



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen



ST. ROCHUS-HOSPITAL
TELGTE



proCum Cert-QUALITÄTSBERICHT

zum pCC Katalog 7.0_2015 und KTQ Katalog 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus: St. Rochus Hospital Telgte
Institutionskennzeichen: 260551096
Anschrift: Am Rochus-Hospital 1
48291Telgte

**Ist zertifiziert nach proCum Cert
inklusive KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:** 2022-0006-TELG-12-K-002136
**durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle:** proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft,
Frankfurt am Main

Gültig vom: 29.04.2022
bis: 28.04.2025
Zertifiziert seit: 26.02.2004

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der proCum Cert.....	3
Vorwort der KTQ®	4
Vorwort der Einrichtung.....	6
Die Kategorien.....	7
1 Patientenorientierung.....	8
2 Mitarbeiterorientierung.....	11
3 Sicherheit - Risikomanagement	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	17
5 Unternehmensführung	18
6 Qualitätsmanagement.....	21
7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus	23
8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft.....	24
9 Trägerverantwortung.....	25

Vorwort der proCum Cert

Die proCum Cert GmbH ist eine eigenständige Zertifizierungsgesellschaft, die im Frühjahr 1998 auf Initiative des Katholischen Krankenhausverbandes Deutschlands (KKVD) gemeinsam mit dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV) und ihren Wohlfahrtsverbänden Caritas (DCV) und Diakonie (DWdEKD) sowie deren Versicherungsdienst Ecclesia gegründet wurde.

Als Kooperationspartner der KTQ® war die proCum Cert an der Entwicklung des KTQ-Manuals beteiligt. Zusätzlich hatten die Gründungsgesellschafter der proCum Cert den proCum Cert-Anforderungskatalog verfasst, mit grundlegenden, für ein Qualitätsmanagement im Krankenhaus prägenden christlichen Werten.

Die proCum Cert GmbH ist zugelassene Zertifizierungsstelle der KTQ® und berechtigt, Krankenhäuser in dem vorgesehenen Verfahren mit dem KTQ-Zertifikat auszuzeichnen. Das kombinierte pCC-KTQ-Zertifikat geht in seinen Anforderungen darüber hinaus, in dem das Verfahren 24 weitere Qualitätskriterien berücksichtigt, die das KTQ-Manual mit den derzeit 55 Kriterien ergänzt.

Das KTQ-Manual ist vollumfänglicher Bestandteil des proCum Cert-Anforderungskataloges. Um das pCC-KTQ-Zertifikat zu erhalten, muss das Krankenhaus sowohl die Erfüllung aller Voraussetzungen für das KTQ-Zertifikat, als auch die Erfüllung der zusätzlichen proCum Cert-Anforderungen nachweisen.

Dieser Nachweis ist dem Krankenhaus gelungen, daher wurde es von der proCum Cert mit dem kombinierten pCC-KTQ-Zertifikat ausgezeichnet.

Der vorliegende Qualitätsbericht ist während der dreijährigen Gültigkeitsdauer des Zertifikates über die Internetseite www.proCum-Cert.de allgemein zugänglich.

Thomas Pawelleck

Geschäftsführung
proCum Cert GmbH

Vorwort der KTQ®

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize, alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Im Beirat der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR).

Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie- und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- die Führung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausespezialisten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte, Informationen über das betreffende Krankenhaus in standardisierter Form veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges 2015. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **St. Rochus Hospital Telgte** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

PD Dr. med. Peter Bobbert

Für die Bundesärztekammer

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegeerrat

Vorwort der Einrichtung

Das St. Rochus-Hospital Telgte

Mit einer über 170-jährigen Geschichte gehört das St. Rochus-Hospital zu den ältesten psychiatrischen Fachkliniken Westfalens. 1848 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, Psychotherapie und Psychosomatik verfügt über 291 Behandlungsplätze und umfasst folgende Bereiche:

- Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychosomatik und Psychotherapie
- Gerontopsychiatrie
- Abhängigkeitserkrankungen
- Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Warendorf
- Tagesklinik für Gerontopsychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie in Ahlen
- Psychiatrische Institutsambulanz
- Ambulanter Pflegedienst

In den Fachabteilungen und auf Spezialstationen 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 Wachtherapie
- Bewegungs- und Physiotherapie
- Konzentrierte Bewegungstherapie
- 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 ärztlichem Fachpersonal, Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen, Gesundheits- und Krankenpfleger:innen und weiteren Therapeut:innen 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 Kategorien

1 Patientenorientierung

KTQ:

Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das St. Rochus-Hospital ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln und eigenem PKW gut zu erreichen. Es stehen kostenfreie Parkplätze in unmittelbarer Nähe zur Verfügung. Die Anmeldung zur Behandlung ist einfach. Sie erfolgt in der Regel telefonisch durch den Hausarzt oder Facharzt bzw. Psychotherapeuten. Im Notfall ist sie auch ohne den vorherigen Besuch beim niedergelassenen Arzt möglich. Auf Wunsch können Patienten und ihre Angehörigen vorab die Klinik und die vorgesehene Station besichtigen und sich persönlich über die Behandlungsmöglichkeiten informieren.

Leitlinien und Standards

Die Therapieplanung folgt standardisierten, wo möglich evidenzbasierten Leitlinien. Für die häufigsten Erkrankungen wurden Behandlungspfade entwickelt. Im Einzelfall wird die Behandlung immer individuell angepasst, um der Symptomatik, dem Ursachengeflecht und der Persönlichkeit des Patienten gerecht zu werden. Die Behandlungsstandards sind in Qualitätshandbüchern hinterlegt. Sie werden regelmäßig in Qualitätszirkeln überarbeitet und den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst.

Information und Beteiligung des Patienten

Der Patient wird von Anfang an aktiv in die Behandlungsplanung eingebunden. Dazu gehören eine umfassende Aufklärung über die Ergebnisse der Untersuchungen und über zu erwartende Erfolge und Risiken vorgeschlagener therapeutischer Maßnahmen. Auf die aktuelle psychische Situation wird dabei Rücksicht genommen. Soweit keine akute Gefährdung und keine rechtliche Betreuung bestehen, entscheidet der Patient über die empfohlene Behandlung. Die Einbeziehung der Angehörigen wird mit Einverständnis des Patienten gezielt gefördert, u. a. durch persönliche Gesprächsangebote und Angehörigengruppen.

Ernährung und Service

Die räumliche Ausstattung der Klinik und der Patientenzimmer ist wohnlich und funktional, wobei auf eine persönliche Atmosphäre Wert gelegt wird. Neben Aufenthaltsräumen auf allen Stationen gibt es eine Cafeteria mit Kiosk und Außenterrasse. Großzügige Sportanlagen, eine Kegelbahn, ein Fitnessraum und ein Schwimmbad können genutzt werden. Im Park und in der näheren Umgebung sind Spazierwege angelegt. Die Kirche und ein Raum für Stille stehen den Patienten und Besuchern offen.

Das Essen wird in der hauseigenen Küche täglich frisch zubereitet. Die Zutaten entstammen zum Teil der eigenen Gärtnerei und Landwirtschaft. Es kann zwischen verschiedenen Menüs gewählt werden, wobei auch Sonderwünsche und spezielle Diäten Berücksichtigung finden.

Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Patienten werden gründlich und umfassend untersucht, wobei der Facharztstandard gewährleistet ist. Für die Gespräche besteht ausreichend Zeit.

Dabei kommen aktuelle Probleme und Beschwerden ebenso zur Sprache wie Aspekte der persönlichen Entwicklung und zugrunde liegende Konflikte.

Die Untersuchungen und Gespräche bilden die Grundlage für eine gezielte Behandlungsplanung, die gemeinsam mit dem Patienten erfolgt. Persönliche Erfahrungen und Wünsche werden soweit wie möglich berücksichtigt. Wir nehmen uns Zeit, alle Fragen und Wünsche eingehend zu besprechen und über den Ablauf der Behandlung umfassend zu informieren.

Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Das St. Rochus-Hospital verfügt neben dem stationären Bereich und den beiden Tageskliniken auch über eine Institutsambulanz. Hier werden u.a. diejenigen Patienten behandelt, die nach ihrer Entlassung noch einer besonders umfassenden Weiterbetreuung bedürfen. Bei Bedarf können Patienten auch zu Hause aufgesucht oder von Mitarbeitern der Ambulanz zu Terminen begleitet werden.

Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlungsplanung

Unter fachärztlicher Leitung wird zusammen mit dem Patienten ein individueller Behandlungsplan entwickelt. Dieser umfasst neben den individuellen ärztlich-psychotherapeutischen und pflegerischen Maßnahmen in der Regel weitere Therapien, z.B. Entspannungsverfahren, Bewegungstherapien, kreative Therapien und alltagspraktische Übungen.

In den Visiten und Gesprächen werden die Fortschritte der Behandlung gemeinsam mit dem Patienten regelmäßig überprüft, wozu auch wöchentliche Besprechungen mit allen beteiligten Therapeuten beitragen.

Therapeutische Prozesse

Jede Behandlung erfolgt nach individueller Planung, der die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse und Empfehlungen der Fachgesellschaften zugrunde liegen. Dies betrifft sowohl die medizinische und psychotherapeutische als auch die pflegerische Behandlung und die weiteren verordneten Therapien. Eine eventuelle medikamentöse Behandlung ist in ein Gesamtkonzept integriert. Der Patient wird in alle Schritte der Behandlung aktiv einbezogen. In den Visiten und in persönlichen Gesprächen mit dem behandelnden Arzt bzw. Psychologen und mit der Bezugspflegeperson wird der Behandlungsverlauf gemeinsam reflektiert.

Visite

Die Visiten finden in vertraulichem Rahmen ohne Beisein von Mitpatienten statt. An den wöchentlichen Oberarzt- bzw. Chefarztvisiten nehmen auch weitere Mitarbeiter des Behandlungsteams (z.B. Ergotherapeuten und Sozialarbeiter) teil.

Entlassungsprozess

Die Entlassung wird zusammen mit dem Patienten und seinen Angehörigen frühzeitig geplant. In den Visiten und Therapiebesprechungen werden zusammen mit dem Sozialarbeiter notwendige Unterstützungsmaßnahmen besprochen und eingeleitet.

Am Entlassungstag erhält der Patient im Rahmen des Abschlussgespräches eine Mappe mit den erforderlichen Dokumenten. Dazu gehören ein Bericht für den weiterbehandelnden Arzt und eine Übersicht der zuletzt verordneten Medikamente mit Dosierungsanleitung, sofern eine medikamentöse Weiterbehandlung erfolgt.

Bei Besonderheiten oder Problemen wird mit dem weiterbehandelnden Arzt vorab telefonisch Kontakt aufgenommen, ebenso auf Wunsch des Patienten. Die Bezugspflegeperson und der Sozialarbeiter übermitteln bei Bedarf Informationen zur Pflegeüberleitung bzw. für die weitere psychosoziale Betreuung.

Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Die Pflege und Behandlung Schwerstkranker und Sterbender ist von einem ganzheitlichen Menschenbild geprägt. Körperliche, seelische, religiöse und soziale Aspekte finden gleichermaßen Berücksichtigung. Das zugrunde liegende Konzept wurde in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe erarbeitet.

Sterbenden Menschen wird ein würdevoller Umgang in entsprechender Umgebung zuteil. Die persönliche Begleitung bezieht immer auch die Angehörigen mit ein. Ein Mitglied des Seelsorgeteams ist auf Wunsch in die Begleitung involviert. Den Mitarbeitern ist eine individuelle Betreuung und Begleitung wichtig.

Umgang mit Verstorbenen

Ein würdevoller Umgang mit Verstorbenen entspricht der Tradition des Hauses. Religion und Weltanschauung des Verstorbenen werden dabei berücksichtigt. Angehörige haben die Gelegenheit, in Ruhe Abschied von dem Verstorbenen zu nehmen. Soweit erwünscht erhalten sie Unterstützung und Begleitung. Auch in den folgenden Tagen stehen ihnen die Mitarbeiter für Gespräche zur Verfügung. Die Krankenhauskirche steht den Angehörigen jederzeit offen.

pCC:

Gewährleistung besonderer Zuwendung und Präsenz für Patienten

Die Patienten werden von qualifiziertem Personal in Empfang genommen. Auf der Station erfolgt ein ausführliches Aufnahmegespräch. Auf Wunsch können die Angehörigen daran teilnehmen. Wir nehmen uns Zeit, Fragen und Wünsche eingehend zu besprechen und über den Ablauf der Behandlung eingehend zu informieren. Jedem Patienten werden ein persönlicher Therapeut und eine Bezugspflegeperson zugeordnet.

Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

Ethische Aspekte der Behandlung werden in den Therapiebesprechungen erörtert. Bei Bedarf können spezielle ethische Fallbesprechungen unter Moderation geschulter Mitarbeiter stattfinden. Ein Ethikkomitee befasst sich mit grundlegenden ethischen Aspekten in der Patientenbehandlung und erarbeitet Leitlinien für spezielle Situationen. Die Mitarbeiter erhalten bei ethischen Konflikten Beratung und Unterstützung.

2 Mitarbeiterorientierung

KTQ:

Personalbedarf

Durch eine bedarfsgerechte Personalplanung werden in allen Bereichen entsprechend dem Arbeitsaufkommen qualifizierte Mitarbeiter beschäftigt. Niedrige Ausfallquoten und geringe Fluktuationsraten entsprechen dem Ziel der Personalplanung, Mitarbeiter durch gute Arbeitsbedingungen langfristig an das Hospital zu binden. Viele Mitarbeiter sind langjährig im Hospital beschäftigt.

Personalentwicklung

Ein Konzept zur Personalentwicklung beinhaltet Aspekte der Personaleinstellung, der Beurteilung und der Förderung der Mitarbeiter. In jährlichen strukturierten Gesprächen zwischen Mitarbeiter und Vorgesetzten werden unter anderem Ziele für das nächste Jahr festgelegt, der Fortbildungsbedarf ermittelt, Rückmeldungen ausgetauscht und Möglichkeiten der persönlichen Entwicklung thematisiert. Die Mitarbeiter sind für ihre Aufgaben qualifiziert. Ein umfangreiches Fort- und Weiterbildungsprogramm sowie konkrete Vereinbarungen zum individuellen Fort- und Weiterbildungsbedarf halten das Wissen auf dem aktuellen Stand.

Einarbeitung

Die systematische Einarbeitung neuer Mitarbeiter erfolgt auf verschiedenen Ebenen: direkt am Arbeitsplatz durch den Vorgesetzten, die Kollegen und einen persönlichen Paten, in der Klinik durch gezielte Einführungsveranstaltungen und Gespräche mit den Leitern der Berufsgruppen und Funktionsbereiche, sowie hospitalübergreifend bei einer Informationsveranstaltung mit Vertretern des Trägers. Im Rahmen der Probezeit finden strukturierte Mitarbeitergespräche statt. Die Einarbeitung wird durch verschiedene Handbücher und Dokumentationen unterstützt.

Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Krankenpflegeschüler kooperierender Krankenhäuser versehen ihre psychiatrischen Praxiseinsätze unter Anleitung von Mentoren auf den Stationen des Hauses. Ein Qualitätszirkel zur Schüleranleitung hat Konzepte zur Verknüpfung theoretischer und praktischer Lerninhalte erarbeitet und schreibt diese fort.

Mit dem Peplau-Kolleg verfügt die Klinik über eine staatlich anerkannte Weiterbildungsstätte für psychiatrische Fachgesundheits- und –krankenpflege sowie Fachaltenpflege.

Die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter dient der Sicherung der Arbeitsqualität und der Förderung der sozialen Kompetenz. Jährlich wird ein umfassendes Fortbildungsprogramm für Mitarbeiter aller Berufsgruppen erstellt. Auch die Teilnahme an externen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wird gefördert. Das St. Rochus-Hospital ist eine in vollem Umfang anerkannte Weiterbildungsstätte zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie anerkannte Ausbildungsstätte für die praktische Tätigkeit I und II in der Weiterbildung zum psychologischen Psychotherapeuten.

Arbeitszeiten / Work Life Balance

Auf die Einhaltung geplanter Arbeitszeiten wird im Rahmen gesetzlicher Bestimmungen und tariflicher Vereinbarungen geachtet. Entsprechend werden Dienst- und Urlaubspläne erstellt und die geleisteten Arbeitszeiten erfasst. Mitarbeiterfreundliche Arbeitszeitmodelle unter Berücksichtigung individueller Belange werden soweit wie möglich der Dienstplangestaltung zugrunde gelegt. Bei Wunsch nach Teilzeitarbeit werden unter Berücksichtigung betrieblicher Interessen flexible Vereinbarungen getroffen. Zur Gesundheitsförderung gibt es ein umfangreiches Angebot an Aktivitäten und Seminaren.

Ideenmanagement

Die Mitarbeiter des Hospitals können Vorschläge, Ideen oder Beschwerden jederzeit persönlich über ihre Vorgesetzten, das Direktorium oder die MAV einbringen, sowie schriftlich oder anonym über ein Formular oder im Intranet. Weitere Gelegenheit geben die regelmäßigen Besprechungen, bei denen die Diskussion und Umsetzung von Mitarbeitervorschlägen ein wichtiges Element ist. Auch die Mitarbeitergespräche beinhalten die Erörterung konkreter Ideen, Wünsche und Kritikpunkte. Alle drei Jahre findet eine Mitarbeiterbefragung statt, die Ergebnisse werden in allen Bereichen mit den Mitarbeitern gemeinsam ausgewertet. Ideen und Wünsche der Mitarbeiter tragen so zur weiteren Verbesserung der Abläufe bei.

pCC:

Soziale Verantwortung, Rücksichtnahme und ethische Sensibilität in der Personalführung

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird besonders berücksichtigt. Individuellen Wünschen zur Gestaltung des Arbeitsrahmens wird soweit wie möglich entgegengekommen.

Bei vorübergehenden Erkrankungen wird die Wiedereingliederung der Mitarbeiter stets unterstützt. Sollte auf Dauer eine Weiterbeschäftigung an der bisherigen Stelle nicht möglich sein, wird nach möglichen Alternativen gesucht. Ein Betriebliches Eingliederungsmanagement ist eingeführt.

Wertschätzung und Anerkennung vermitteln, Verbundenheit fördern

Der Umgang miteinander ist von gegenseitiger Wertschätzung und Verbundenheit gekennzeichnet. Die Leistungen der Mitarbeiter werden anerkannt und gewürdigt. Dies geschieht in den regelmäßigen persönlichen Gesprächen mit den Vorgesetzten, im Rahmen von Teambesprechungen und bei zahlreichen Feiern im Haus. Jubiläen von Mitarbeitern werden jährlich in gemeinsamen Feierstunden begangen.

Förderung einer durch christliche Werte geprägten sozialen und ethischen Kompetenz

Im Rahmen der Innerbetrieblichen Fortbildung finden regelmäßig Veranstaltungen zur Weiterentwicklung der sozialen Kompetenzen statt. Hierzu zählen beispielsweise Seminare zu den Themen Kommunikation, Verhalten in Grenzsituationen, Konflikttraining, Burn-out-Prophylaxe und Deeskalation.

In Fortbildungen und in persönlichen Gesprächen können die Mitarbeiter die christlich-ethischen Grundlagen ihrer Arbeit erweitern und festigen.

Auswahl und Einarbeitung von Führungskräften

Angehende Führungskräfte werden aufgrund ihrer fachlichen und sozialen Kompetenzen gezielt gefördert und auf ihre bevorstehenden Aufgaben vorbereitet.

Sie sollen die gemeinsamen christlichen Grundwerte teilen und aktiv umsetzen.

Für leitende Mitarbeiter werden trägerweit strukturierte Managementschulungen angeboten, die auf verschiedene Aspekte ihrer Führungsaufgaben eingehen.

Personalgewinnung mit dem Ziel, das christliche Profil der Einrichtung zu sichern und zu stärken

Die Werte und Grundlagen unserer Arbeit sind im Leitbild zusammengefasst, das jeder neue Mitarbeiter vor Antritt seiner Stelle erhält. Wir achten darauf, dass neue Mitarbeiter unsere christlichen Grundwerte mittragen. Als Orientierung dienen dabei die franziskanischen Werte Kompetenz, Verantwortung, gegenseitiger Respekt, Zusammenarbeit, Freude und Achtung der Schöpfung. Wir wünschen uns Mitarbeiter, die sich mit ihren Aufgaben identifizieren und gerne mit Menschen umgehen.

3 Sicherheit - Risikomanagement

KTQ:

Methoden des klinischen Risikomanagements

Ziel des Risikomanagements ist es, insbesondere gesundheitliche Schäden von Patienten und Mitarbeitern des Hospitals zu verhindern, mögliche Risiken zu erkennen und präventive Maßnahmen zur Abwendung solcher Schäden zu ergreifen. Dazu gehören im klinischen Bereich standardisierte Handlungsabläufe, die in den Qualitätshandbüchern hinterlegt sind. Wöchentlich finden Fallkonferenzen statt.

Es gibt ein Meldewesen für Beinahezwischenfälle. Jährlich werden Sicherheitsbegehungen als interne Audits unter Beteiligung der Mitarbeiter durchgeführt.

Eigen- und Fremdgefährdung

Die Patientensicherheit wird durch eine Reihe von Maßnahmen gewährleistet, zu denen Ausgangsregelungen und individuelle Betreuungskonzepte bei drohender Eigengefährdung bzw. Fremdgefährdung gehören. In Krisensituationen ist die Behandlung auf einer geschützten Station mit besonders geschultem Personal möglich. Den speziellen Gefährdungssituationen im fortgeschrittenen Alter werden die Therapiekonzepte auf den gerontopsychiatrischen Stationen gerecht.

Medizinisches Notfallmanagement

Für medizinische Notfälle gibt es Handlungsanweisungen, die in den Dienstzimmern der Stationen und Funktionsbereiche aushängen. Über eine Notrufnummer ist jederzeit der diensthabende Arzt zu erreichen. Notfallgeräte und Notfallrucksäcke sind an zentralen Stellen verfügbar. In jährlichen Notfall- und Reanimationsübungen des medizinischen und pflegerischen Personals werden die Abläufe trainiert.

Organisation der Hygiene

Eine Kommission unter Leitung des Ärztlichen Direktors ist für alle Hygienebelange zuständig. Sie berät die notwendigen Maßnahmen und setzt die rechtlichen Vorgaben um. Eine hygienebeauftragte Ärztin und eine Hygienefachkraft überwachen die Umsetzung der entsprechenden Pläne. Für die gesamte Klinik gibt es detaillierte schriftliche Handlungsanweisungen.

Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement

Die Hygienefachkraft erhebt und sammelt regelmäßig in den Bereichen des Hospitals hygienerelevante Daten und wertet sie aus. Aufgrund der Ergebnisse werden gegebenenfalls geeignete Vorkehrungen getroffen. Durch regelmäßige Begehungen hygienerelevanter Bereiche und durch eine Vielzahl hygienesichernder Maßnahmen wird Sicherheit vor Verunreinigungen und Infektionen gewährleistet. Der Umgang mit speziellen Infektionen ist geregelt. In der Klinik werden nur sehr wenige Patienten mit Infektionserkrankungen behandelt. Der Antibiotikaeinsatz richtet sich nach aktuellen wissenschaftlichen Leitlinien.

Die Einhaltung der Hygienerichtlinien wird im Rahmen von unangekündigten Begehungen und von Sicherheits-Audits kontinuierlich überwacht.

Arzneimittel

Die benötigten Arzneimittel werden über eine gemeinsame Zentralapotheke des Trägers bereitgestellt. Eine Arzneimittelkommission koordiniert die Abläufe. Das Bestellwesen für Arzneimittel und nicht-technische Medizinprodukte ist auf allen Stationen einheitlich geregelt. Die erforderlichen Arzneimittel werden auf den Stationen in ausreichender Menge vorgehalten. Sie sind gegen unbefugten Zugriff gesichert aufbewahrt. Die richtige Lagerung wird bei unangekündigten Kontrollen eines Apothekers regelmäßig überprüft. Die Medikamente werden für jede Ausgabe separat gestellt und den Patienten persönlich gereicht.

Medizinprodukte

Medizinische Geräte werden nur von qualifiziertem Personal nach entsprechender Einweisung betrieben. Die Handhabung nicht-technischer Medizinprodukte (zum Beispiel Verbandmaterial) entspricht den jeweiligen Vorschriften. Lagerung und Verfallsdaten werden regelmäßig kontrolliert. Alle Medizinprodukte sind zentral in einer Datenbank gespeichert.

Arbeitsschutz

Ein Arbeitssicherheitsausschuss ist eingerichtet. Für die arbeitsmedizinische Betreuung der Mitarbeiter steht ein Betriebsarzt zur Verfügung. Das Vorgehen bei Unfällen am Arbeitsplatz ist geregelt. Detaillierte Handlungsanweisungen bei Verletzungen mit Infektionsgefahr sind auf allen Stationen einzusehen. Gefahrstoffe werden kaum verwandt, über Lagerung und Verbleib gibt ein Kataster Auskunft.

Brandschutz

Ein umfassender Brandschutzplan legt die Zuständigkeiten und Abläufe im Brandfall fest und beschreibt den vorbeugenden Brandschutz. In regelmäßigen verpflichtenden Brandschutzübungen bereiten sich alle Mitarbeiter darauf vor, im Ernstfall die richtigen Maßnahmen zu ergreifen. Der Brandschutzbeauftragte sorgt im Rahmen von regelmäßigen Begehungen dafür, dass Vorkehrungen zur Vermeidung eines Brandes getroffen werden.

Datenschutz

Alle Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht. Die gesetzlichen und kirchlichen Bestimmungen zum Datenschutz werden eingehalten. Jeder neue Mitarbeiter wird mündlich und schriftlich über die entsprechenden Verordnungen informiert. Durch das Rechte-Rollen-Konzept wird sichergestellt, dass nur berechtigte Anwender Zugriff auf personenbezogene Daten haben. Berichte über Patienten werden nur mit dessen schriftlichem Einverständnis herausgegeben.

Umweltschutz

Der Umweltschutz wird in den Arbeitsbereichen berücksichtigt, angefangen bei der Planung neuer Gebäude über den Einkauf vorrangig umweltverträglicher Produkte bis zur Mülltrennung auf den Stationen. Es liegt ein einheitliches Entsorgungskonzept vor. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben werden jährlich eine Abfallbilanz und ein Abfallbericht an den Geschäftsführer erstellt.

Katastrophenschutz

Für den Fall eines Großschadensereignisses wurden Vorkehrungen getroffen. Es gibt detaillierte Handlungsanweisungen für alle Mitarbeiter zur Evakuierung des Krankenhauses und zur Hilfestellung für jeden Patienten. Auch Mitarbeiter, die nicht im Dienst sind, können über eine zentrale Alarmrufschaltung im Notfall informiert und zur Mithilfe herangezogen werden.

Ausfall von Systemen

Auch bei einem Ausfall technische Geräte oder Systeme kann die Behandlung der Patienten ungestört fortgesetzt werden. Für entsprechende Situationen wurden Vorkehrungen getroffen. Es gibt einen hauseigenen technischen Notfalldienst. Elektronische Daten werden gesichert und zusätzlich als ausgedruckte Akte geschützt aufbewahrt.

pCC:

Besondere Aspekte eines umfassenden Risikomanagements

Die Sicherheit der Patienten hat einen hohen Stellenwert. Die Klinik ist so organisiert und ausgestattet, dass Risiken weitestgehend vermieden werden.

Für den Umgang mit ernsthaften Zwischenfällen und Krisensituationen gibt es konkrete Handlungspläne, die in Qualitätszirkeln erarbeitet und aktualisiert werden. Darüber hinaus bestehen spezielle Programme zur Vorbeugung von Risiken (z. B. Deeskalationsmanagement, Kollegiale Erstbetreuung, Rahmenkonzept Prävention (sexualisierter) Gewalt). Regelmäßige Rundgänge und Besprechungen mit den Mitarbeitenden tragen dazu bei, Risiken zu erkennen und rechtzeitig zu beseitigen.

Berücksichtigung des Datenschutzes

Die Regelungen des kirchlichen Datenschutzes werden ebenso umgesetzt wie die gesetzlichen Regelungen der Datenschutzgrundverordnung. Die Privatsphäre der Patienten bei Untersuchungen, Visiten und Gesprächen wird gewahrt.

4 Informations- und Kommunikationswesen

Netzwerkstruktur und Datensysteme

Über ein vernetztes Krankenhausinformationssystem haben die Ärzte, Psychologen, Pflegepersonen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten und Mitarbeiter der Verwaltung entsprechend ihrer jeweiligen Berechtigung Zugriff auf für sie relevante Daten. Dazu haben die Nutzer ein persönliches Kennwort, über das der Zugang zu einem festgelegten Datenbereich möglich ist. Die klinische Dokumentation wird modular in eine geplante elektronische Patientenakte überführt. Bei Fragen und Problemen stehen zwei IT-Mitarbeiter im Haus zur Verfügung.

Klinische Dokumentation

Detaillierte Handlungsanweisungen regeln die klinische Dokumentation für alle beteiligten Mitarbeiter. Es gibt eine gemeinsame, aufeinander abgestimmte Dokumentation der Ärzte, Psychologen und Pflegepersonen. Auch die Ergebnisse der wöchentlichen berufsgruppenübergreifenden Therapiebesprechungen werden hier notiert.

Verfügbarkeit und Archivierung

Die Ärzte und Psychologen können auf die Patientendokumentationen zugreifen, die Pflegepersonen auf die Pflegedokumentationen. Die Akten entlassener Patienten sind im Zentralarchiv direkt verfügbar. Die Systematik der Archivierung ist einheitlich und benutzerfreundlich. Darüber hinaus sind alle Arztbriefe digital gespeichert. Sie können im Bedarfsfall jederzeit vom diensthabenden Arzt eingesehen werden. Der Datenschutz ist dabei gewahrt.

Information der Unternehmensleitung

Das Direktorium informiert sich laufend über Vorgänge und Entwicklungen im Haus. Dies geschieht informell über persönliche Kontakte sowie im Rahmen regelmäßiger Besprechungen mit den Leitungen und Mitarbeitern der Abteilungen und Stationen. Durch aktive Mitarbeit in den Gremien ist die Beteiligung der Führungsebene an allen wesentlichen Entwicklungen sichergestellt. In den Leitungsgremien werden die zur Verfügung stehenden Informationen zusammengetragen und als Grundlage für Entscheidungen genutzt.

Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Zum Informationsaustausch dienen regelmäßige Konferenzen in allen Arbeitsbereichen sowie wöchentliche interdisziplinäre Therapiebesprechungen auf allen Stationen. Die Protokolle der Abteilungskonferenzen werden an die Mitarbeiter verteilt. Darüber hinaus gibt es regelmäßig bereichsübergreifende Besprechungen, Rundschreiben bei wichtigen Neuerungen, und ein aktuell gehaltenes Intranet. Die wichtigste zentrale Auskunftsstelle der Klinik ist die Pforte mit Telefonzentrale, die rund um die Uhr besetzt ist. Die dort tätigen Mitarbeiter unterstützen Patienten und Besucher bei ihren Anliegen und geben Informationen zu praktischen Fragen. Eingehende Telefonate können auf die mobilen Diensttelefone der Mitarbeiter oder der Stationen geleitet werden. Auskünfte über Patienten werden nicht erteilt.

5 Unternehmensführung

KTQ:

Philosophie / Leitbild

1997 wurde gemeinsam mit Mitarbeitern aller Krankenhäuser der Mauritzer Franziskanerinnen ein Leitbild erstellt und vom Träger (heute der St. Franziskus-Stiftung) verbindlich eingesetzt. Auf der Basis des Leitbildes entstand ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem. In vielfältigen Projekten werden schrittweise die Inhalte und Ziele des Leitbildes in konkrete Maßnahmen umgesetzt. Das dem Leitbild zu Grunde liegende christliche Menschenbild ist als Grundhaltung der Mitarbeiter im ganzen Hospital spürbar.

Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Vertrauensfördernde Maßnahmen von Seiten der Krankenhausleitung zeigen sich vor allem in vielen persönlichen Kontakten und Gesprächen mit den Mitarbeitern. Sie beinhalten die aktive Einbindung der Mitarbeiter in Entscheidungsprozesse, die zeitnahe Information über aktuelle Entwicklungen, die Unterstützung bei der Fort- und Weiterbildung, die gezielte Förderung der beruflichen Entwicklung und eine Kultur vielfältiger gemeinsamer Aktivitäten und Feiern. Alle Mitarbeiter können sich aktiv an der Fortentwicklung ihres Arbeitsbereiches und der Klinik beteiligen.

Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Ethische Fragen kommen auf allen Stationen im Rahmen der interdisziplinären Therapiebesprechungen zur Sprache, an denen jeweils auch ein Seelsorger teilnimmt. Übergeordnete ethische Probleme können in einem Ethikkomitee erörtert werden. Moderierte ethische Fallbesprechungen unterstützen die Mitarbeiter bei schwierigen Entscheidungen. Zu ethischen und religiösen Themen werden regelmäßig Fortbildungen angeboten. Die Seelsorger stehen den Mitarbeitern ebenso wie den Patienten und ihren Angehörigen für Gespräche zur Verfügung. Das Leitbild enthält zur Orientierung ethische Grundaussagen auf der Basis des christlichen Menschenbildes.

Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Ziel der Öffentlichkeitsarbeit ist eine sachgerechte Information über die Klinik. Regelmäßig erscheinen in der lokalen Presse Berichte über aktuelle Entwicklungen und Angebote des Hospitals. Informationen zur Klinik sind im Internet verfügbar (www.srh-telgte.de). Jeder Patient erhält bei der Aufnahme eine Informationsmappe. Ein Öffentlichkeitsbeauftragter hält Kontakt mit der lokalen Presse und steht für Anfragen zur Verfügung. Regelmäßig werden Besuchergruppen über die Arbeit in der Klinik informiert. Hierzu stehen Vortragsmedien zur Verfügung. Fortbildungen und Informationsveranstaltungen ergänzen das Angebot.

Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Die Zielplanung wird in Zusammenarbeit mit dem Vorstand der Franziskus-Stiftung laufend weiterentwickelt. In den letzten Jahren wurden therapeutische Schwerpunkte ausgebaut, Maßnahmen des Qualitätsmanagements umgesetzt und wichtige Neubaumaßnahmen realisiert. Strategische Ziele und Maßnahmen zu deren Umsetzung werden regelmäßig mit den Leitern der Abteilungen und Bereiche der mittleren Führungsebene besprochen. Alle Mitarbeiter werden hierüber informiert.

Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Die Klinik wird wirtschaftlich erfolgreich geführt, wobei das Ziel eine nachhaltige, stabile und berechenbare Entwicklung zum Wohl der Patienten, der Mitarbeiter und der Versorgung der Bevölkerung ist. Wirtschaftliche Risiken werden von der Geschäftsführung zusammen mit dem Träger systematisch überwacht.

Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Zur strategischen Planung gehört auch die enge Kooperation mit komplementären Einrichtungen der Region im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Anbieter im Kreis Warendorf. Darüber hinaus werden regelmäßige persönliche Kontakte zu den niedergelassenen Ärzten und Psychologen gepflegt. Es bestehen umfassende Kooperationen mit den anderen Einrichtungen der Franziskus-Stiftung. Das Krankenhaus stellt Räumlichkeiten wie z.B. den Saal für öffentliche kulturelle und soziale Veranstaltungen zur Verfügung, um ein gemeindenahes Leben zu fördern.

Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Organisationsstruktur des Hospitals ist in einem Organigramm festgelegt. Über den Träger ist die Klinik mit weiteren Einrichtungen unterschiedlicher fachlicher Ausrichtung in der Region verbunden. Die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Krankenhaus sind geregelt.

Das Direktorium steuert und verantwortet den laufenden Betrieb des Krankenhauses. Die Mitglieder des Direktoriums stimmen ihr Vorgehen untereinander ab und sorgen gemeinsam für einen möglichst optimalen Klinikbetrieb. Sie stehen den Mitarbeitern und Patienten zum Gespräch zur Verfügung. Die effektive Arbeit in den Konferenzen und Arbeitsgruppen wird durch Regelungen zu deren Ablauf und Inhalt gewährleistet. Über die Ergebnisse wird Protokoll geführt.

Innovation und Wissensmanagement

Neue Projekte und Maßnahmen werden systematisch geplant und umgesetzt. Die Mitarbeiter werden aktiv in Planungen einbezogen. Über alle wesentlichen Schritte der Planung und Umsetzung neuer Projekte wird in den Konferenzen des Direktoriums mit der mittleren Führungsebene beraten. Die Mitarbeiter werden persönlich und schriftlich über Neuerungen informiert. Sie sind aufgefordert, Ideen und Verbesserungsvorschläge in die Besprechungen einzubringen.

Datenbanken zur Literaturrecherche und Fachzeitschriften stehen den Mitarbeitern über das Intranet an ihren Arbeitsplätzen zur Verfügung.

pCC:

Entwicklung und Pflege einer christlichen Unternehmenskultur

Die Ordensgemeinschaft der Mauritzer Franziskanerinnen hat die spirituelle Kultur des Hospitals nachhaltig geprägt. Die Unternehmenskultur gründet sich auf dem christlichen Menschenbild und der Spiritualität des Heiligen Franz von Assisi. Sie wird durch Gottesdienste, spirituelle Angebote und Feiern gepflegt. Alle Stationen tragen den Namen eines Schutzheiligen, dessen Leben und Wirken besonders gewürdigt und dessen Namenstag gemeinsam gefeiert wird. Eine lebendige Grußkultur im Haus ist Ausdruck gegenseitiger Wertschätzung.

Nachhaltigkeit in der Unternehmensführung

Geschäftsführung und Direktorium haben bei allen Planungen eine nachhaltige Entwicklung des Hospitals zum Ziel. Dazu gehört auch ein verantwortlicher Umgang mit den Ressourcen. Aktivitäten zur Gemeinschaftsförderung haben einen hohen Stellenwert und werden mit großem Aufwand gepflegt.

6 Qualitätsmanagement

KTQ:

Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Leitbildumsetzung und Qualitätsmanagement sind eng verbunden und berufsgruppenübergreifend organisiert. Die Projektsteuerungsgruppe beschließt und verfolgt Maßnahmen zur Leitbildumsetzung und zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Diese werden zumeist in Projektgruppen und Qualitätszirkeln erarbeitet. Die Qualitäts- und Leitbildbeauftragte unterstützt die Mitarbeiter bei der Erarbeitung und Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen und koordiniert die Aktivitäten. Die Strukturen und Aufgaben des Qualitätsmanagements sind trägerweit einheitlich festgelegt. In einem Transferring werden regelmäßig Erfahrungen ausgetauscht und hausübergreifende Projekte entwickelt.

Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Für die wesentlichen Abläufe im Zusammenhang mit der Patientenbehandlung haben Projektgruppen Prozessbeschreibungen in Form von konkreten Handlungsanweisungen entwickelt, die in Handbüchern hinterlegt sind. Sie werden von Qualitätszirkeln regelmäßig überprüft und aktualisiert. Ihnen liegen anerkannte wissenschaftliche Standards und Leitlinien zugrunde. Auch die Wünsche und Anregungen der Patienten fließen in die Weiterentwicklung der klinischen Prozesse ein. In Behandlungspfaden sind für häufige Krankheitsbilder Ziele und Maßnahmen der beteiligten Berufsgruppen zusammengestellt.

Patientenbefragung

Die Patienten werden am Ende ihres Aufenthaltes gebeten, im Rahmen einer anonymen schriftlichen Befragung verschiedene Aspekte ihrer Behandlung und Betreuung zu beurteilen. Ein großes Kommentarfeld bietet die Möglichkeit, individuelle Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge zu notieren. Die Ergebnisse werden regelmäßig systematisch ausgewertet, vorgestellt und in den Behandlungsteams besprochen, um Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Alle drei Jahre werden einweisende Ärzte schriftlich zu ihrer Zufriedenheit befragt. Neben einer Bewertung zur einzelnen Themen können Freitextkommentare gegeben werden. Die Ergebnisse werden hinsichtlich weiterer Verbesserungsmöglichkeiten ausgewertet. Rückmeldungen, Wünsche und Kritikpunkte werden in den Besprechungen mit den Mitarbeitern erörtert und soweit wie möglich umgesetzt. Mit Kooperationspartnern und anderen Einrichtungen der Patientenversorgung wird ein enger fachlicher Austausch gepflegt, wobei Rückmeldungen aktiv erfragt werden.

Mitarbeiterbefragung

Die Mitarbeiter werden trägerweit alle drei Jahre zu verschiedenen Aspekten ihrer Arbeitssituation umfassend befragt. Die Auswertung erfolgt durch ein externes Institut. Die Ergebnisse werden in allen Abteilungen und Bereichen vorgestellt und zusammen mit den Mitarbeitern ausgewertet, um Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten.

Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen

Die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten werden von den Mitarbeitern aktiv erfragt und soweit wie möglich berücksichtigt. Anregungen, Wünsche und Beschwerden können jederzeit persönlich angesprochen oder auch schriftlich eingereicht werden. Wo möglich werden sofort Verbesserungsmaßnahmen ergriffen. Anmerkungen und Kritik können auch im Rahmen der schriftlichen Befragungen genannt werden, deren Auswertung die Grundlage für weitere Verbesserungen ist. Rückmeldungen und Beschwerden werden regelhaft aufgegriffen und bearbeitet.

Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Zur Sicherung und weiteren Verbesserung der Qualität werden im Klinikablauf verschiedene Daten gesammelt. Beispiele hierfür sind die Auswertung von Behandlungsdaten, die Erfassung der Sturzhäufigkeiten und Wundgeschwüre, sowie die Befragung der Mitarbeiter, Patienten und einweisenden Ärzte. Die Ergebnisse dienen als Grundlage für Qualitätsverbesserungen.

Das Hospital beteiligt sich in vollem Umfang an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen der externen Qualitätssicherung. Die Ergebnisse werden den betreffenden Mitarbeitern bekannt gemacht. Sie werden zusammen mit internen Erhebungen hinsichtlich weiterer Verbesserungsmöglichkeiten ausgewertet.

7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus

pCC:

Integration der Seelsorge ins Krankenhaus

Das Seelsorgeteam hat die Grundlagen seiner Arbeit in einem Seelsorgekonzept zusammengefasst.

Jeder Station ist ein Seelsorger zugeordnet. Er/Sie nimmt regelmäßig an den berufsgruppenübergreifenden Besprechungen teil, bietet den Patienten, deren Angehörigen und den Mitarbeitern seelsorgliche Gespräche an und trägt unter anderem durch die Mitgestaltung von Feiern zur spirituellen Kultur im Hospital bei.

Strukturelle Rahmenbedingungen und Organisation der Seelsorge

Im Hospital sind drei Seelsorger tätig. Sie bilden ein ökumenisches Seelsorgeteam. Die Seelsorger haben eine theologische und pastorale Grundausbildung sowie eine Weiterbildung in Krankenhausseelsorge und klientenzentrierter Gesprächsführung. Es sind neben der Krankenhauskirche und dem Raum für Stille Räumlichkeiten für ungestörte persönliche Gespräche vorhanden.

Angebote der Seelsorge

Die Seelsorger stehen den Patienten, ihren Angehörigen und den Mitarbeitern für Gespräche und Begleitungen zur Verfügung, wenn diese es wünschen.

Eine Vielfalt liturgischer Angebote ist in den Alltag integriert. In der Krankenhauskirche werden mehrmals wöchentlich Eucharistiefiern oder Gottesdienste gefeiert. Sakramente und Segnungen bringen die besondere Heilzusage Gottes zum Tragen. Andachten ergänzen das Spektrum gottesdienstlicher Feiern. Die Seelsorger bieten regelmäßig Besinnungstage an und beteiligen sich an zahlreichen Veranstaltungen im Hospital.

Verbindung und Zusammenarbeit mit Kirchengemeinden

Mit den Seelsorgern der Kirchengemeinden vor Ort bestehen gute Kontakte. Verschiedene Veranstaltungen des Krankenhauses bieten die Möglichkeit der Begegnung. Das Hospital bemüht sich besonders um ein gutes Verhältnis zu den Nachbarn. Viele von ihnen nutzen die Gottesdienste und liturgischen Angebote.

8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

pCC:

Übernahme von Verantwortung für Ausbildung

Das Hospital bietet ein weites Spektrum unterschiedlicher Praktika vom ersten Kennenlernen bestimmter Arbeitsbereiche bis zum Jahrespraktikum an. Auch die Ableistung eines freiwilligen sozialen Dienstes ist in verschiedenen Arbeitsbereichen möglich. Jedem Praktikanten ist ein fester Ansprechpartner zugeordnet.

Förderung ehrenamtlichen, bürgerschaftlichen und ideellen Engagements

Das Hospital unterstützt ausdrücklich ehrenamtliches und ideelles Engagement. Zahlreiche Vereine und Privatpersonen erhalten bei Besuchen und Führungen einen unmittelbaren Eindruck der Arbeit im psychiatrischen Krankenhaus. Durch Berichterstattung und persönliche Weitergabe ihrer Eindrücke tragen sie dazu bei, Vorurteile gegenüber der Psychiatrie abzubauen und eine vertrauensvolle Atmosphäre im Umfeld des Hospitals zu schaffen. Die ehrenamtliche Mitarbeit wird im Rahmen der Möglichkeiten gefördert.

9 Trägerverantwortung

pCC:

Vorgaben und Beiträge des Trägers zur Strategie und Ausrichtung des Unternehmens

Die St. Franziskus-Stiftung unterstützt durch kontinuierliche zielführende Maßnahmen nachhaltig die Weiterentwicklung und Zukunftssicherung des St. Rochus-Hospitals als Fachkrankenhaus. Grundlage und allgemeine Zielvorgabe ist das gemeinsame Leitbild. Der Träger legt großen Wert auf eine explizite Ausgestaltung seines christlichen Unternehmensprofils und formuliert entsprechende Vorgaben und deren aktive Ausgestaltung (Leitbild, Fort- und Weiterbildung, Seelsorge, Ethik). Ein besonderer Fokus wird auf die Betreuung sozial schwacher, alter und behinderter Menschen gelegt. Zwischen den Einrichtungen des Trägers bestehen Kooperationsvereinbarungen und gemeinsame Versorgungsstrukturen.

Vorgaben für die operative Unternehmensführung

Die St. Franziskus-Stiftung führt die einzelnen Einrichtungen jeweils als selbstständige GmbH. Das operative Geschäft zur Führung des St. Rochus-Hospitals obliegt dem Direktorium. Strategische Entscheidungen werden gemeinsam mit dem Vorstand entwickelt und umgesetzt. Es besteht eine vom Träger verbindlich erlassene Dienstordnung für das Direktorium und den Geschäftsführer. Der Ausbau der Versorgungsstrukturen wird vom Träger aktiv unterstützt. Die übergreifende und integrative Patientenversorgung hat für das St. Rochus-Hospital als psychiatrisch-psychotherapeutische Fachklinik einen besonderen Stellenwert.

Personalverantwortung des Trägers für die obersten Führungspositionen

Im stiftungsweit entwickelten Personalentwicklungskonzept sind Kriterien für die Einstellung von Führungspersonen beschrieben. Diese basieren auf den Führungsgrundsätzen im Leitbild. Ein Schwerpunkt der Personalentwicklung liegt in der frühzeitigen Förderung von qualifizierten Mitarbeitern. Dazu wurden im Rahmen eines stiftungsweiten Bildungskonzeptes verschiedene Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen eingeführt.

Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung

Das Kuratorium ist das oberste Gremium innerhalb der St. Franziskus-Stiftung. Für das Kuratorium übernimmt der Stiftungsvorstand die Aufsichtsverantwortung für die Einrichtungen der Stiftung. Ein strukturiertes Berichtswesen, regelmäßige Gespräche und konkrete Zielvereinbarungen des Stiftungsvorstandes mit dem Direktorium tragen zu einer umfassenden Aufsicht gegenüber der Geschäftsführung bei.