handlungspläne zur weiteren Verbesserung der Sicherheit wurden erarbeitet und umgesetzt. Die Audits werden in jährlichen Abständen wiederholt.
QZ Behandlungspfade	Evaluation der Abläufe, verbesserte Zuordnung der Patienten zu verschiedenen Gruppentherapien	Überarbeitung der Pfade, Auswertung der Wochenbehandlungspläne, weitere Verbesserung der Zuordnung und Koordination der Therapieangebote im Rahmen der Behandlungspfade
QZ Entlassungsvorbereitung	Verbesserte Koordination der Maßnahmen zur Entlassungsvorbereitung	Zusammenführung aller Maßnahmen, Einführung einer Ablauf-Checkliste, Erstellung einer Entlassungsmappe für jeden Patienten; Evaluation der eingeleiteten Maßnahmen ist für September 2009 vorgesehen.
QZ Mitarbeiter-Gesundheit	Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter	Erarbeitung und Koordination konkreter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Durchführung von sportlichen Gemeinschafts-Aktivitäten
QZ Pflege	Evaluation und Überarbeitung der hauseigenen Standards; Einführung von Pflegediagnosenkomplexen	Standards sind überarbeitet; Probelauf zur Arbeit mit Pflegediagnosenkomplexen wurde durchgeführt und evaluiert, Einführung von Pflegediagnosenkomplexen im gesamten Hospital ist für September 2009 geplant
QZ Stationsreader	Aktualisierung des Stationsreaders	Aktualisierung ist erfolgt

D Qualitätsmanagement

Name des QZ	Ziel	Aktueller Stand
QZ Bereichspflegekonzepte	Evaluation und Überarbeitung stations- und bereichsbezogener Gruppenangebote auf der Basis der Pflegekonzepte	Einzelne pflegerische Gruppenangebote wurden konzeptionell überarbeitet, einige bereichsbezogene Gruppen wurden in stationsbezogene Gruppen umgewandelt und umgekehrt
QZ Sturzprophylaxe	Auswertung der Sturzstatistik	Ergebnisse werden regelmäßig ausgewertet und als Grundlage konkreter Verbesserungen genutzt, u.a. Ausweitung der Anwendung von Hüftprotektoren im gesamten Hospital
QZ Mentoren	Überarbeitung des Anleitungskonzeptes externer Schüler und der Zeugnisformulare; Sicherstellung der Schüleranleitung; Einführung der Praxisaufgaben	Evaluation / Überarbeitung der Schülerbeurteilungen und Endphase bei der Erstellung eines neuen Anleitungskonzeptes für externe Schüler
QZ Qualitätssicherungsreader Ärzte/ Psychologen	Evaluierung und Aktualisierung der Arbeitsablaufstandards der Ärzte/Psychologen	Evaluation / Aktualisierung ist erfolgt
QZ medizinische Leitlinien	Weiterentwicklung und Aktualisierung der medizinischen Leitlinien	Weiterentwicklung / Aktualisierung ist erfolgt
QZ Einarbeitung neuer Mitarbeiter	Weiterentwicklung der Einarbeitungskonzepte für neue Mitarbeiter auf der Basis des entsprechenden Stiftungsrahmenkonzeptes	berufsgruppenspezifische Einarbeitungskonzepte sind evaluiert, Konzepte wurden ergänzt für Pflegehelfer am Wochenende sowie für ZDL und FSJ
QZ Wohnbereich	Evaluierung und Aktualisierung des QM-Handbuchs des Wohnbereichs	Evaluation / Aktualisierung ist erfolgt
QZ Internet-Auftritt	Aktualisierung des Internet-Auftrittes	Aktualisierung ist erfolgt
QZ Speiseversorgung	Optimierung der Speiseversorgung der Patienten unter Berücksichtigung der Befragungsergebnisse, bessere Koordination der Abläufe, Reduktion der Abfallmengen	Verbesserung der Abläufe bei der Bestellung und Verteilung der Speisen, Verbesserung des Rückmelde-Systems, Reduktion der Abfallmengen

Ethikkomitee

Im Mai 2005 hat sich ein Ethikkomitee im St. Rochus-Hospital konstituiert, welches sich seitdem regelmäßig mit ethischen Grundsatzfragen im Hospital befasst. Das Ethikkomitee hat u.a. den Rahmen für ethische Fallbesprechungen abgesteckt und entsprechende Mitarbeiter-Fortbildungen in die Wege geleitet. Ethische Fallbesprechungen wurden auf verschiedenen Stationen im Hospital eingeführt. Es fand ein Ethik-Tag für alle Mitarbeiter statt. Ein Konzept für Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten wurde vorbereitet, es wird im Jahr 2009 an die neuen gesetzlichen Grundlagen angepasst.

D Qualitätsmanagement

Umweltausschuss

Ein regelmäßig tagender Umweltausschuss unter Leitung eines Diplom-Chemikers besteht seit 2006. Es wurden bereits zahlreiche, konkrete Umweltschutzmaßnahmen umgesetzt, zudem wird seit 2007 eine freiwillige Umweltbilanz erstellt. Gemeinsam mit den Münsteraner Krankenhäusern sowie dem Umweltamt der Stadt Münster ist für den Herbst 2009 eine Kampagne geplant, die Mitarbeiter/-innen zu Hause und am Arbeitsplatz zu energiesparendem Verhalten anregen soll.

Kontinuierliche Patientenbefragung

Seit Beginn des Jahres 2003 wird eine kontinuierliche, schriftliche Vollbefragung aller zur Entlassung anstehenden Patienten des St. Rochus-Hospitals durchgeführt. Die Befragung ist standardisiert mit der zusätzlichen Möglichkeit, Lob, Kritik und Verbesserungsvorschläge in freier Form aufzuschreiben. Die Auswertung der Antwortbögen erfolgt hinsichtlich der Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge 14-tägig. In halbjährlichen Abständen werden alle Bewertungsergebnisse statistisch aufbereitet und in der Projektsteuerungsgruppe sowie in allen Abteilungen und Teams, die stationsbezogen schriftliche Ergebnisübersichten erhalten, besprochen und hinsichtlich weiterer Verbesserungen bearbeitet. Mögliche Konsequenzen aus den Ergebnissen werden regelmäßig aus allen Stations- bzw. Bereichsteams schriftlich an die PSG zurückgemeldet, die deren Umsetzung nachhält und evaluiert. Im Jahr 2008 lag der Rücklauf mit 1.924 Patientenbögen bei über 53 %, im Vergleich zu den Vorjahren ist die Beteiligung erneut angestiegen. Wegen der guten Nutzung und der hohen Relevanz dieser kontinuierlichen Befragung, auch als Baustein des systematischen Vorschlags- und Beschwerdemanagements der Patienten, ist deren Fortsetzung geplant.

Befragung einweisender Ärzte

Ende 2006 wurden erstmals auch die einweisenden Ärzte systematisch und schriftlich hinsichtlich ihrer Zufriedenheit und weiterer Verbesserungswünsche befragt. Die Ergebnisse sind Grundlage für weitere Verbesserungsprojekte, so wurde u.a. die Informationsvermittlung an die weiterbehandelnden Ärzte verbessert, die inhaltlichen Standards der Abschlussberichte überarbeitet und die Laufzeiten bis zum Versand der Abschlussberichte verkürzt. Anfang 2009 fand erneut eine Befragung der einweisenden Ärzte statt, deren Ergebnisse zur Evaluation und für weitere Qualitätsverbesserungsmaßnahmen genutzt werden.

Mitarbeiterbefragung

Ende 2005 wurde zuletzt eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt, an der sich im St. Rochus-Hospital 75% aller Mitarbeiter beteiligt haben. Die Ergebnisse wurden wie bei der letzten Befragung vor drei Jahren in allen Abteilungen und Teams ausführlich präsentiert und besprochen. Im Vergleich zu den Ergebnissen des Jahres 2002 waren bei allen abgefragten Themenbereichen Verbesserungen der Zufriedenheitswerte der Mitarbeiter zu verzeichnen. Beim bundesweiten Vergleich mit 44 Kliniken lagen die Zufriedenheitswerte durchweg im oberen bis obersten Bewertungsbereich.

Auf der Basis der Ergebnisse und der Rückmeldungen sind weitere konkrete Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet worden (z.B. intensiverer Einbezug der Mitarbeiter-Wünsche bei der Fortbildungs-Planung, Erweiterung des Handlungs- und Entscheidungsspielraums der Bezugspflegepersonen und der Mitarbeiter der Physiotherapie im Rahmen der Behandlungs-koordination). Eine erneute Befragung aller Mitarbeiter ist für September 2009 geplant.

D-5 Qualitätsmanagementprojekte

Wir wollen unseren Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen lassen. Hierzu werden schon seit vielen Jahren systematisch Projekte zur Qualitätsverbesserung durchgeführt. An diesen Projekten sind regelmäßig Mitarbeiter aus den verschiedenen Bereichen der Klinik beteiligt.

Durch die aktive Beteiligung der Hospitalleitung an allen qualitätssichernden und qualitätsverbessernden Projekten über die Projektsteuerungsgruppe ist gewährleistet, dass qualitätsverbessernde Maßnahmen nicht nur erarbeitet, sondern auch konsequent umgesetzt werden. Außerdem wird bei allen Projekten deren Erfolg weiter beobachtet (fachsprachlich evaluiert).

Im Folgenden werden beispielhaft einige Projekte zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung kurz vorgestellt:

• Stationsreader

Mit dem Stationsreader wurde ein Organisations- und Informationshandbuch geschaffen, welches ähnlich einem Lexikon für alle Mitarbeiter des Pflegedienstes als Nachschlage- und Anweisungswerk dient. In dem Qualitätshandbuch werden insbesondere alle pflegerischen Handlungsabläufe im Hospital und auf den Stationen mit den hierzu festgelegten Verbindlichkeiten genau benannt. Alle Handlungsabläufe und Leitlinien sind im Rahmen von Projektgruppen bzw. von weiter fortbestehenden Qualitätszirkeln erarbeitet worden.

• Handbuch der Ärzte und Psychologen

Speziell für die Arbeit der Ärzte und Psychologen wurde ein umfassendes Qualitätssicherungshandbuch entwickelt. In diesem sind von der Aufnahmeuntersuchung bis zur Nachbetreuung der Patienten nach der Entlassung alle wesentlichen Handlungsabläufe standardisiert. Dies dient einer möglichst hohen Behandlungsqualität. Dennoch wird die Behandlung jedes einzelnen Patienten immer individuell und gemeinsam mit ihm erarbeitet. Ein Qualitätszirkel ist für die kontinuierliche Aktualisierung des Handbuchs verantwortlich.

• Qualitätshandbuch Tagesklinik

Auch die Mitarbeiter der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des St. Rochus-Hospitals haben im Rahmen einer Projektgruppe ein umfassendes Qualitätshandbuch erarbeitet und regelmäßig fortgeschrieben, um eine möglichst hohe Behandlungsqualität sicherzustellen. Dieses Handbuch wird ebenfalls durch einen Qualitätszirkel aktuell gehalten.

• Ethik-Komitee

Ethische Fragestellungen werden regelmäßig in den berufsgruppenübergreifenden Therapiebesprechungen erörtert. Für besondere problematische Situationen gibt es spezielle ethische Fallbesprechungen. Grundsätzliche ethische Fragestellungen und Leitlinien werden im St. Rochus-Hospital von einem Ethik-Komitee bearbeitet. In ihm sind Mitarbeiter aus verschiedenen Berufsgruppen vereint, die sich in besonderer Weise mit ethischen Grundlagen der Krankenhausbehandlung auseinandergesetzt haben.

Der Krankenhausträger, die St. Franziskus-Stiftung Münster, ermöglicht regelmäßig einzelnen Mitarbeitern, berufsbegleitend ein theologisch-ethisches Aufbaustudium zu absolvieren. Entsprechend weitergebildete Mitarbeiter engagieren sich in dem Ethik-Gremium.

• Angehörigenarbeit

Eine aktive Angehörigenarbeit hat im St. Rochus-Hospital lange Tradition. Wo immer möglich, wird versucht, Familienangehörige oder Freunde der Patienten, soweit diese einverstanden

D Qualitätsmanagement

sind, in die Behandlung mit einzubeziehen. Gerade bei psychischen Störungen ist dies oft ein Schlüssel zum Erfolg. Neben individuellen Gesprächen werden mehrere krankheits-spezifische Angehörigengruppen angeboten. Hier haben Eltern, Partner oder andere Angehörige die Gelegenheit, sich über Krankheitsbilder und im Zusammenhang mit der Erkrankung stehende Probleme zu informieren, Erfahrungen auszutauschen, Ratschläge zum Umgang mit ihren erkrankten Angehörigen zu erhalten und Entlastung zu erfahren.

• Seelsorgekonzept

Die Patienten des St. Rochus-Hospitals werden von einem vierköpfigen ökumenischen Seelsorgeteam betreut. Die Seelsorge steht für Glaubengespräche ebenso zur Verfügung wie für die allgemeine Begleitung in einer schwierigen Lebenssituation, die die psychische Krankheit oftmals kennzeichnet. Weiterhin gehören auch die Betreuung der Mitarbeiter, die Gestaltung von evangelischen und katholischen Gottesdiensten sowie die Beteiligung an verschiedenen Gremien im Krankenhaus zu den Aufgaben. Die Grundlagen und Ziele der seelsorgerischen Arbeit sind in einem Konzept zusammengefasst.

• Leitlinien und Behandlungspfade

Für die häufigsten Erkrankungen liegen medizinische Leitlinien vor, die aus den evidenz-basierten Leitlinien der Fachgesellschaften entwickelt wurden. Auf deren Basis haben Mitarbeiter aus den verschiedenen Berufsbereichen in einer Projektgruppe für die wichtigsten Erkrankungsgruppen Behandlungspfade erarbeitet, in denen das ärztlich-psychologische, therapeutische und pflegerische Vorgehen zusammengefasst ist. Leitlinien und Behandlungspfade werden in Qualitätszirkeln regelmäßig überprüft und aktualisiert.

• Leitbildforum

Im Jahr 2008 fand bereits zum 11. Mal ein Treffen von Mitarbeitern aus allen Krankenhäusern der St. Franziskus-Stiftung statt, bei dem Fragen des Leitbildes, der Unternehmenskultur und der Umsetzung von Qualitätsmanagementprojekten im Mittelpunkt standen. Bei diesem Treffen haben die Mitarbeiter die Gelegenheit, Qualitätsmanagementprojekte auch der anderen Krankenhäuser des Trägers näher kennen zu lernen, miteinander über Grundlagen des Leitbildes und des Qualitätsmanagements ins Gespräch zu kommen und neue Ideen für konkrete Qualitätsverbesserungen zu sammeln. Im Jahr 2008 stand das Leitbildforum unter dem Thema „Die Sorge um den alten Menschen“. Die Ergebnisse des Leitbildforums werden allen Mitarbeitern in Form einer Broschüre zur Verfügung gestellt.

Im Berichtszeitraum wurden noch eine Reihe weiterer qualitätssichernder und qualitätsverbessernder Projekte und Maßnahmen durchgeführt. Bei Interesse freuen wir uns, Ihnen auch diese näher zu erläutern.

Auch in Zukunft wird es unser Bemühen sein, den uns anvertrauten Patienten eine bestmögliche Behandlung auf qualitativ höchstem Niveau anzubieten und sie gleichzeitig auf dem Weg durch ihre Erkrankung oder bei der Bewältigung ihrer Lebenskrise menschlich zu begleiten. Dabei orientieren wir uns an den Grundwerten unseres Leitbildes, an den aktuellen wissenschaftlichen Behandlungserkenntnissen und an den kontinuierlichen Verbesserungsprozessen im Rahmen unseres systematischen Qualitätsmanagements.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Das St. Rochus-Hospital hat seit über 10 Jahren auf der Basis des Leitbildes ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem etabliert. Als eine der ersten vier psychiatrischen Kliniken in Deutschland und als erstes Psychiatrisches Fachkrankenhaus in Westfalen erhielt das St. Rochus-Hospital Anfang 2004 das Qualitätszertifikat der KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen). Mit dem Zertifikat werden die besonderen Leistungen des Hospitals in der Patientenorientierung, der Mitarbeiterorientierung, der Sicherheit im Krankenhaus, im Informationswesen, in der Krankenhausführung sowie im Qualitätsmanagement beurteilt. Im Jahr 2007 wurde die Klinik erfolgreich rezertifiziert, wobei die Zertifizierung zusätzlich nach ProCum Cert erfolgte. Damit wurden auch die besonderen Leistungen als konfessionelles Krankenhaus gewürdigt.

In den Abschlussberichten der Visitoren wurde auf zahlreiche Stärken hingewiesen, so u. a.:

- die von franziskanischen Grundwerten geprägte Unternehmenskultur
- die enge und intensive Zusammenarbeit aller an der Patientenbehandlung beteiligten Berufsgruppen,
- die umfangreiche Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung,
- die besondere Berücksichtigung der persönlichen Wünsche, Erwartungen und Befürchtungen der Patienten bei jedem Schritt der Behandlungsplanung und -durchführung,
- die systematische Einarbeitung neuer Mitarbeiter an ihrem Arbeitsplatz,
- kontinuierliche Anstrengungen zur Verbesserung der Sicherheit im Krankenhaus,
- die gute und strukturierte Information und Beteiligung der Mitarbeiter an Veränderungsprozessen,
- die erfolgreiche berufsgruppenübergreifende Qualitätsverbesserungsarbeit in Projektgruppen und Qualitätszirkeln,
- die umfassende, bedarfsorientierte innerbetriebliche Fortbildung der Mitarbeiter des Hospitals sowie
- die intensiven Bemühungen der Klinik um einen guten Kontakt zur Bevölkerung.

Die vorgeschlagenen Verbesserungspotentiale wurden in die Planung und Umsetzung weiterer Projekte und Qualitätsverbesserungsmaßnahmen aufgenommen.

Die Verleihung des Zertifikates ist eine offizielle Bestätigung der jahrelangen intensiven Arbeit zur kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsqualität im St. Rochus-Hospital.

Ausblick

Das St. Rochus-Hospital wird sich auch weiterhin der kontinuierlichen Bewertung von außen unterziehen, sei es durch Befragungen unserer Patienten oder durch den Besuch von Fachgremien. Im Rahmen der Rezertifizierungen nach KTQ und ProCum Cert ist alle 3 Jahre eine erneute intensive Überprüfung aller Strukturen und Abläufe im Hospital vorgesehen. Die kontinuierlichen Verbesserungsprozesse im Rahmen des Qualitätsmanagements werden in der Zukunft weiter fortgeführt und ausgebaut. Somit können alle Patienten davon ausgehen, im St. Rochus-Hospital unter höchstmöglichen Qualitätsansprüchen behandelt zu werden. Sie sind bei uns stets „in guten Händen“.

St. Rochus-Hospital Telgte GmbH

Am Rochus-Hospital 1

48291 Telgte

Tel.: 02504/60-0

Fax: 02504/60-119

E-Mail: info@srh-telgte.de

Eine Einrichtung der
St.Franziskus-Stiftung Münster



www.srh-telgte.de



Zertifiziert nach KTQ und proCum Cert

**ST. ROCHUS-HOSPITAL
TELGTE**

