

# **Qualitätsbericht 2004**

## **Marienhospital Osnabrück**

**gemäß interner Ablaufbeschreibung AB-038 (Qualitätsbericht)**

**und in Anlehnung an den ab 2005 geltenden Regelungen für  
den verbindlichen externen Qualitätsbericht nach § 137 SGB V**

**Stand:29.07.2004**

**Marienhospital Osnabrück GmbH  
Johannistfreiheit 2 - 4, 49074 Osnabrück**

## Inhaltsverzeichnis

<b>STRUKTURTEIL.....</b>	<b>3</b>
<b>A &amp; B: Struktur- und Leistungsdaten.....</b>	<b>3</b>
<b>C Externe Qualitätssicherung.....</b>	<b>3</b>
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V.....	3
C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V.....	4
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V).....	4
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)....	4
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 I S.3 Nr.3 SGB V.....	4
C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarungen nach § 137 I S.3 Nr.3 SGB V.....	4
<b>SYSTEMTEIL.....</b>	<b>5</b>
<b>D Qualitätspolitik.....</b>	<b>5</b>
<b>E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung.....</b>	<b>8</b>
E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (QM).....	8
E-2 Qualitätsbewertung.....	9
E-2.1 Allgemeines.....	9
E-2.2 Ergebnisse und Konsequenzen der internen Audits 2003.....	10
E-2.3 Ergebnisse und Konsequenzen der Mitarbeiterbefragung 2003.....	13
E-2.4 Ergebnisse und Konsequenzen des Beschwerdemanagements 2002 / 2003.....	15
E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V.....	17
<b>F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum.....</b>	<b>20</b>
<b>G Weitergehende Informationen.....</b>	<b>22</b>

## Strukturteil

### A & B: Struktur- und Leistungsdaten

Die Angaben zu Ausstattung und Leistungsgeschehen werden im nachfolgenden Qualitätsbericht 2005 nachgereicht.

Ältere Struktur- und Leistungsdaten, die aber in vielen Bereichen noch zutreffend sind, finden sich in unserem pCC-KTQ-Qualitätsbericht 2002 auf der Internetseite [www.proCum-Cert.de](http://www.proCum-Cert.de)

Aktuellere Daten, allerdings weniger detailliert, befinden sich auf der Internetseite des MHO: [www.marienhospital.osnabrueck.de](http://www.marienhospital.osnabrueck.de)

### C Externe Qualitätssicherung

#### C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Gemäß seines Leitungsspektrums nimmt das Marienhospital Osnabrück (MHO) an folgenden nach § 137 SGB verpflichtenden Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung (QS) teil. [Detailergebnisse werden weiter unten im Abschnitt E-3 dargestellt.]

Nr.	Leistungsbereich	Leistung wird vom MHO erbracht		Teilnahme an externer QS		Dokumentationsrate <sup>1</sup>	
		ja	nein	ja	nein	MHO	Bund
1	Aortenklappenchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
2	Entfernung Gallenblase	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 %	99 %
3	Gynäkologische Operationen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 %	100 %
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 %	103 %
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 %	135 %
6	Sonstige Herzschrittmacher-OPs	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 %	104 %
7	Herztransplantation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
8	Versorgung geschlossener Oberschenkelhalsbruch	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 %	104 %
9	Wechsel künstliches Hüftgelenk	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 %	101 %
10	Halsschlagader-Rekonstruktion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88 % <sup>2</sup>	88 %
11	Einbau künstliches Kniegelenk	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 %	130 %
12	Wechsel künstliches Kniegelenk	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 %	137 %
13	Kombinierte Herzkranzgefäß- und Aortenklappenchirurgie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
14	Abbildung der Herzkranzgefäße mit/ohne Aufweitung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 %	143 %
15	Operation an den Herzkranzgefäßen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>				
16	Operation an der weiblichen Brust	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 %	93 %
17	Geburtshilfe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 %	90 %
18	Pflege: Vorbeugung gegen Wundliegen bei: 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 %	24 %
19	Einbau künstliches Hüftgelenk bei Gelenkverschleiß	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 %	130 %
20	<b>Gesamt</b>					rd. 100%	k.A.

<sup>1</sup> angegeben sind: MHO 2003 gemeldete Fälle in Bezug auf 2003 erbrachte Fälle; Bund 2003 gemeldete Fälle in Bezug auf für 2002 (!) vereinbarte (!) Leistungszahlen. Bundesangaben daher fehlerbehaftet auch über 100%.

<sup>2</sup> aufgrund kurzer Übermittlungsfristen standen nicht alle Daten zur Verfügung.

## C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V

Die externe Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V ist **erst ab 2007** relevant.

## C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

Über § 137 SGB V hinaus (s.o.) ist in Niedersachsen **keine** verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

## C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)

Gemäß seines Leistungsspektrums nimmt das Krankenhaus an der folgenden DMP-Qualitätssicherungsmaßnahme teil:

- DMP Diabetes Typ II; Ergebnisse liegen noch nicht vor, da das Marienhospital im laufenden Jahr 2004 beigetreten ist.

## C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 I S.3 Nr.3 SGB V

Leistung <sup>1)</sup>	Mindestmenge <sup>1)</sup> (pro Jahr) pro KH / pro gelistetem Ope- rateur	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (ja/nein)
1	2	3
Lebertransplantation	10	nein
Nierentransplantation	20	nein
<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Speiseröh- re (Ösophagus)</b>	<b>5 / 5</b>	<b>Ja</b>
<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Bauch- speicheldrüse (Pankre- as)</b>	<b>5 / 5</b>	<b>Ja</b>
Stammzelltransplantation	12	nein

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

Die Mindestmengenvereinbarung ist zum 01.04.2004 in Kraft getreten.

Detaillierte Angaben zum Leistungsgeschehen 2004 werden mit dem Qualitätsbericht 2005 vorgelegt. In den Bereichen, in denen das Marienhospital Osnabrück Leistungen erbringt, führt es zusätzliche, freiwillige Maßnahmen der Qualitätssicherung (Statistische Verfahren mit externen Vergleichen) durch.

## C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarungen nach § 137 I S.3 Nr.3 SGB V

Erst **ab 2005** relevant. Eine Nichtumsetzung der Mindestmengenvereinbarung 2004 wird im Marienhospital Osnabrück nicht erwartet.

# Systemteil

## D Qualitätspolitik

Auf [...] Grundlage [des christlichen Sittengesetzes und der ethischen Weisungen der katholischen Kirche] dient das Marienhospital dem Zweck, durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden und Körperschäden festzustellen, zu heilen und zu lindern sowie Geburtshilfe zu leisten. Es ist auf die Unterstützung von Personen ausgerichtet, die infolge ihres körperlichen und seelischen Zustandes in spezifischer Weise auf die Hilfe Anderer angewiesen sind. Die Aufnahme der Kranken wird nicht von der Zugehörigkeit zu einem religiösen Bekenntnis abhängig gemacht.“

[Auszug aus der Präambel der MHO-Satzung  
vom 06. Juni 2002]

Das von den Mitarbeitern des Marienhospital Osnabrück selbst erarbeitete und vom Träger in Kraft gesetzte Leitbild (Leitlinien der Zusammenarbeit) formuliert folgende **Grundüberzeugungen**, nach denen sich unser Handeln ausrichtet:

- Jeder Mensch ist ein Geschöpf Gottes. Darin besteht seine unantastbare Würde.
- Die christliche Botschaft ist Orientierung im Umgang mit Patienten und Mitarbeitern.
- Das Marienhospital soll ein Ort christlicher Nächstenliebe in unserer Zeit sein. Das Wissen um die Verflechtung von Seele und Leib ist die Basis unseres Handelns.

Darauf aufbauend macht unser Leitbild **zentrale Aussagen**, die durch weitergehende Erläuterungen handhabbar gemacht wurde und die durch zahlreiche konkrete Maßnahmen in die Praxis umgesetzt wurden und werden. Auch wenn nicht alles jederzeit und uneingeschränkt in den täglichen Abläufen wiederzufinden ist, stellt dies nicht den Wert der Ziele in Frage, an deren Umsetzung weiterhin gearbeitet wird (Beispiele):

- In der Zusammenarbeit begegnen die Mitarbeiter des Marienhospitals einander mit Wertschätzung, Respekt und Höflichkeit - unabhängig von ihrer Stellung im Krankenhaus.
- Die alltäglichen Abläufe werden patientenfreundlich zwischen den Beteiligten verbindlich geregelt.
- Mitverantwortung bedeutet verantwortlichen Umgang mit den vorhandenen Ressourcen.
- Zur Mitverantwortung gehört es, in Grenzfragen medizinischen Handelns den betroffenen Mitarbeitern klare ethische Maßstäbe für das eigene Handeln an die Hand zu geben.
- In Bereichen, die unmittelbaren Kontakt mit den Patienten haben, werden personelle und räumliche Möglichkeiten realistisch verplant, da immer mit Notfällen zu rechnen ist.
- Der alltägliche Umgang mit Krankheit, Leiden und Sterben führt zu hoher Beanspruchung. Um negativen Auswirkungen entgegenzuwirken, werden entsprechende Hilfen angeboten.
- und weitere mehr...

Aufbauend auf dem Leitbild wurden von der Hausleitung **Ziele im Zusammenhang mit festgelegten Ablaufbeschreibungen** (Verfahrensanweisungen) formuliert (Beispiele):

- Keine Patienten werden abgewiesen.
- Der Zustand des Patienten wird sach- und fachgerecht diagnostiziert. Behandlungsmaßnahmen werden optimiert.
- Der Patient wird gründlich über seinen Ist-/Sollzustand informiert, um das Vertrauensverhältnis zu stärken. Angehörige und Einweiser werden mit Informationen versorgt.
- Untersuchungen und Behandlungen laufen reibungslos und koordiniert ab, Patienten werden eingebunden, Wartezeiten vermieden.
- Alle wichtigen Informationen und Maßnahmen werden patientenspezifisch dokumentiert.
- Fehler und Problemfelder werden erkannt und behoben.
- Patienten erfahren menschliche Zuwendung während des Krankenhausaufenthalts.
- Die Seelsorge folgt dem Konzeptes ganzheitlicher Arbeit.
- Mit Verstorbenen wird würdevoll umgegangen.
- Mitarbeiter werden systematisch und zukunftsorientiert qualifiziert.
- Die Wirtschaftlichkeit, die Arbeitssicherheit und -zufriedenheit, die Qualität der Leistungserstellung und der Umweltschutz werden verbessert.
- und weitere mehr...

Darüber hinaus wurden von der Krankenhausleitung des MHO **messbare Ziele** formuliert, die konkret überprüft werden können (Beispiele):

- Ständige Erreichbarkeit eines Facharztes im Dienst oder im Hintergrunddienst (an allen Tagen rund um die Uhr) zu 100 %.
- Für mindestens 90 % der stationären Fälle wird eine vollständige medizinische Anamnese (Vorgeschichte) - ggf. unterstützt durch die Pflegeanamnese - erhoben und dokumentiert.
- Zu 100 % sind die Befunde von invasiven diagnostischen Maßnahmen schriftlich dokumentiert.
- Alle Patienten (100 %), bei denen ein Eingriff vorgesehen ist, werden einem Anästhesisten vorgestellt.
- Der geplante Operateur stellt sich dem Patienten in mindestens 75 % der Fälle vor der Operation vor.
- Der Entlassungstermin soll für mindestens 70 % der Patienten spätestens am Vortag der Entlassung festliegen (und dem Patienten mitgeteilt werden).
- Klinisch-Pathologische Konferenzen werden (mindestens) einmal wöchentlich abgehalten.
- Alle Mitarbeiter, die sich schriftlich an das Ethik-Komitee wenden (100 %), erhalten eine individuelle schriftliche Rückmeldung des Ethik-Komitees.
- und weitere mehr...

Für die derzeit in der Auswertungsphase befindliche, umfangreiche Patientenbefragung 2004, die anonym per Post bei fast 1.700 Patienten durchgeführt wurde, hat die Hausleitung vorab konkrete **Zufriedenheitsziele** festgelegt, die besagen, welcher Anteil der Patienten nach unserem Verständnis mindestens mit folgenden Aspekten zufrieden sein soll (Beispiele):

- Die Sauberkeit im Haus: 95 % zufriedene Patienten mindestens
- Die Ruhe auf der Station: 90 % zufriedene Patienten mindestens
- Das Essen: 95 % zufriedene Patienten mindestens
- Die Aufnahmeablauf: 95 % zufriedene Patienten mindestens
- Untersuchung und Behandlung: 95 % zufriedene Patienten mindestens
- Die Maßnahmen gegen Schmerzen: 95 % zufriedene Patienten mindestens
- Die Weckzeiten: 80 % zufriedene Patienten mindestens
- Der Umgang mit Kritik und Wünschen: 95 % zufriedene Patienten mindestens
- Der Ablauf von Visiten: 95 % zufriedene Patienten mindestens
- Das fachliche Können der Ärzte: 95 % zufriedene Patienten mindestens
- Das fachliche Können der Pflege: 95 % zufriedene Patienten mindestens
- Die Zuverlässigkeit von Ärzten und Pflege: 95 % zufriedene Patienten mindestens
- Die Freundlichkeit von Ärzten und Pflege: 95 % zufriedene Patienten mindestens
- Das religiöse / seelsorgerische Angebot: 95 % zufriedene Patienten mindestens
- Cafeteria und Kiosk: 80 % zufriedene Patienten mindestens
- Entlassung und Entlassungsvorbereitung: 90 % zufriedene Patienten mindestens
- Behandlungsergebnis: 95 % zufriedene Patienten mindestens
- und weitere mehr...

Im Herbst 2004 werden die Ergebnisse der Patientenbefragung vorliegen und sich an den Zielvorgaben der Krankenhausleitung messen.

Falls Ziele nicht erreicht werden sollten, wird an Verbesserungen gearbeitet.

## E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

### E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (QM)

Das Qualitätsmanagement ist als Organisationseinheit im Marienhospital Osnabrück Stab der Krankenhausleitung und Geschäftsführung, organisatorisch angebunden beim Geschäftsführer / Verwaltungsdirektor des Hauses. Alle Entscheidungen zum Qualitätsmanagement obliegen der Krankenhausleitung / Geschäftsführung, die auch die Aufträge zur Bearbeitung von Projekten und Maßnahmen ausspricht.

Als zentrale Einrichtung ist die seit 1999 bestehende Abteilung Koordination Qualitätsmanagement derzeit mit 1,5 Stellen besetzt. Zur Bearbeitung besonderer Aufgaben, insbesondere zur Erstellung der im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens nach proCum Cert und KTQ (vgl. folgenden Abschnitt) erforderlichen umfangreichen Selbstbewertung, werden ggf. weitere Personen aus dem Kreis der nebenamtlichen Qualitätsbeauftragten (QMB) projektbezogen anteilig freigestellt.

Zur Förderung des hausübergreifenden Qualitätsmanagements wurden für die Kliniken und Bereiche nebenamtliche Qualitätsbeauftragte benannt. Für die Kliniken sind dies in der Regel ein ärztlicher und ein pflegerischer Qualitätsbeauftragter. Weitere Bereiche wie Seelsorge, Verwaltung und Wirtschaftsbereiche kommen hinzu. Der Kreis der hausübergreifenden Qualitätsbeauftragten kommt derzeit mindestens zweimal jährlich zu gemeinsamen Sitzungen zusammen.

Darüber hinaus haben einige Abteilungen und Bereiche eigene Qualitätsbeauftragte zur Umsetzung eines abteilungsinternen Qualitätsmanagements benannt. Alle Bereiche des Hauses sind durch Leitbild (Leitlinien der Zusammenarbeit) und Verfahrensanweisungen (Ablaufbeschreibungen) zur Umsetzung abteilungsinterner QM-Maßnahmen, wie z.B. dem Setzen von Zielen, dem Erarbeiten von Standards und der Durchführung von gemeinsamen Sitzungen mit verbindlichen Maßnahmenplänen, aufgefordert.

Die Inhalte von Leitbild (Leitlinien der Zusammenarbeit) und Verfahrensanweisungen (Ablaufbeschreibungen) werden in jährlichen Audits durch einen Kreis interner Auditoren, d.h. in der Durchführung von Audits besonders geschulte Qualitätsbeauftragte, auf die Umsetzung im Haus hin überprüft.

Im Rahmen des Innerbetrieblichen Vorschlagswesens, das über die Koordination Qualitätsmanagement abgewickelt wird, sind alle Beschäftigten des Marienhospital Osnabrück berechtigt, Verbesserungsvorschläge - ggf. auch reine Problembeschreibungen - abzugeben, und sich so unmittelbar initiativ an Qualitätsverbesserungen und Optimierungen zu beteiligen. Dies wird im Marienhospital Osnabrück in einem im Branchenvergleich weit überdurchschnittlichen Maße genutzt.

Alle Mitarbeiter des Marienhospital Osnabrück können von der Koordination Qualitätsmanagement aufgefordert werden, Stellungnahmen zu eingehenden Verbesserungsvorschlägen abzugeben, auf deren Basis die Krankenhausleitung gemeinsam mit dem Geschäftsführer der Trägergesellschaft MKO (Managementgesellschaft Katholischer Krankenhäuser der Region Osnabrück) über Verbesserungsvorschläge entscheidet.

Eine gute Zusammenarbeit besteht zwischen Qualitätsmanagement und Mitarbeitervertretung (MAV). Sämtliche Verbesserungsvorschläge, Beschlussvorlagen zu Optimierungsworkshops, Protokolle von Sitzungen der Qualitätsbeauftragten, Optimierungsworkshops und Vorschlagsrunden sowie QM-Rundschreiben gehen der Mitarbeitervertretung zu. Für QM-Aufgaben benannte Mitglieder der Mitarbeitervertretung nehmen an Sitzungen wie Optimierungsworkshops und Qualitätsbeauftragten-Treffen teil. Die Mitarbeitervertretung engagiert sich darüber hinaus im Rahmen von Projekten wie der Durchführung von Mitarbeiterbefragungen.

## E-2 Qualitätsbewertung

### E-2.1 Allgemeines

Das Marienhospital Osnabrück (MHO) hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung der Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

Im Jahr 2000 hat das Marienhospital Osnabrück (MHO) als eines von bundesweit 25 Krankenhäusern an dem KTQ-Pilotprojekt teilgenommen und durch eine Selbst- und Fremdbewertung das Zertifizierungsverfahren der KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) schon in der Entwicklungsphase getestet und dabei gleichzeitig die eigenen Strukturen und Prozesse beleuchtet.

Ab Anfang 2001 beteiligte sich das MHO zusammen mit 16 weiteren Krankenhäusern am ersten Modellprojekt der konfessionell getragenen Zertifizierungsgesellschaft proCum Cert mit dem Ziel, das proCum Cert-Verfahren in der Praxis zu testen und weitere Verbesserungen interner Abläufe herbeizuführen.

Im ersten Halbjahr 2002 führte das MHO eine zweite umfangreiche Selbstbewertung, nun nach dem kombinierten Verfahren der KTQ und der proCum Cert, durch. Diese wurde im Rahmen einer Fremdbewertung mit dreitägigem Vorortbesuch dreier Gutachter (Visitation) überprüft.

Zur Erläuterung: Die KTQ wird getragen von Spitzenverbänden im Gesundheitswesen, namentlich Deutsche Krankenhausgesellschaft, Bundesverbände der Krankenkassen, Bundesärztekammer und Deutscher Pflegerat.

Die proCum Cert ist eine von den christlichen Kirchen, namentlich von dem Katholischen und dem Evangelischen Krankenhausverband, von Caritas und Diakonie und deren Versicherungsdienst Ecclesia gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen (DQS) getragene Zertifizierungsgesellschaft. Diese hat als Kooperationspartner der KTQ das KTQ-Verfahren mitentwickelt und zusätzliche, konfessionell geprägte Anforderungen aufgestellt.

Die Prüfung für die proCum-Cert / KTQ-Zertifizierung bezieht auf die Kategorien Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit, Informationswesen, Krankenhausführung und Qualitätsmanagement aus dem KTQ-Verfahren und auf die zusätzlichen Kategorien Trägerverantwortung, Spiritualität und Verantwortung gegenüber der Gesellschaft, die es nur im erweiterten proCum Cert-Verfahren gibt.

Das MHO wurde am 26.06.2002 - mit Wirkung ab 01.07.2002 - als bundesweit erstes Krankenhaus nach KTQ zertifiziert und mit dem kombinierten proCum-Cert inklusive KTQ-Qualitätszertifikat ausgezeichnet.

Der im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens entstandene externe Qualitätsbericht des MHO, der neben den Strukturdaten Angaben über die Erfüllung der insgesamt 103 Qualitätskriterien enthält, kann über die Internetseite der proCum Cert ([www.proCum-Cert.de](http://www.proCum-Cert.de)) aufgerufen werden.

Das Zertifikat, das eine Gültigkeitsdauer von drei Jahren hat, wird vom Marienhospital Osnabrück fristgerecht im Jahr 2005 durch eine Wiederholung von Selbst- und Fremdbewertung erneuert. Über das hausweit gültige Qualitätszertifikat nach proCum Cert inklusive KTQ hinaus haben sich einzelne Bereiche und Abteilungen, wie z.B. Endoskopie und Labor, speziellen Überprüfungsverfahren unterzogen und wurden nach fachbezogenen Regelungen zertifiziert bzw. akkreditiert.

Zur zusätzlichen hausweiten Qualitätsbeurteilung wurden 2003 jährliche interne Audits eingeführt, im Rahmen derer die patientennahen und medizinisch-pflegerischen Bereiche anhand eines wechselnden Anforderungskatalogs geprüft werden. Basis dieser Prüfung sind

die Vorgaben des Leitbildes (Leitlinien der Zusammenarbeit) und der bestehenden Verfahrensanweisungen (Ablaufbeschreibungen).

Weitere Aufschlüsse über das qualitätsrelevante Geschehen geben Überprüfungen der internen Qualitätsziele, die regelmäßigen Patientenbefragungen (die aktuellste unter fast 1.700 Patienten wird derzeit ausgewertet) bzw. Mitarbeiterbefragungen (zuletzt 2003), beide Befragungen mit externen Vergleichen, sowie das systematische Beschwerdemanagement.

Die Kliniken und der Pflegedienst des MHO erfüllen die Vorgaben zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung (Qualitätsmanagementverfahren mit externen statistischen Vergleichen) vollständig. Mehrere Bereiche beteiligen darüber hinaus an weiteren, freiwilligen Verfahren.

## E-2.2 Ergebnisse und Konsequenzen der internen Audits 2003

Im Jahr 2003 fanden erstmals interne Audits des Qualitätsmanagements im MHO statt. Geprüft wurden in den patientennahen medizinisch-pflegerischen Bereichen Vorgaben des Leitbildes (Leitlinien der Zusammenarbeit) und des Organisationshandbuches anhand des folgenden Fragenkatalogs (in Klammern Quellenhinweis, „AB“ = Ablaufbeschreibung / Verfahrensanweisung):

### Übersicht: Auditfragen 2003

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ist das Organisationshandbuch allen Mitarbeitern bekannt und zugänglich? (AB-075, Nr. 1)</li> <li>2. Ist sichergestellt, dass bei der Erstellung der Dienstpläne Wünsche der Mitarbeiter berücksichtigt werden (soweit möglich)? (Per Wunschdienstplan oder dergleichen) (AB-003, Nr. 2)</li> <li>3. Nehmen alle Mitarbeiter regelmäßig an Fortbildungen teil? (AB-044 bis AB-046 i.V.m. Leitbild 4.2a)</li> <li>4. <i>[Nur für Pflegestationen:]</i> Werden Patienten bei interner Verlegungen immer von der zuständigen Bereichspflegekraft auf die neue Station begleitet? (AB-032, Nr. 4)</li> <li>5. Ist der jeweils aktuelle Dienstplan für alle Mitarbeiter zugänglich bzw. einsehbar? (AB-003, Nr. 2)</li> <li>6. <i>[Nur für Pflegestationen:]</i> Werden verspätet eingehende Konsilbefunde erfasst und angemahnt? (Konsilbefunde sollen am 1. Werktag nach Konsilanforderung vorliegen.) (AB-026, Nr. 3 + Ziele)</li> <li>7. <i>[Nur für Pflegestationen:]</i> Ist sichergestellt, dass, wenn Termine für invasive Maßnahmen (z.B. OP), die mit dem Patienten* besprochen wurden, nicht eingehalten werden, die Verzögerung den Patienten* frühzeitig erklärt wird? (AB-018 i.V.m. Leitbild 3.1d)</li> <li>8. <i>[Nur für Pflegestationen:]</i> Werden alle Patienten* bei Aufnahme auf Station über den Stand des Aufnahmeablaufes und ggf. die voraussichtliche Wartezeit bis zur Zimmerzuweisung informiert? (AB-008, Nr. 3)</li> <li>9. Finden regelmäßig Besprechungen innerhalb der Berufsgruppen statt, an denen alle Mitarbeiter teilnehmen können? (Ohne Übergabegespräche und dergleichen) (Leitbild 1.2 d &amp; 7.1 b+c)</li> <li>10. Ist der Alarmweg / Ablauf eines medizinischen Notfalls allen (ärztlichen und pflegerischen) Mitarbeitern bekannt? (AB-162, Nr. 1)</li> <li>11. Ist der Aushang des zentralen Beschwerdemanagements an einer für die Patienten gut sichtbaren Stelle angebracht? (AB-072, Nr. 2)</li> <li>12. Werden die Abteilungs - / Bereichsbesprechungen protokolliert und sind diese Protokolle jedem Mitarbeiter der jeweiligen Berufsgruppe zugänglich? (Leitbild 7d)</li> <li>13. <i>[Nur für Pflegestationen:]</i> Werden die Einarbeitungsphasen für neue Mitarbeiter der Pflege eingehalten? (AB-043, Nr. 3)</li> <li>14. Wissen die Mitarbeiter, nach welchen Kriterien sie ggf. beurteilt werden? (AB-047)</li> <li>15. <i>[Nur für Pflegestationen:]</i> Bekommt jeder Patient* am Entlassungstag einen (Kurz-) Arztbrief? (AB-031, Nr. 1)</li> <li>16. <i>[Nur für Pflegestationen:]</i> Finden die Visiten zu festgelegten Zeiten, in festgelegten Zeitfenstern statt? (AB-021, Nr. 1)</li> <li>17. Werden nicht mehr benötigte oder verfallene Arzneimittel an die Apotheke zurückgesandt? (AB-024, Nr.4)</li> <li>18. Ist der Hygieneordner allen Mitarbeitern bekannt und zugänglich? (AB-025, Nr. 1)</li> </ol> <p style="text-align: right;">* ggf. Angehöriger / Vertreter</p> |
|--|

Im Rahmen von 31 etwa einstündigen Audits, die 47 Bereiche des Hauses erfassten, wurden 107 Abweichungen festgestellt und 90 Verbesserungsmaßnahmen vereinbart.

83 vereinbarte Maßnahmen wurden bis zum Nachaudit nach etwa sechs Monaten durchgeführt. In 64 Fällen wurde das den Maßnahmen zugrunde liegende Problem beim Nachaudit als nicht mehr existent eingeschätzt. 10 Maßnahmen wurden noch für die Zeit nach den Nachaudits bekräftigt oder neu vereinbart und werden in den Audits 2004 erneut angesprochen.

Typische vereinbarte Maßnahmen waren: Vorstellung des Organisationshandbuchs im Rahmen einer Dienstbesprechung, Absprachen mit der Innerbetrieblichen Fortbildung zur Verbesserung von Fortbildungszeiten und -inhalten, Kontaktaufnahme mit Chefärzten wegen unsicheren OP-Zeiten, verspäteten Konsilen und unsicheren Visitenzeiten, Beschaffung des Aushangs Beschwerdemanagement, Einführung der Protokollierung von internen Besprechungen, Vorstellung der Beurteilungskriterien für Mitarbeiter in der Dienstbesprechung oder per Aushang und Beschaffung des Hygieneordners.

Es folgen die bereichsbezogenen Ergebnisübersichten.

### Abteilungsbezogene Ergebnisse der Hauptaudits 2003

Festgestellte Abweichungen und vereinbarte Maßnahmen (soweit auf Abweichungen beruhend)

Audit-Nr.	Bereich	Frage-Stichwort																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
26	Ambulanz Allgemeinchirurgie																		
21	Ambulanz Augenklinik																		
29	Ambulanz Gefäßchirurgie																		
06	Ambulanz Gvn. / Gebh.																		
13	Ambulanz HNO																		
14	Ambulanz Innere Medizin, GE																		
26	Ärztlicher Dienst AC, Station E2																		
32	Ärztlicher Dienst AN, Station B2 - op. Int.																		
22	Ärztlicher Dienst AN, ZOP																		
21	Ärztlicher Dienst Augenkl., Station G3																		
13	Ärztlicher Dienst HNO, Station G1																		
05	Ärztlicher Dienst IM, Station B1																		
27	Ärztlicher Dienst IM/GE, Endoskopie																		
08	Ärztlicher Dienst IM/GE, Station G2																		
30	Ärztlicher Dienst IM/Kard. - Schrm.-Amb.																		
03	Ärztlicher Dienst Pädiatrie, Station F4																		
30	Funktionsbereich IM/Kard. - Schrittm.-Amb.																		
22	Pflegedienst Anästhesie-Pflege																		
10	Pflegedienst Dialyse																		
27	Pflegedienst Endoskopie																		
02	Pflegedienst Kreißsaal																		
31	Pflegedienst Linksherzkatheterlabor																		
24	Pflegedienst OP-Pflege Aug./HNO-OP																		
18	Pflegedienst OP-Pflege ZOP																		
06	Pflegedienst Station A3																		
19	Pflegedienst Station A4																		
05	Pflegedienst Station B1																		
32	Pflegedienst Station B2 - op. Int.																		
12	Pflegedienst Station C2																		
28	Pflegedienst Station C3																		
25	Pflegedienst Station C4																		
15	Pflegedienst Station C5 + B5																		
29	Pflegedienst Station C6																		
04	Pflegedienst Station D3 - Tageskl.																		
07	Pflegedienst Station D4																		
26	Pflegedienst Station E2																		
14	Pflegedienst Station E3																		
09	Pflegedienst Station F4																		
20	Pflegedienst Station F2																		
17	Pflegedienst Station F3																		
03	Pflegedienst Station F4																		
13	Pflegedienst Station G1																		
08	Pflegedienst Station G2																		
21	Pflegedienst Station G3																		
23	Pflegedienst ZNA (+ Aufnahmebüro)																		
01	Physikalische Therapie																		
11	Radiologie (alle Berufsgruppen)																		

Legende:

- = keine Abweichung
- = Abweichung mit vereinbarter Maßnahme
- = Abweichung ohne vereinbarte Maßnahme
- = Frage nicht relevant / nicht gestellt

## Abteilungsbezogene Ergebnisse der Nachaudits 2003/2004

### Durchführung vereinbarter Maßnahmen und Problembehebung

Audit-Nr.	Frage-Stichwort	Maßnahmen und Problembehebung																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	Bereich																		
26	Ambulanz Allgemeinchirurgie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
21	Ambulanz Augenklinik	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
29	Ambulanz Gefäßchirurgie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
06	Ambulanz Gyn. / Gebh.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
13	Ambulanz HNO	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
14	Ambulanz Innere Medizin_GE	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
26	Ärztlicher Dienst AC, Station F2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
32	Ärztlicher Dienst AN, Station B2 - op. Int.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
22	Ärztlicher Dienst AN, ZOP	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
21	Ärztlicher Dienst Augenkl., Station G3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
13	Ärztlicher Dienst HNO, Station G1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
05	Ärztlicher Dienst IM, Station B1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
27	Ärztlicher Dienst IM/GE, Endoskopie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
08	Ärztlicher Dienst IM/GE, Station G2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
30	Ärztlicher Dienst IM/Kard - Schrm.-Amb.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
03	Ärztlicher Dienst Pädiatrie, Station F4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
30	Funktionsbereich IM/Kard, Schrittm.-Amb.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
22	Pflegedienst Anästhesie-Pflege	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
10	Pflegedienst Dialyse	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
27	Pflegedienst Endoskopie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
02	Pflegedienst Kreißsaal	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
31	Pflegedienst Linksherzkatheterlabor	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
24	Pflegedienst OP-Pflege Aug./HNO-OP	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
18	Pflegedienst OP-Pflege ZOP	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
06	Pflegedienst Station A3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
19	Pflegedienst Station A4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
05	Pflegedienst Station B1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
32	Pflegedienst Station B2 - op. Int.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
12	Pflegedienst Station C2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
28	Pflegedienst Station C3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
25	Pflegedienst Station C4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
15	Pflegedienst Station C5 + B5	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
29	Pflegedienst Station C6	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
04	Pflegedienst Station D3 - Tageskl.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
07	Pflegedienst Station D4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
26	Pflegedienst Station E2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
14	Pflegedienst Station E3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
09	Pflegedienst Station F4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
20	Pflegedienst Station F2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
17	Pflegedienst Station F3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
03	Pflegedienst Station F4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
13	Pflegedienst Station G1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
08	Pflegedienst Station G2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
21	Pflegedienst Station G3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
23	Pflegedienst ZNA (+ Aufnahmebüro)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
01	Physikalische Therapie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
11	Radiologie (alle Berufsgruppen)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

#### Legende:

	= Maßnahme durchgeführt, Problem ist behoben
	= Maßnahme durchgeführt, Problem besteht weiterhin
	= Maßnahme nicht durchgeführt
	[starker Rahmen] = Maßnahme über Auditinhalte hinaus
	x = keine Maßnahme vereinbart

Die Audits werden ab Herbst 2004 mit einem weiterentwickelten Fragenkatalog mit zum Teil neuen oder veränderten Themen fortgeführt.

Es werden mehr Bereiche in die Audits einbezogen, nämlich alle, die medizinisch oder pflegerisch tätig sind oder Patientenkontakt haben. Also neu z.B. Labor, Radiologie, Cafeteria und Information.

## E-2.3 Ergebnisse und Konsequenzen der Mitarbeiterbefragung 2003

Im Juni 2003 fand eine Befragung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des MHO statt, die, eingebunden in einen Rahmenvertrag des Katholischen Krankenhausverbandes der Diözese Osnabrück, mithilfe eines externen Befragungsinstituts durchgeführt wurde. Der Rücklauf, der bei 43 % lag, wurde über die Mitarbeitervertretung (MAV) abgewickelt.

### Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung 2003 im Überblick

Nr.	Frage / Aussage	Zustimmung*	Ablehnung*	Durchschnittspunktwert*
1	Ich bin vom Wert meiner Arbeit überzeugt.	98,9%	1,1%	88
2	Meine Arbeit erfordert von mir Einfallsreichtum.	90,0%	10,0%	76
3	Mein Arbeitsplatz bietet mir die Möglichkeit, qualifizierte Arbeit zu übernehmen.	91,5%	8,5%	79
4	Ich bin entsprechend meiner Fähigkeiten eingesetzt.	91,3%	8,7%	78
5	Die Zusammenarbeit mit meinen KollegInnen ist gut.	95,3%	4,7%	81
6	Ich habe ein gutes Verhältnis zu meinen Arbeitskollegen.	97,1%	2,9%	82
7	Meine Kollegen geben wichtige Informationen an mich weiter.	92,6%	7,4%	77
8	Wir arbeiten auf klare gemeinsame Ziele hin.	88,0%	12,0%	73
9	Mein direkter Vorgesetzter stärkt das Selbstwertgefühl seiner Mitarbeiter.	73,9%	26,1%	66
10	Mein direkter Vorgesetzter hat ein "offenes Ohr" für meine Anliegen am Arbeitsplatz.	83,4%	16,6%	73
11	Mein direkter Vorgesetzter gibt klare Anweisungen.	82,3%	17,7%	72
12	Mein direkter Vorgesetzter kann Konflikte sachlich lösen.	81,6%	18,4%	69
13	Mein direkter Vorgesetzter interessiert sich für seine Mitarbeiter.	82,8%	17,2%	72
14	Mein direkter Vorgesetzter lobt mich für meine gute Arbeit.	68,1%	31,9%	61
15	Mein direkter Vorgesetzter trifft wichtige Entscheidungen in Abstimmung mit der Gruppe.	72,4%	27,6%	64
16	Ich kann die Entscheidungen meines direkten Vorgesetzten nachvollziehen.	81,5%	18,5%	67
17	Die Information durch die Krankenhausleitung ist umfassend.	61,2%	38,8%	55
18	Die Krankenhausleitung trifft klare, langfristige Entscheidungen.	63,1%	36,9%	56
19	Ich werde über Neuerungen rechtzeitig informiert.	58,2%	41,8%	52
20	Probleme werden bei uns offen angesprochen.	69,4%	30,6%	60
21	Alle Betroffenen wirken bei der Lösung von Problemen aktiv mit.	62,7%	37,3%	57
22	Die Lösung von Problemen wird bekanntgegeben.	73,6%	26,4%	63
23	Ich bin gut über das Fort-/ Weiterbildungsprogramm informiert.	81,4%	18,6%	71
24	Es wird mir genügend Fort-/ Weiterbildung angeboten.	67,0%	33,0%	63
25	Für Fort-/ Weiterbildung habe ich ausreichend Zeit.	60,9%	39,1%	56
26	Ich habe gute Chancen, meine beruflichen Ziele hier im Haus zu verwirklichen.	73,6%	26,4%	62
27	Bei Problemen, Schwierigkeiten oder Beschwerden hilft mir die Mitarbeitervertretung.	75,0%	25,0%	62
28	In Fragen der Beschäftigung ist die Mitarbeitervertretung mein Ansprechpartner.	61,8%	38,2%	56
29	Die MAV ist ein unverzichtbarer Partner wenn es um die Zukunft der Einrichtung geht.	81,8%	18,2%	71
30	Ich bin mit der Arbeit, die die Mitarbeitervertretung leistet, zufrieden.	80,5%	19,5%	66
31	Während meiner Arbeit erfahre ich am Arbeitsplatz keine sexuelle Belästigung.	94,2%	5,8%	92
32	Ich bin mit meiner Arbeitszeitregelung zufrieden.	86,3%	13,7%	78
33	Meine Arbeitsbelastung ist akzeptabel.	76,8%	23,2%	66
34	Ich kann meine Arbeit in Ruhe erledigen.	51,8%	48,2%	50
35	Das Krankenhaus ist unbürokratisch organisiert.	51,0%	49,0%	47
36	Die Kommunikation läuft nicht nur über den "Dienstweg".	81,6%	18,4%	64
37	Bei meiner Arbeit habe ich großen Entscheidungsfreiraum.	66,6%	33,4%	59
38	Ich kann meine Arbeit gemäß meiner Vorstellungen durchführen.	78,5%	21,5%	64
39	Für meine Arbeit werde ich leistungsgerecht bezahlt.	52,4%	47,6%	51
40	Ich bin mit der Bezahlung zufrieden.	57,2%	42,8%	52
41	[Nur für Vorgesetzte:] Meine Mitarbeiter entwickeln Eigeninitiative.	91,2%	8,8%	74
42	[Nur für Vorgesetzte:] Meine Mitarbeiter interessieren sich für die Ziele unserer Arbeit.	90,1%	9,9%	75
43	[Nur für Vorgesetzte:] eine Mitarbeiter können Konflikte gut lösen.	84,6%	15,4%	66
44	[Nur für Vorgesetzte:] Mitarbeiter werden als Fachleute in ihrem eigenen Bereich bei Entscheidungen einbezogen.	93,4%	6,6%	81
45	Die Inhalte unseres Leitbildes sind mir bekannt.	88,0%	12,0%	74
46	Das Leitbild wird in unserem Haus gelebt.	56,6%	43,4%	50
47	Ich erlebe, dass in unserem Haus die Umsetzung des Leitbildes gefördert wird.	54,0%	46,0%	51
48	Über das Angebot der Seelsorge bin ich gut informiert.	66,3%	33,7%	60
49	Ich bin mit der seelsorgerischen Unterstützung für mich persönlich zufrieden.	66,0%	34,0%	58
50	Ich kann meine Wünsche und Ideen in meinem Arbeitsbereich einbringen.	79,6%	20,4%	66
51	Ich empfinde meinen Arbeitsplatz als gesichert.	71,7%	28,3%	60
52	Neue Mitarbeiter meiner Berufsgruppe werden bei uns angemessen eingearbeitet.	84,3%	15,7%	72
53	Ich wurde [in den letzten drei Jahren] angemessen eingearbeitet.	80,0%	20,0%	69
54	Patienten / Angehörige erhalten angemessene seelsorgerische Unterstützung.	77,3%	22,7%	65
55	Ich erhalte angemessene Unterstützung im Umgang mit ethischen Problemen.	56,1%	43,9%	52

\*Antwortskala: Zustimmung: „Stimmt vollkommen“ (100 Punkte), „stimmt weitgehend“ (80 Punkte), „stimmt in etwa“ (60 Punkte).  
Ablehnung: „stimmt eher nicht“ (40 Punkte), „stimmt kaum“ (20 Punkte) „stimmt gar nicht“ (0 Punkte).

Über die detaillierte hausweite Auswertung hinaus, die den Mitgliedern der Krankenhausleitung und der MAV vorgelegt wurde, wurden für alle Kliniken, Stationen und Abteilungen, aus denen mindestens fünf Mitarbeiter an der Befragung teilgenommen hatten, bereichsbezogene Auswertungen durchgeführt.

Im Dezember 2003 wurden den Kliniken, Stationen und Bereiche die jeweiligen Ergebnisse durch die Krankenhausleitung zugeleitet, zusammen mit der Aufforderung, die Ergebnisse gemeinsam mit den Mitarbeitern zu analysieren, zu besprechen, ggf. notwendige Konsequenzen abzuleiten und diese bis Mitte Februar 2004 verbindlich an die Koordination Qualitätsmanagement zu melden. Durch die Koordination QM wurde hieran nochmals schriftlich erinnert, soweit keine fristgerechte Rückmeldung vorlag.

Auf den Ergebnissen der Befragung wurden gemäß den vorliegenden Rückmeldungen folgende bereichsbezogene, jeweils beispielhaft dargestellten Konsequenzen gezogen:

- Prüfung, inwieweit die Aufgabengebiete bestimmter Mitarbeiter angereichert werden können.
- Hausinterne Rücksprache zur verbesserten Abstimmung.
- Durchführung eines QM-Workshops.
- Einführung eines regelmäßigen Qualitätszirkels.
- Einführung zweimal täglich stattfindender Kurzbesprechungen.
- Umstellung auf schriftliche Übergaben vor und nach längeren Abwesenheitszeiten.
- Patientenorientierte Umstellung von Arbeitszeiten.
- Methodisch aufwändige, anonyme Nachbefragung zur genauen Klärung der vorliegenden Sachverhalte.
- Regelmäßige Bekanntgabe von Fort- und Weiterbildungsangeboten.
- Aushänge mit Informationen der Krankenhausleitung.
- Erstellung eines neuen Einarbeitungskatalogs.
- Aushang der Sprechzeiten der Mitarbeitervertretung.
- Aushang Leitbild.
- Benennung fester Ansprechpartner für neue Mitarbeiter.
- Einrichtung von Arbeitsgruppen zu den Themen Dienstzeiten und Anleitung.
- Einführung von strukturierten (Einzel-)Mitarbeitergesprächen.
- Einladung der MAV zu einer Teambesprechung.
- Rücksprache mit nächst höherer Hierarchieebene zur Klärung.
- Kontaktaufnahme mit der Innerbetrieblichen Fortbildung zur Erweiterung des Fortbildungsangebotes.
- Einführung von gemeinsamen Aktivitäten außerhalb des Arbeitsbereiches.
- Rücksprache mit Seelsorge zur Veränderung der Besuchsfolge.
- Analyse und Modulation von Abläufen im Rahmen eines mehrmonatigen Projekts.
- Einführung regelmäßiger Bereichsbesprechungen.
- Analyse des Informationsflusses durch eine Diplomarbeit.
- Einführung eines trägerweiten Fortbildungsprogramms.
- Regelung, dass interne Fortbildungen stets als Arbeitszeit angerechnet werden.
- Personelle Verstärkung eines Bereichs.

## E-2.4 Ergebnisse und Konsequenzen des Beschwerdemanagements 2002 / 2003

Das zentrale Beschwerdemanagement im Marienhospital Osnabrück wurde am 01.10.2001 eingeführt und seither in mehreren Stufen ausgebaut. Mit der Einführung der aktuellen Patientenbroschüre mit einer auf der Rückseite aufgedruckten Meinungskarte für alle Patienten, Anfang August 2004, ist der geplante Aufbau des zentralen Beschwerdemanagements abgeschlossen. Ab 2005 wird das Beschwerdemanagement auch im Telefonbucheintrag des MHO aufgeführt.

In der Eingangshalle, nahe der Information, und im Wartebereich der Zentralen Notaufnahme befinden sich Meinungskästen (Briefkästen) und Spender mit losen Meinungskarten. In den patientennahen Bereichen befinden sich Aushänge, die auf das Beschwerdemanagement aufmerksam machen.

Regeln für den dezentralen Umgang mit Patientenbeschwerden und Meldepflichten befinden sich in der internen Ablaufbeschreibung (Verfahrensanweisung) AB-072. Insbesondere alle schriftlich eingehenden Beschwerden sind an das zentrale Beschwerdemanagement weiterzuleiten.

Hauptziel des Beschwerdemanagements ist, Patienten- und Angehörigenbeschwerden, ggf. auch Beschwerden anderer Partner, zu erfassen, zu beantworten und in Impulse zur Behebung von Missstände umzusetzen. Die von Beschwerden betroffenen Bereiche werden stets zur Stellungnahme zu den Beschwerden aufgefordert. Wenn Verbesserungsmaßnahmen erforderlich und möglich sind, werden sie eingeleitet. Bestimmte Maßnahmen, wie die Modernisierung der Stationen, erfolgen in längerfristigen Projekten. Über die Einleitung konkreter Maßnahmen hinaus sollen aber auch Mitarbeiter für Patientenbeschwerden und -bedürfnisse sensibilisiert werden.

In gleicher Weise werden auch positive Rückmeldungen als Bestätigung in den jeweiligen Bereichen bekannt gemacht.

Wenn von ihm gewünscht, erhält der Beschwerdeführer eine ausführliche Rückmeldung zum Bearbeitungsstand und zu Konsequenzen seiner Beschwerde. Dies geschieht je nach Art der Beschwerde schriftlich, telefonisch oder, bei noch anwesenden Patienten, im persönlichen Gespräch.

Die Beschwerdestelle des MHO berichtet jeweils im dritten Quartal eines Jahres gegenüber der Hausleitung in einem ausführlichen Beschwerdebericht über die im vorangegangenen Berichtszeitraum eingegangenen Rückmeldungen.

Der Beschwerdebericht 2002 / 2003 machte folgende Angaben.

Von 184 registrierten Rückmeldungen entfielen auf die Meinungskarten 107 Meldungen (58 %). Die übrigen Rückmeldungen gingen anders schriftlich (20 %), telefonisch (13 %) und persönlich (9 %) bei der Beschwerdestelle ein. Durch den fortschreitenden Aufbau des systematischen Beschwerdemanagements und dem gleichzeitigen Abbau von Beschwerdebarrieren, die die Rückmeldung negativer wie positiver Meinungen erschweren, konnte die Anzahl der Rückmeldungen im Vergleich zum Vorjahreszeitraum verdoppelt werden.

Etwa jede sechste Rückmeldungen wurde 2002/2003 anonym eingereicht, was z.B. auf den Meinungskarten ausdrücklich vorgesehen ist.

Von den übrigen 152 Rückmeldungen wurden 93 von Patienten (entspricht 61 %), die übrigen von Eltern und Angehörigen eingereicht.

Die überwiegende Anzahl der Rückmeldungen hatte, der Natur der Sache entsprechend, Beschwerdecharakter.

Dennoch wurde die auf der Meinungskarte aufgedruckten Frage, wie das MHO beurteilt wird, von 71 % der Antwortenden mit „positiv“ oder „sehr positiv“ beantwortet (auf 7 Meinungskarten keine Angabe).

Da in vielen Rückmeldungen gleichzeitig mehr als ein Thema angesprochen wurden, lassen sich 274 Nennungen unterscheiden, davon 37 % positive Rückmeldungen.

Die Rückmeldungen an die zentrale Beschwerdestelle verteilten sich wie folgt auf fünf Hauptthemen:

### **1. Personal/Betreuung gelobt** (76 Nennungen)

*Beispiele: „Die Behandlung und die Betreuung waren sehr gut. Sehr liebevolle Pflege.“, „... die Ärzte waren sehr menschlich und ermutigend.“, „... besonderes Lob für das Stationsteam und die ärztlich Kompetenz.“, „Die Notaufnahme ist sehr gut.“*

### **2. Personal/Betreuung kritisiert** (34 Nennungen)

*Beispiele: „Die Äußerung der behandelnden Ärztin war unmöglich!“, „... beleidigende Aussage des Arztes.“, „... gewisse Schwestern total unfreundlich.“, „... kein ausführliches Gespräch über OP, patzige Antworten“*

### **3. Wartezeiten kritisiert** (33 Nennungen)

*Beispiele: „ ... Meine geplante . OP, mußte zwei mal verschoben werden.“, „Zum wiederholten Male hat man eine zu lange Wartezeit, trotz Terminabsprache.“, „Zeit für Anmeldung war zu lang“.*

### **4. Unterbringung kritisiert** (30 Nennungen)

*Beispiele: „Die Zimmer ... sind zu klein...“, ... kein Platz zum Spielen der Kinder.“, „... die sanitären Anlagen entsprechen nicht dem heutigen Standard.“*

### **5. Essen / Küche gelobt** (11 Nennungen)

*Beispiele: „Das Essen ist einsame Spitze!“, „Das Essen war reichlich und lecker!“, „Gute Küche!“, „... reichlich Essen und große Auswahl.“*

Zu weiteren Themen gingen wenige bis einzelne Nennungen ein.

Die Bearbeitung der Rückmeldungen erfolgte in der Regel am / ab dem Annahmetag bzw. Folgetag.

Wenn sich eine Rückmeldung auf bestimmte oder bestimmbare Mitarbeiter bezieht, wird mit diesen vom Beschwerdemanagement ein persönliches Gespräch gesucht, ggf. werden Mitarbeiter schriftlich zur Stellungnahme aufgefordert.

Beschwerden werden den Kollegen betroffener Mitarbeiter nicht bekannt gegeben. Nur, wenn erforderlich, werden Vorgesetzte informiert. In zwei Fällen fanden gemeinsame Gespräche mit Chefarzten statt.

Größere Problem, wie z.B. der Straßenlärm bei Festen in der Johannisstraße, oder wiederholt auftretende Probleme werden kurzfristig der Krankenhausleitung gemeldet.

Die Beschwerdeführer erhalten, soweit möglich, eine Rückmeldung. Falls erforderlich wird zunächst eine Eingangsbestätigung herausgegeben, in der der weitere Bearbeitungsweg erläutert wird.

### E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Alle Krankenhäuser sind durch § 137 SGB V gesetzlich verpflichtet, für bestimmte Krankheiten und Behandlungsverfahren umfangreiche Datensätze an eine zentrale Auswertungsstelle zu melden. Die Daten werden extern, d.h. unabhängig und außerhalb der Krankenhäuser, ausgewertet und mit den Ergebnissen anderer Krankenhäuser verglichen.

Im Folgenden sind die Ergebnisse des Marienhospital Osnabrück für das Jahr 2002 dargestellt. Aktuellere Zahlen sind derzeit nicht verfügbar, da der Zeitbedarf für die externe Auswertung - nach Abschluss des jeweiligen Kalenderjahres - durchschnittlich 12 Monate beträgt.

Es sind die vorgeschriebenen Module mit ihren Qualitätszielen berücksichtigt, soweit:

- das Marienhospital entsprechende Leistungen erbringt,
- in den Modulen externe Qualitätsziele definiert sind und für 2002 ausgewertet wurden,
- die Qualitätsziele auch weiterhin angewandt werden und nicht nachträglich (ab 2003 oder 2004) erheblich verändert oder gestrichen wurden,
- die Module nicht für 2004 aus Zweifeln am Wert der Ergebnisse ausgesetzt wurden und
- Vergleiche mit anderen Krankenhäusern (in Niedersachsen) durchgeführt wurden.

Aus Datenschutzgründen mussten Angaben gerundet werden, was jeweils angegeben ist.

#### Modul 05/1 Nasenscheidewandkorrektur MHO 2002

Dieses Modul wurde im Verfahrensjahr 2004 ausgesetzt, da die externe Fachgruppe zu der Ansicht gelangt ist, dass die Qualitätskriterien nicht ausreichend zuverlässig sind.

#### Modul 07/1 Entfernung Gaumenmandeln (Tonsillektomie) MHO 2002

Dieses Modul wurde im Verfahrensjahr 2004 ausgesetzt, da die externe Fachgruppe zu der Ansicht gelangt ist, dass die Qualitätskriterien nicht ausreichend zuverlässig sind.

#### Modul 09/1 Herzschrittmacher-Erstimplantation MHO 2002

Die externe Auswertung der Qualitätsmerkmale dieses Moduls soll frühestens 2005 vorgenommen werden, inhaltliche Aussagen sind daher zurzeit nicht möglich.

#### Modul 12/1 Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie) MHO 2002

Qualitätsziel <sup>2</sup>	Wert MHO	im Vergleich:	Wert Niedersachsen
Häufig vollständige medizinische Begründung	rund 95 %	besser	89,9 %
Selten Komplikationen (auch bei schlechtestem Allgemeinzustand)	rund 4 %	besser	6,7 %
Geringe Wiedereingriffsrate	2 %	etwa gleich	2,2 %
Geringe Sterblichkeitsrate	0,0 %	besser	0,8 %

Modul 12/2 Entfernung Blinddarm-Wurmfortsatz (Appendektomie) <sup>1</sup> MHO 2002			
Qualitätsziel <sup>2</sup>	Wert MHO	im Vergleich:	Wert Niedersachsen
Häufig nach der OP mikroskopische Bestätigung der Verdachtsdiagnose	rund 66 %	besser	61,1 %
Häufig mikroskopische Untersuchung bei Entzündung	rund 97 %	etwa gleich	96,0 %
Selten Darmdurchbruch während des stationären Aufenthaltes	0,0 %	besser	7,1 %
Häufig Operation am Aufnahm etag	rund 64 %	besser	61,6 %
Selten behandlungsbedürftige Komplikationen	unter 7 %	etwa gleich	6,4 %
Geringe Sterblichkeitsrate	0,0 %	besser	0,1 %

Modul 12/3 Operation Eingeweidebruch (Hernienoperation) <sup>1</sup> MHO 2002			
Qualitätsziel <sup>2</sup>	Wert MHO	im Vergleich:	Wert Niedersachsen
Geringe Wiedereingriffsrate	unter 0,5 %	besser	0,9 %
Selten eingriffbezogene behandlungsbedürftige Komplikationen	0,0 %	besser	0,3 %
Selten allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	rund 1 %	besser	3,4 %

Modul 16/1 Geburtshilfe MHO 2002		
Qualitätsziel <sup>2</sup>	Wert MHO	gemessen am externen Referenzbereich <sup>3</sup>
Häufig Blutuntersuchung beim Kind bei auffälliger Herzrätigkeit bei Einlingen	über 27,5 %	im Referenzbereich
Häufig Blutuntersuchung beim Kind bei auffälliger Herzrätigkeit bei Kaiserschnitt	über 44 %	besser als Referenzbereich
Häufig Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeborenen	über 92,5 %	besser als Referenzbereich
Häufig Bestimmung des pH-Wertes im Nabelblut	99,5 %	besser als Referenzbereich
Selten Blutübersäuerung beim Kind	0,5 %	besser als Referenzbereich
Selten Dammriss (ohne Dammschnitt)	3,5 %	im Referenzbereich
Selten Dammriss (bei Dammschnitt)	rund 10 %	im Referenzbereich
Selten Wundheilungsstörung mit Wiedereingriff nach normaler Geburt	unter 0,5 %	im Referenzbereich
Selten Wundheilungsstörung mit Wiedereingriff nach vaginaloperativer Entbindung	rund 2 %	im Referenzbereich
Selten Wundheilungsstörung mit Wiedereingriff nach Kaiserschnitt	unter 1 %	im Referenzbereich

Modul 17/1 Versorgung einer geschlossenen Oberschenkelhalsfraktur MHO 2002			
Qualitätsziel <sup>2</sup>	Wert MHO	im Vergleich:	Wert Niedersachsen
Selten Implantatfehl- oder Prothesenverschiebung	rd. 2,5 %	gleich	2,4 %
Häufig Operation spätestens am zweiten Tag bei schweren Fällen	rund 84 %	besser	76,2
Selten Wundinfektionen	rd. 2,5 %	etwa gleich	2,2 %
Geringe Sterblichkeitsrate in Zusammenhang mit der Erkrankung	0,0 %	besser	1,8 %

Modul 17/2 Einbau Hüftgelenksprothese bei Gelenkverschleiß MHO 2002			
Qualitätsziel <sup>2</sup>	Wert MHO	im Vergleich:	Wert Niedersachsen
Kurze OP-Dauer	70 Minuten	besser	81 Minuten
Selten Verzicht auf Antibiotikagabe	0,0 %	besser	6,8 %
Selten Komplikationen nach der OP	0,0 %	besser	10,9 %

Modul 17/5 Einbau Kniegelenksprothese bei Gelenkverschleiß MHO 2002			
Qualitätsziel <sup>2</sup>	Wert MHO	im Vergleich:	Wert Niedersachsen
Häufig vollständige medizinische Begründung	rund 97,5 %	besser	68,1 %
Kurze OP-Dauer	109 Minuten	schlechter	91 Minuten
Häufig Antibiotikagabe	100 %	besser	94,5 %
Selten behandlungsbedürftige Komplikationen nach der OP	rund 7,5%	besser	11,3 %

Module 20/2 und 21/3 Abbildung der Herzkranzgefäße ggf. mit / oder Aufweitung verengter Gefäßstellen (Koronaangiographie ggf. mit / oder PTCA) MHO 2002			
Qualitätsziel <sup>2</sup>	Wert MHO	im Vergleich:	Wert Niedersachsen
Geringe Kontrastmittelmenge bei Abbildung der Herzkranzgefäße	115 ml	etwa gleich	110 ml
Geringe Kontrastmittelmenge bei Aufweitung verengter Gefäßstellen*	102 ml	besser	128 ml
Angemessene Anzahl Stentimplantationen (verbleibende Gefäßaufweiter) je Eingriff	1,3	gleich	1,3

\* eigene, zusammenfassende Berechnung der ab 2003 auch extern zusammengefassten Module

Anmerkungen:

<sup>1</sup> Modul wurde für 2004 ausgesetzt, ohne dass Zweifel am Wert der früheren Ergebnisse bestehen.

<sup>2</sup> Für die exakte, nicht umgangssprachliche Definition der Qualitätsziele siehe: [www.bqs-outcome.de](http://www.bqs-outcome.de)

<sup>3</sup> Nur für die Geburtshilfe erfolgte die externe Auswertung durch die Ausweisung eines Referenzbereiches, der besagt, ob die Ergebnisse des Hauses im Rahmen der Vergleichshäuser angesiedelt ist.

## F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Marienhospital Osnabrück sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

Nr.	Projektbezeichnung /-ziel	Projektstatus
01	Behandlungspfade: Entwicklung eines Musters , auf dem aufbauend konkrete Behandlungspfade häufiger Diagnosen erstellt werden können. Projekt in Kooperation der Krankenhäuser der Diözese Osnabrück.	Projekt ist in Arbeit.
02	Beschwerdemanagement: Konzeption, Entwicklung und schrittweise Einführung eines zentralen Beschwerdemanagements um Hemmschwellen für Beschwerden abzubauen und Beschwerden als Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten zu nutzen.	Projekt erfolgreich durchgeführt, in Regelbetrieb überführt.
03	Dezentrale Aufnahme: Einführung der Aufnahme der geplant aufgenommenen Patienten über die jeweiligen Klinik-Ambulanzen.	Projekt läuft, steht kurz vor dem Abschluss.
04	Dokumentationsprüfung: Überprüfung der Qualität der pflegerischen Dokumentation und Ableitung von Handlungsempfehlungen.	Projekt erfolgreich durchgeführt, Ergebnisse fanden im Pflegedienst Berücksichtigung.
05	Einkauf- und Bestellwesen: Analyse bestehender Verbesserungspotentiale hinsichtlich Einkauf und Bestellwesen und Ableitung von Maßnahmenvorschlägen.	Projekt erfolgreich durchgeführt, der Vorschlag, Einführung einer Materialkommission, soll zu gegebener Zeit auf Trägerebene umgesetzt werden.
06	Einweiserbefragung: Entwicklung eines Konzeptes zur Einweiserbefragung: Es soll ein valides Instrument zur Erfassung der Anforderungen und Erfahrungen der niedergelassenen Ärzte im Einzugsgebiet des MHO entwickelt und eingeführt werden.	Projekt ist in Arbeit.
07	Elektronische Dienstplanung: Einführung eines elektronischen Dienstplanprogramms zur Planung der SOLL-Zeiten und Erfassung der IST-Zeiten in allen Bereichen des Hauses für alle Mitarbeiter, einschließlich erforderliche Schulungen.	Projekt erfolgreich durchgeführt, in Regelbetrieb überführt.
08	Fußambulanz: Begleitung der Konzepterstellung für die Neugestaltung der Fußambulanz zur ambulanten Behandlung diabetischer FüÙe.	Projekt erfolgreich durchgeführt, Umsetzung für 2005 vorgesehen.
09	Infomarkt: Konzeption, Organisation und Einführung von ‚Infomärkten‘ als Informationsplattform / -veranstaltung für alle Mitarbeiter. Bestandteil des proCum Cert-Modellprojektes.	Projekt erfolgreich durchgeführt, in Regelbetrieb überführt.
10	Innerbetriebliches Vorschlagswesen: Konzeption, Einführung und Bekanntmachung eines innerbetrieblichen Vorschlagswesens zur Annahme, Bewertung, Umsetzung und Prämierung von Mitarbeiterideen.	Projekt erfolgreich durchgeführt, in Regelbetrieb überführt
11	Internes Audit: Entwicklung eines Konzeptes zur Durchführung interner Audits zur Überprüfung von Struktur- und Prozessqualität und Einführung im Haus, einschließlich Qualifizierung der internen Auditoren.	Projekt erfolgreich durchgeführt, in Regelbetrieb überführt.
12	Katastrophenmanagement: Einführung eines umfassenden Managementsystems zur Beherrschung nichtmedizinischer Notfallsituationen und externer Katastrophenfälle.	Projekt ist in Arbeit, soll in 2004 beendet werden und in Regelbetrieb übergehen. Wichtige Etappenziele, z.B. Durchführung Evakuierungsübung, sind erreicht.

Nr.	Projektbezeichnung /-ziel	Projektstatus
13	Laborakkreditierung: Begleitung des Labors auf dem Weg zur Akkreditierung durch die DACH im Bereich Lebensmittellabor.	Projekt erfolgreich durchgeführt, das Labor wurde akkreditiert.
14	Leitbildgruppe: Neukonzeption und Reorganisation der Leitbildgruppe „Arbeitsgruppe Leitlinien“ als Beratungsgremium der KHL im Hinblick auf die Leitbildumsetzung, -gestaltung und QM-Implementierung.	Projekt ist in Arbeit.
15	Mitarbeiterbefragung: Begleitung der Ableitung und ggf. der Durchführung von Verbesserungsmaßnahmen auf Basis der 2003 durchgeführten Mitarbeiterbefragung.	Projekt ist in Arbeit, auf Abteilungsebene wurden bereits zahlreiche Maßnahmen ergriffen.
16	Moderatorenschulung: Entwicklung und Einführung eines Konzeptes zur hausinternen Schulung von Moderatoren, d.h. Personen, die nach bestimmten Regeln die Arbeitsfähigkeit von Diskussions- und Entscheidungsrunden sicher stellen.	Projekt erfolgreich durchgeführt, ab 2005 werden Moderatorenschulungen für die Mitarbeiter des MHO angeboten.
17	Optimierungsworkshops: Einführung regelmäßiger Optimierungsworkshops als Instrument zur Prüfung, Verbesserung und Freigabe innerbetrieblicher Abläufe. Bestandteil des proCum Cert-Modellprojektes.	Projekt erfolgreich durchgeführt, in Regelbetrieb überführt.
18	Patientenbefragung: Entwicklung, Testung und Ausgestaltung eines umfassenden Konzeptes einer anonymen, postalischen Patientenbefragung einschließlich der Entwicklung eines validen Patientenfragebogens als Ersatz für den früher im MHO eingesetzten externen Fragebogen. Federführend durch das MHO unter Beteiligung weiterer Häuser aus dem Katholischen Krankenhausverband der Diözese Osnabrück mit gleichzeitiger Einführung hausübergreifender Vergleiche.	Projekt erfolgreich durchgeführt, in Regelbetrieb überführt, Befragung im MHO wird derzeit ausgewertet.
19	Patientenbroschüre: Entwicklung und Gestaltung einer Informationsbroschüre mit wichtigen Informationen für Patienten und andere Interessengruppen.	Projekt erfolgreich durchgeführt, in Regelbetrieb überführt.
20	QM-Handbuch: Entwicklung und Einführung eines QM-Handbuches (Organisationshandbuch) mit Verfahrensanweisungen (Ablaufbeschreibungen) für wichtige betriebliche Prozesse. Bestandteil des proCum Cert-Modellprojektes.	Projekt erfolgreich durchgeführt, in Regelbetrieb überführt.
21	Seelsorgekonzept: Mitwirkung an der Erstellung eines Seelsorgekonzeptes für das Marienhospital Osnabrück.	Projekt erfolgreich durchgeführt, Konzept wurde eingeführt.
22	Wartezeitbestimmung: Festlegung derjenigen Bereiche, in denen eine Erhebung und ggf. Optimierung der Wartezeiten durchgeführt werden soll. Vergleichende Testung von Methoden zur Wartezeitbestimmung.	Projekt erfolgreich durchgeführt, die Ergebnisse sind in die Gestaltung des Patientenfragebogen und den Ausbau des Beschwerdemangements eingeflossen.
23	WHO; Babyfreundliches Krankenhaus: Umsetzung des entsprechenden WHO-Standards „Stillfreundliches Krankenhaus.“	Projekt beendet. Wesentliche Elemente wurden eingeführt.
24	Zufriedenheitsanalyse Auszubildende: Konzeption und Durchführung einer Auszubildendenbefragung zur Erfassung von Verbesserungspotentialen in der Ausbildung und im Umgang innerhalb der Abteilungen.	Projekt erfolgreich durchgeführt, die Ergebnisse wurden von Personalabteilung und auszubildenden Abteilungen umgesetzt.

## G Weitergehende Informationen

### Verantwortlich für den Qualitätsbericht

- Krankenhausleitung des Marienhospital Osnabrück:  
Ärztlicher Direktor Dr. Rüdiger Cording  
Pflegedirektorin / Oberin Sr. M. Margret  
Geschäftsführer / Verwaltungsdirektor Rudolf Fissmann

### Ansprechpartner

- Leiter Koordination Qualitätsmanagement:  
Ralf Döhr, Telefon 0541/326-2010, Email: [qm@mhos.de](mailto:qm@mhos.de)

### Links/ Verweise

- [www.marienhospital.osnabrueck.de](http://www.marienhospital.osnabrueck.de)  
Internetseite des MHO, bitte etwas Geduld, die Seite wird derzeit umgebaut, es erfolgt nach kurzer Zeit eine Weiterleitung zu den aktuellen Inhalten.
- [www.proCum-Cert.de](http://www.proCum-Cert.de)  
Internetseite der konfessionellen Zertifizierungsstelle proCum Cert. Dort finden Sie den jeweils aktuellen MHO-Qualitätsbericht nach proCum Cert und KTQ einschließlich der Strukturdaten des MHO und Aussagen zur Anforderungserfüllung.
- [www.ktq.de](http://www.ktq.de)  
Internetseite der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. Das MHO wurde als erstes Krankenhaus nach diesem Verfahren zertifiziert (und hat zusätzlich die Erfüllung der konfessionellen proCum Cert-Inhalte nachgewiesen).
- [www.bqs-outcome.de](http://www.bqs-outcome.de)  
Hier finden sich Hinweise zur externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

