



Strukturierter

# 2010

# Qualitätsbericht

gemäß §137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über das Berichtsjahr 2010

ST. ROCHUS-HOSPITAL  
TELGTE



Eine Einrichtung der St. Franziskus-Stiftung Münster

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Einleitung</b> .....	<b>2</b>
<b>A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses</b> .....	<b>4</b>
<b>B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen</b> .....	<b>15</b>
B-1 Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (2900).....	15
<b>C Qualitätssicherung</b> .....	<b>21</b>
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren).....	21
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	22
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	22
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	23
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V.....	23
C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitäts- sicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“).....	23
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V.....	23
<b>D Qualitätsmanagement</b> .....	<b>24</b>
D-1 Qualitätspolitik .....	24
D-2 Qualitätsziele .....	25
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	26
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements.....	28
D-5 Qualitätsmanagementprojekte .....	31
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements.....	33

# 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 273 Behandlungsplätze und umfasst folgende Bereiche:

- Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychosomatik und Psychotherapie
- Gerontopsychiatrie
- Abhängigkeitserkrankungen
- Tageskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie in Warendorf und Ahlen
- 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

### Telefon

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

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, St. Mauritz-Freiheit 46, 48145 Münster

### A-4.2 Art des Krankenhausträgers

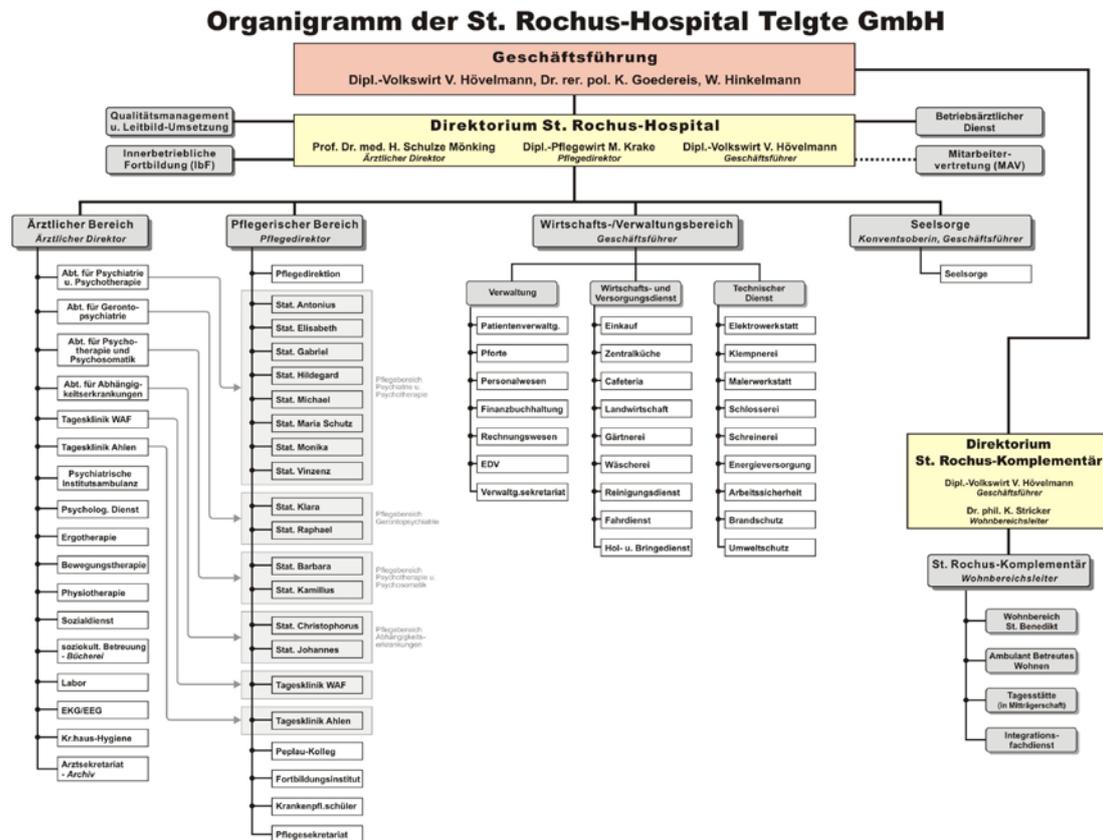
- freigemeinnützig
- öffentlich
- privat
- Sonstiges

## A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

- Ja
- Nein

# A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses



SRT/08.06.10

## 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. Fachabteilungs-spezifische 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	
MP06	Basale Stimulation	
MP56	Belastungstraining/ -therapie/ Arbeitserpro- bung	
MP08	Berufsberatung/ Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen/ Konzepte der Betreuung von Sterbenden	
MP10	Bewegungsbad/ Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	
MP14	Diät- und Ernährungsbe- ratung	
MP15	Entlassungsmanage- ment/ Brückenpflege/ Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/ Arbeits- therapie	
MP17	Fallmanagement/ Case Management/ Primary Nursing/ Bezugspflege	
MP59	Gedächtnistraining/ Hirnleistungstraining/ Kognitives Training/ Konzentrationstraining	
MP23	Kreativtherapie/ Kunst- therapie/ Theaterthera- pie/ Bibliothherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP28	Naturheilverfahren/ Homöopathie/ Phytothe- rapie	

# A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterungen
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	
MP31	Physikalische Therapie/ Bädertherapie	
MP32	Physiotherapie/ Krankengymnastik als Einzel- und/ oder Gruppentherapie	
MP33	Präventive Leistungsangebote/ Präventionskurse	
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	
MP52	Zusammenarbeit mit/ Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP00	Ambulant 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).

# A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterungen
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 Fachkrankenschwester bietet die Möglichkeit, in schwerwiegenden Krankheitsfällen kompetente und engagierte Hilfe zu leisten.
MP00	Psychiatrische Tageskliniken	Das St. Rochus-Hospital betreibt psychiatrische Tageskliniken in Warendorf (20 Plätze, seit 1993) und Ahlen (32 Plätze, seit 2010). In Ahlen gibt es spezielle geronopsychiatrische Angebote für Patienten.

## A-10 Fachabteilungsübergreifende nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterungen
SA01	Aufenthaltsräume	
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA04	Fernsehraum	
SA05	Mutter-Kind-Zimmer/ Familienzimmer	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA08	Teeküche für Patienten und Patientinnen	
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA12	Balkon/ Terrasse	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/ im Zimmer	
SA16	Kühlschrank	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA18	Telefon	

# A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterungen
SA19	Wertfach/ Tresor am Bett/ im Zimmer	
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung (z.B. Mineralwasser)	
SA44	Diät-/ Ernährungsangebot	
SA47	Nachmittagstee/ -kaffee	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA24	Faxempfang für Patienten und Patientinnen	
SA25	Fitnessraum	
SA49	Fortbildungsangebote/ Informationsveranstaltungen	
SA27	Internetzugang	
SA28	Kiosk/ Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen (Kapelle, Meditationsraum)	
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA32	Maniküre/ Pediküre	
SA51	Orientierungshilfen	
SA33	Parkanlage	
SA52	Postdienst	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA36	Schwimmbad/ Bewegungsbad	modernes Schwimmbad (Baujahr 2010)
SA37	Spielplatz/ Spielecke	großer Spielplatz auf dem hospitaleigenen Sport- und Freizeitgelände
SA54	Tageszeitungsangebot	
SA38	Wäscheservice	

# A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterungen
SA55	Beschwerdemanagement	
SA41	Dolmetscherdienste	
SA40	Empfangs- und Begleitedienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen	
SA56	Patientenfürsprache	
SA42	Seelsorge	
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 Weiterbildungsstätte 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	
FL09	Doktorandenbetreuung	

## 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

273

## A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Vollstationäre Fallzahl	
Fallzahl	3443

Teilstationäre Fallzahl	
Fallzahl	448

Ambulante Fallzahl	
Fallzählweise	2712
Quartalszählweise	---
Patientenzählweise	---
Sonstige Zählweise	---

# A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## A-14 Personal des Krankenhauses

### A-14.1 Ärzte

	Anzahl Vollkräfte	Kommentar/Erläuterungen
Ärztinnen/Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	38,4	
- davon Fachärztinnen/-ärzte	19,3	
Belegärztinnen/-ärzte (nach §121 SGB V)	0	
Ärztinnen/Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	0	

### A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl Vollkräfte	Kommentar/Erläuterungen
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	160,9	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	0	
Altenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	20,8	
Pflegeassistenten/-assistentinnen (Zweijährige Ausbildung)	0	
Krankenpflegehelfer/-innen (Einjährige Ausbildung)	10,5	
Pflegehelfer/-innen (ab 200 Stunden Basiskurs)	0	
Hebammen/Entbindungspfleger (Dreijährige Ausbildung)	0	
Operationstechnische Assistenz (Dreijährige Ausbildung)	0	

### A-14.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	Kommentar/Erläuterungen
SP31	Bewegungstherapeut und Bewegungstherapeutin (z. B. nach DAKBT)/Tanztherapeut und Tanztherapeutin	3,8	
SP32	Bobath-Therapeut und Bobath-Therapeutin für Erwachsene und/oder Kinder	7,7	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	1,6	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	17,4	

# A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	Kommentar/Erläuterungen
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin/ Malthérapeut und Malthérapeutin/ Gestaltungstherapeut und Gestal- tungstherapeutin/ Bibliothérapeut und Bibliothérapeutin	1,8	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/ Funktionspersonal z. B. für Funktions- diagnostik, Radiologie	4,9	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	2,9	
SP23	Psychologe und Psychologin	2,7	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	4,7	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	8,0	
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	2,7	
SP46	Sportlehrer und Sportlehrerin/Gymna- stiklehrer und Gymnastiklehrerin/ Sportpädagoge und Sportpädagogin z. B. Lehrer oder Lehrerin für Bothmer- Gymnastik	0,8	
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/ Wundberater und Wundberaterin/ Wundexperte und Wundexpertin/ Wundbeauftragter und Wundbeauf- tragte	1	

# A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

## A-15 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		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		
AA52	Laboranalyseautomaten für Hämatologie, klinische Chemie, Gerinnung und Mikrobiologie	Laborgeräte zur Messung von Blutwerten bei Blutkrankheiten, Stoffwechselleiden, Gerinnungsleiden und Infektionen	<input checked="" type="checkbox"/>	
AA64	Petrophagen-Extraktor	Steinlausentferner		Einsatz v.a. bei Petrophaga lorioti neurotica gigantissima (Großhirnrindensteinlaus)

# B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

## B-1 Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (2900)

**Name des Chefarztes oder der Cheförztn:**

Prof. Dr. med. Heinrich Schulze Mönking

### Kontaktdaten

**Hausanschrift**

Am Rochus-Hospital 1  
48291 Telgte

**Telefon**

Tel.: 02504 60-0

Fax: 02504 60-119

**Internet**

E-Mail: info@srh-telgte.de

www.srh-telgte.de

### Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

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

### B-1.2 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	

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Nr.	Versorgungsschwerpunkte	Kommentar/Erläuterungen
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-1.3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

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

### B-1.4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Es existieren keine fachabteilungsspezifischen Serviceangebote. Fachabteilungsübergreifende Serviceangebote sind bei A-10 aufgeführt.

### B-1.5 Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung

#### B-1.5.1 Vollstationäre Fallzahl

3443

#### B-1.5.2 Teilstationäre Fallzahl

448

### B-1.6 Hauptdiagnosen nach ICD

ICD-10 Nummer	Fallzahl	Umgangssprachliche Beschreibung
F33	740	rezidivierende depressive Störung
F10	558	psychische Störung durch Alkohol
F19	379	psychische Störung durch Drogen und andere Substanzen
F32	329	depressive Episode
F20	325	schizophrene Psychose
F03	232	Demenz
F43	205	schwere Belastungs- und Anpassungsstörung

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

ICD-10 Nummer	Fallzahl	Umgangssprachliche Beschreibung
F25	130	schizoaffektive Psychose
F31	119	manisch-depressive Erkrankung
F06	74	Psychische Störung aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F60	65	Persönlichkeitsstörung
F05	36	Delir
F01	29	Vaskuläre Demenz
F50	28	Essstörung
F70	26	Psychische Störung oder Verhaltensstörung bei Intelligenzminderung
F41	26	Angststörung
F12	22	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide
F07	21	Organische Persönlichkeitsstörung
F23	19	akute psychotische Störung
F40	13	spezifische Ängste (Phobien)
F42	12	Zwangsstörung
F11	12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide

### 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-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 Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

## B-1.11 Personelle Ausstattung

### B-1.11.1 Ärzte

Ärzte	Anzahl Vollkräfte	Kommentar/Erläuterungen
Ärztinnen/ Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)	38,4	
...davon Fachärztinnen/Fachärzte	19,3	

### B-1.11.1.2 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-1.11.1.3 Zusatzweiterbildungen

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)	Kommentar/Erläuterungen
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF09	Geriatric	

### B-1.11.2 Pflegepersonal

	Anzahl Vollkräfte	Kommentar/Erläuterungen
Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	160,9	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	0	
Altenpfleger/-innen (Dreijährige Ausbildung)	20,8	
Pflegeassistenten/-assistentinnen (Zweijährige Ausbildung)	0	
Krankenpflegehelfer/-innen (Einjährige Ausbildung)	10,5	
Pflegehelfer/-innen (ab 200 Stunden Basiskurs)	0	
Hebammen/Entbindungspfleger (Dreijährige Ausbildung)	0	
Operationstechnische Assistenz (Dreijährige Ausbildung)	0	

# B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

## B-1.11.2.2 Fachweiterbildungen

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar/Erläuterungen
PQ01	Bachelor	
PQ02	Diplom	
PQ03	Hygienefachkraft	in Kooperation mit externem Institut
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ10	Psychiatrische Pflege	

## B-1.11.2.3 Zusatzqualifikationen

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar/Erläuterungen
ZP02	Bobath	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP10	Mentor und Mentorin	
ZP12	Praxisanleitung	
ZP16	Wundmanagement	

## B-1.11.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	Kommentar/Erläuterungen
SP31	Bewegungstherapeut und Bewegungstherapeutin (z. B. nach DAKBT)/Tanztherapeut und Tanztherapeutin	3,8	
SP32	Bobath-Therapeut und Bobath-Therapeutin für Erwachsene und/oder Kinder	7,7	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	1,6	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	17,4	
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin/ Maltherapeut und Maltherapeutin/ Gestaltungstherapeut und Gestaltungstherapeutin/ Bibliotheraut und Bibliotherautin	1,8	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal z. B. für Funktionsdiagnostik, Radiologie	4,9	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	2,9	
SP23	Psychologe und Psychologin	2,7	

## B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	Kommentar/Erläuterungen
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	4,7	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	8,0	
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	2,7	
SP46	Sportlehrer und Sportlehrerin/Gymnastiklehrer und Gymnastiklehrerin/Sportpädagoge und Sportpädagogin z. B. Lehrer oder Lehrerin für Bothmer-Gymnastik	0,8	
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/ Wundberater und Wundberaterin/ Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte	1	

# C Qualitätssicherung

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

### C-1.1.1 Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)	Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses
Pflege: Dekubitusprophylaxe	94	94,7	
Ergebnis			
Messzeitraum			
Datenerhebung			
Rechenregeln			
Referenzbereiche			
Vergleichswerte			
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitäts-indikators bzw. des Qualitäts-indikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage			

### C-1.2.1 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL

#### Leistungsbereich: Pflege/Dekubitusprophylaxe

Qualitätsindikator / Qualitätskennzahl	Referenzbereich (bundesweit)	Vertrauensbereich	Ergebnis (Einheit)	Zähler/ Nenner	Bewertung durch Strukturierten Dialog	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. durch Landesebene beauftragten Stellen
Patienten mit Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung 2117	nicht definiert	0,0%-6,8%	1,2	Entfällt aus Datenschutzgründen	9	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen
Risikoadjustierte Rate an Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung 11733	<=1,9%	entfällt	1,5	82/82	8	Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein Strukturierter Dialog erforderlich.
Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung 2116	nicht definiert	0,0%-6,8%	1,2	Entfällt aus Datenschutzgründen	9	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) 11732	nicht definiert	entfällt	2,3	82/82	9	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen
Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) 11741	nicht definiert	entfällt	1,4	82/82	9	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen
Risikoadjustierte Rate an Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung 11742	<=2,7%	entfällt	1,5	82/82	8	Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein Strukturierter Dialog erforderlich.

# C Qualitätssicherung

Qualitätsindikator / Qualitätskennzahl	Referenzbereich (bundesweit)	Vertrauensbereich	Ergebnis (Einheit)	Zähler/ Nenner	Bewertung durch Strukturierten Dialog	Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. durch Landesebene beauftragten Stellen
Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme 2118	Sentinel Event	entfällt	0,0	0/82	8	Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein Strukturierter Dialog erforderlich.
Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und ohne Risikofaktoren 2264	nicht definiert	entfällt	0,0	0/76	9	Referenzbereich nicht definiert. Bewertung nicht vorgesehen

gemäß „Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“, siehe [www.sqg.de](http://www.sqg.de)

## Erläuternde Liste Strukturierter Dialog

- 0 = Der Strukturierte Dialog ist noch nicht abgeschlossen. Derzeit ist noch keine Einstufung der Ergebnisse möglich.
- 1 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft.
- 2 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft. Die Ergebnisse werden im Verlauf besonders kontrolliert.
- 3 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig eingestuft.
- 4 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als erneut qualitativ auffällig eingestuft.
- 5 = Das Ergebnis wird bei mangelnder Mitwirkung am Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig eingestuft.
- 6 = nicht besetzt
- 7 = nicht besetzt
- 8 = Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein Strukturierter Dialog erforderlich.
- 9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)
- 10 = nicht besetzt
- 11 = nicht besetzt
- 12 = nicht besetzt
- 13 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als qualitativ auffällig eingestuft.
- 14 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als erneut qualitativ auffällig eingestuft.

## 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

Das Krankenhaus nimmt an keinem 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

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“)

In diesem Krankenhaus fallen keine Leistungen an für die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung existieren!

## C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V

Nr.	Zusatzqualifikation	Anzahl
1	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen  * nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ in der Fassung vom 19.03.2009 (siehe www.g-ba.de)	29
2	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	15
3	Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BARegelungen erbracht haben** [Zähler von Nr. 2]  ** Hat eine fortbildungsverpflichtete Person zum Ende des für sie maßgeblichen Fünfjahreszeitraums ein Fortbildungszertifikat nicht vorgelegt, kann sie die gebotene Fortbildung binnen eines folgenden Zeitraumes von höchstens zwei Jahren nachholen.	15

# 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 KTQ-Zertifikat (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen). 2007 und 2010 wurde das St. Rochus-Hospital erfolgreich rezertifiziert, zusätzlich erhielt die Klinik das Qualitätszertifikat nach ProCum Cert, mit dem auch die besonderen Leistungen eines konfessionellen Krankenhauses bewertet wurden. Eine erneute Rezertifizierung nach ProCum Cert einschl. KTQ ist für Anfang 2013 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 gemeinsames Leitbild entwickelt. Im Jahr 2010 wurde das Leitbild überarbeitet und aktualisiert. 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.
- 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 jährlichen 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 Intervision 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. Jährliche gemeinsame Berichts- und Planungskonferenzen

# D Qualitätsmanagement

dienen der konkreten Zielfestlegung und der Überprüfung der Zielerreichung. 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 und Einrichtungen 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.
- 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 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 die Qualitätsbeauftragten, um gemeinsame Qualitätsziele zu definieren und hospitalübergreifende Qualitätsprojekte einzuführen.

# D Qualitätsmanagement

---

## **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.

## **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 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, Leitlinien für die wöchentlichen multiprofessionellen Therapiebesprechungen auf den Stationen erarbeitet und Pflegediagnosenkomplexe eingeführt.

## **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.

# D Qualitätsmanagement

## **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 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**

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

Name	Ziel	Aktueller Stand
QZ Beinahe-Zwischenfälle (CIRS)	Einführung und kontinuierliche Nutzung eines Meldesystems für Beinahe-Zwischenfälle	Meldebogen und Verfahren sind im Krankenhausbereich eingeführt, eingehende Meldungen werden bearbeitet, Risiken werden identifiziert und bekannt gemacht, konkrete Maßnahmen zur Risikoverminderung werden eingeleitet.
QZ Interne Sicherheits-Audits	Erstellung eines Audit-Plans für die sicherheitsrelevanten Bereiche, Vorbereitung und Durchführung interner Sicherheitsaudits	Interne Sicherheitsaudits werden entsprechend dem Auditplan durchgeführt, die Ergebnisse werden den Mitarbeitern bekannt gegeben, konkrete Handlungspläne zur weiteren Verbesserung der Sicherheit werden erarbeitet und umgesetzt. Die Audits werden in jährlichen Abständen wiederholt.
QZ Entlassungsvorbereitung	Verbesserte Koordination der Maßnahmen zur Entlassungsvorbereitung	Zusammenführung aller Maßnahmen der Entlassungsvorbereitung, Einführung einer Ablauf-Checkliste, Erstellung einer Entlassungsmappe für jeden Patienten; Evaluation der eingeleiteten Maßnahmen und Anpassung der Abläufe.
QZ Mitarbeiter-Gesundheit	Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter	Erarbeitung und Koordination konkreter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Durchführung von sportlichen Gemeinschafts-Aktivitäten.
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 i. R. der Behandlungspfade.

## D Qualitätsmanagement

Name	Ziel	Aktueller Stand
QZ Pflege	Halten des guten Qualitätsstandes bei der Umsetzung der Bereichs- bzw. Bezugspflege, der Umsetzung der Schritte des Pflegeprozesses und der Pflegeüberleitung in komplementäre und stationäre Einrichtungen oder somatische Krankenhäuser und Alteneinrichtungen	Weiterentwicklung und Aktualisierung der eingeführten Pflegediagnosenkomplexe (PDK) durch Einführung eines diesbezüglichen Manuals. Kontinuierliche Reflektion der Wund- und Dekubitusstatistik mit sich hieraus ableitenden Veränderungen der Standards.
QZ Stationsreader	Pflege des Qualitätshandbuches, in dem die Arbeitsablaufbeschreibungen festgehalten sind	Aktualisierung erfolgt regelmäßig nach Bedarf und einmal jährlich vollständig.
QZ Bereichspflegekonzepte	Evaluation stations- und bereichsbezogener Gruppenangebote auf der Basis der Pflegekonzepte	Einführung neuer Gruppenangebote. Optimierung der Auslastung der bestehenden Gruppenangebote (bereichs-, stationsbezogen). Einbeziehen der Gruppenangebote in die OPS-Kodierung in Vorbereitung auf das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie.
QZ Sturzprophylaxe	Auswertung der Sturzstatistik	Ausweitung der Anwendung von Hüftprotektoren. Berücksichtigung der Risikofaktoren bei der Interventionsplanung im Rahmen der Pflegediagnosenkomplexe.
QZ Mentoren	Sicherstellung der Schüleranleitung; Überarbeitung des externen Lernzielkataloges als „Leitfaden für den Psychiatrieeinsatz“	Einführung des Anleitungskonzeptes externer Schüler und der Zeugnisformulare; Einführung der Praxisaufgaben, Evaluation und Überarbeitung des externen Lernzielkataloges, Erarbeitung eines Merkblattes zur Schülereinführung.
QZ Qualitätssicherungsreader Ärzte/ Psychologen	Aktualisierung der Arbeitsablaufstandards der Ärzte und Psychologen	Aktualisierung erfolgt regelmäßig nach Bedarf und einmal jährlich vollständig.
QZ medizinische Leitlinien	Weiterentwicklung und Aktualisierung der medizinischen Leitlinien	Aktualisierung erfolgt regelmäßig nach Bedarf und einmal jährlich vollständig.
QZ Einarbeitung neuer Mitarbeiter	Weiterentwicklung der Einarbeitungskonzepte für neue Mitarbeiter auf der Basis des entsprechenden Stiftungsrahmenkonzepts	berufsgruppenspezifische Einarbeitungskonzepte sind eingeführt und evaluiert, Konzepte wurden ergänzt für Pflegehelfer am Wochenende sowie für ZDL und FSJ.
QZ Wohnbereich	Aktualisierung des Qualitätshandbuchs des Wohnbereichs	Aktualisierung des Handbuchs erfolgt regelmäßig monatlich; QM-bezogene Themen werden besprochen und ggf. ins QM-System integriert

# D Qualitätsmanagement

Name	Ziel	Aktueller Stand
QZ Speisever- sorgung	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
QZ Internet- Auftritt	Aktualisierung des Internet-Auftrittes	Aktualisierung ist erfolgt. Neuer Hausfilm wurde erstellt.
QZ Franziskus- tag	Aufrechterhaltung und Pflege der franziskanischen Kultur im St. Rochus-Hospital	Durchführung eines Franziskustages am 4. Oktober eines jeden Jahres mit Festgottesdienst und wechselnden Veranstaltungen wie dem Stadtgang „Auf den Spuren der Mauritzer Franziskanerinnen“ oder Lesungen auf den Stationen.

## **Ethikkomitee**

Im Mai 2005 hat sich im St. Rochus-Hospital ein Ethikkomitee konstituiert, welches sich 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.

## **Umweltausschuss**

Ein regelmäßig tagender Umweltausschuss unter Leitung eines Diplom-Chemikers besteht seit 2006. Es wurden zahlreiche konkrete Umweltschutzmaßnahmen umgesetzt, zudem wird seit 2007 eine freiwillige Umweltbilanz erstellt. Die Umrüstung von Halogen- auf LED-Strahler sowie die vermehrte Beleuchtungssteuerung durch Bewegungsmelder werden kontinuierlich vorangetrieben. Der Wohnbereich St. Benedikt erhielt 2010 einen Klimaschutz-Sonderpreis des Kreises Warendorf für ein Schulungskonzept zu energiesparendem Verhalten.

## **Kontinuierliche Patientenbefragung**

Seit dem Jahr 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 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 begleitet und evaluiert. Im Jahr 2010 lag der Rücklauf der Patientenbefragungsbögen bei 51,5 %. Wegen der guten Nutzung und der hohen Relevanz der kontinuierlichen Befragung, auch als Baustein des systematischen Vorschlags- und Beschwerdemanagements der Patienten, ist deren Fortsetzung geplant.

## **Befragung einweisender Ärzte**

In den Jahren 2006 und 2009 wurden die einweisenden Ärzte schriftlich hinsichtlich ihrer Zufriedenheit und weiterer Verbesserungswünsche befragt. Die Ergebnisse waren 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.

# D Qualitätsmanagement

## **Mitarbeiterbefragung**

Im Herbst 2009 wurde zuletzt eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt, an der sich im St. Rochus-Hospital 68 % aller Mitarbeiter beteiligt haben. Die Ergebnisse wurden in allen Abteilungen und Teams präsentiert und besprochen. Im Vergleich mit den übrigen Kliniken des Trägers lagen die Zufriedenheitswerte der Mitarbeiter 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).

## **D-5 Qualitätsmanagement-Projekte**

### **Projekte**

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 allen Mitarbeitern des Pflegedienstes als Nachschlage- und Anweisungswerk dient. In dem Qualitätshandbuch werden insbesondere alle pflegerischen Handlungsabläufe im Hospital und auf den jeweiligen Stationen mit den hierzu festgelegten Verbindlichkeiten beschrieben. 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 Handbuches verantwortlich.

#### **• Qualitätshandbuch Tagesklinik**

Auch die Mitarbeiter der Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Warendorf 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

# D Qualitätsmanagement

---

Therapiebesprechungen erörtert. Für problematische Situationen gibt es spezielle ethische Fallbesprechungen unter Moderation hierfür geschulter Mitarbeiter. Grundsätzliche ethische Fragestellungen und Leitlinien werden im St. Rochus-Hospital von einem Ethik-Komitee bearbeitet. In ihm sind Mitarbeiter aus verschiedenen Berufsgruppen vertreten, die sich intensiv mit ethischen Grundlagen der Krankenhausbehandlung auseinandergesetzt haben. Der Krankenhausträger, die St. Franziskus-Stiftung Münster, ermöglicht es 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 sind, in die Behandlung mit einzubeziehen. Gerade bei psychischen Störungen ist dies oft ein Schlüssel zum Erfolg. Neben individuellen Gesprächen werden mehrere krankheitsspezifische 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 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 evidenzbasierten Leitlinien der Fachgesellschaften entwickelt wurden. Auf deren Basis haben Mitarbeiter aus den verschiedenen Berufsbereichen in Projektgruppen 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.

- **Pflegediagnosenkomplexe**

Auf der Grundlage der berufsgruppenübergreifend erstellten Behandlungspfade haben die Mitarbeiter der Pflege auf der Basis der allgemeinen Pflegediagnosen speziell für die Situation in der stationären Psychiatrie und Psychotherapie Pflegediagnosenkomplexe entwickelt und im St. Rochus-Hospital eingeführt. Die Umsetzung wurde mittlerweile evaluiert und entsprechend der Ergebnisse der Evaluation angepasst. Eine regelmäßige Überprüfung und Überarbeitung der Pflegediagnosenkomplexe erfolgt im Rahmen eines Qualitätszirkels.

# D Qualitätsmanagement

---

- **Aktualisierung des gemeinsamen Leitbildes**

In einem übergreifenden Projekt wurde im Jahr 2010 das vor 13 Jahren entwickelte gemeinsame Leitbild der Einrichtungen der St. Franziskus-Stiftung komplett überarbeitet und aktualisiert. Es berücksichtigt jetzt auch die speziellen Belange der Behinderten- und Senioreneinrichtungen. Das neue Leitbild wurde 2010 im St. Rochus-Hospital eingeführt, es dient wie das bisherige Leitbild die Grundorientierung im Sinne eines Wertevorrates und der Zielvorgabe für die weitere Entwicklung des Hospitals. Die konkrete Umsetzung der Ziele des Leitbildes erfolgt mit den Methoden des Qualitätsmanagements.

- **Leitbildforum**

Im Jahr 2009 fand bereits zum 12. Mal das Leitbildforum statt, ein Treffen von Mitarbeitern aus allen Einrichtungen der St. Franziskus-Stiftung, bei dem Fragen der Unternehmenskultur und der Umsetzung von Qualitätsmanagementprojekten im Mittelpunkt stehen. Bei diesen 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. Das Leitbildforum findet alle zwei Jahre statt.

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 12 Jahren auf der Basis eines 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 und im Qualitätsmanagement beurteilt. In den Jahren 2007 und 2010 wurde die Klinik erfolgreich rezertifiziert, wobei die Zertifizierung zusätzlich nach proCum Cert erfolgte. Damit wurden auch die besonderen Leistungen als konfessionelles Krankenhaus gewürdigt. Bezogen auf die von KTQ und proCum Cert veröffentlichten anonymisierten Vergleichszahlen mit anderen zertifizierten Krankenhäusern lagen die Ergebnisse der letzten Rezertifizierung des St. Rochus-Hospitals jeweils im obersten Bereich. Im September 2011 erhält das St. Rochus-Hospital von der Zertifizierungsgesellschaft proCum Cert den 1. Preis für das deutschlandweit beste Ergebnis aller Rezertifizierungen 2010.

# D Qualitätsmanagement

---

In den Abschlussberichten der Visitoren im Rahmen der bisherigen Zertifizierungen 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 umfassende 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“.

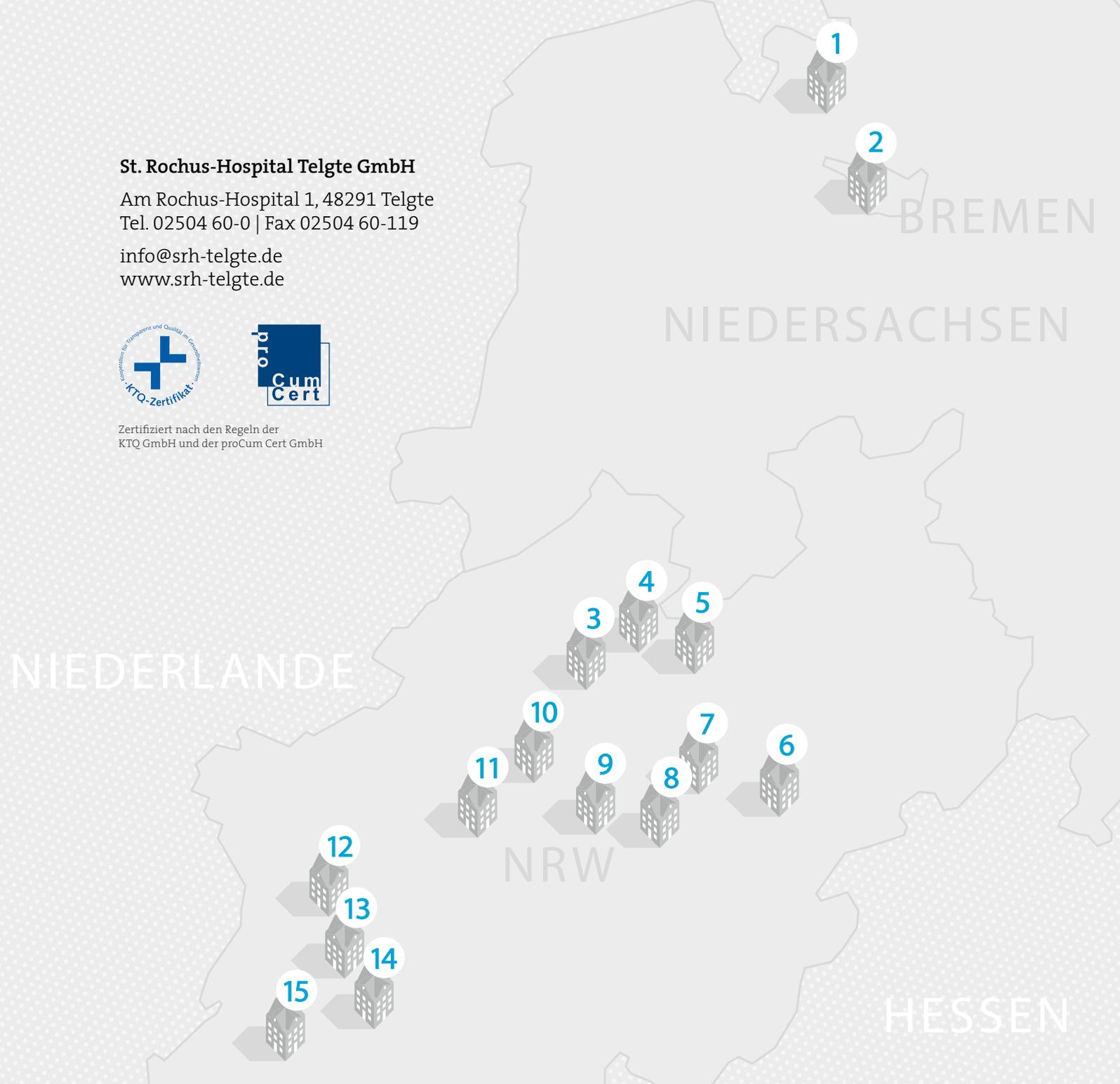
## St. Rochus-Hospital Telgte GmbH

Am Rochus-Hospital 1, 48291 Telgte  
Tel. 02504 60-0 | Fax 02504 60-119

info@srh-telgte.de  
www.srh-telgte.de



Zertifiziert nach den Regeln der  
KTQ GmbH und der proCum Cert GmbH



## Krankenhäuser der Franziskus Stiftung

- |                                                                               |                                                     |                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 <b>BREMERHAVEN</b><br>St. Joseph-Hospital                                   | 6 <b>BECKUM</b><br>St. Elisabeth-Hospital           | 12 <b>KAMP-LINTFORT</b><br>St. Bernhard-Hospital                                   |
| 2 <b>BREMEN</b><br>St. Joseph-Stift                                           | 7 <b>AHLEN</b><br>St. Franziskus-Hospital           | 13 <b>KREFELD-UERDINGEN</b><br>St. Josefshospital                                  |
| 3 <b>MÜNSTER</b><br>St. Franziskus-Hospital                                   | 8 <b>HAMM-HEESSEN</b><br>St. Barbara-Klinik         | 14 <b>MEERBUSCH-LANK</b><br>St. Elisabeth-Hospital<br>(Rheinisches Rheuma-Zentrum) |
| 4 <b>TELGTE</b><br>St. Rochus-Hospital mit<br>Tagesklinik Warendorf           | 9 <b>HAMM-BOCKUM-HÖVEL</b><br>St. Josef-Krankenhaus | 15 <b>VIERSEN/SÜCHTELN</b><br>St. Irmgardis-Krankenhaus                            |
| 5 <b>TELGTE</b><br>Klinik für Geriatrische<br>Rehabilitation<br>Maria Frieden | 10 <b>LÜDINGHAUSEN</b><br>St. Marien-Hospital       |                                                                                    |
|                                                                               | 11 <b>RECKLINGHAUSEN</b><br>Elisabeth Krankenhaus   |                                                                                    |