

# MHO



**Marienhospital  
Osnabrück**

**Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Medizinischen Hochschule Hannover**



# **proCum Cert / KTQ - Qualitätsbericht Marienhospital Osnabrück 2008**

Krankenhaus: **Marienhospital Osnabrück**  
Institutionskennzeichen: 260340831  
Anschrift: Bischofsstraße 1  
49074 Osnabrück

**Das Krankenhaus ist re-zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ<sup>®</sup>  
durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle  
proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft.**

**Zertifikatsnummer: 2008-0005-OSNA-11-K-00224  
Datum der Ausstellung: 01.07.2008  
Gültigkeitsdauer: 30.06.2011**



Marienhospital Osnabrück: In guten Händen!

## Einleitung

Das Marienhospital Osnabrück (MHO) verfügt über 521 stationäre Betten und ist als Akutkrankenhaus für die Versorgung von rund 600.000 Einwohnern in Stadt und Landkreis Osnabrück, im übrigen Niedersachsen, im angrenzenden Nordrhein-Westfalen und darüber hinaus zuständig.

In zwölf cheffärztlich geleiteten Klinikbereichen und einem cheffärztlich geleiteten Institut werden aktuell jährlich rund 25.000 Patienten stationär und über 45.000 Patienten ambulant versorgt. Damit sind wir das Krankenhaus mit dem höchsten Patientenaufkommen in der Region Osnabrück.

Gegründet wurde das Marienhospital Osnabrück vor bald 150 Jahren am 20. August 1859 in der noch heute bestehenden Innenstadtlage. Auslöser war die seinerzeit in Osnabrück grassierende Cholera-Epidemie mit mehreren hundert erkrankten Einwohnern, für die das bis dahin bestehende medizinische und pflegerische Angebot bei weitem nicht ausreichte.

Die Gründung erfolgte durch den Bischof von Osnabrück, Namenspatronin unseres Hauses ist die damalige Landesfürstin, Königin Marie von Hannover, die das junge Marienhospital finanziell unterstützte. Die pflegerische Arbeit lag in den Händen der Barmherzigen Schwestern vom Orden des hl. Karl Borromäus in Trier, ein Konvent des Ordens ist bis heute am Marienhospital ansässig.

Von den eher bescheidenen Anfängen mit einem Medizinalrat für die ärztliche Versorgung und drei Schwestern in der Pflege hat sich das Marienhospital ständig weiterentwickelt.

Heute sind in unserem Haus in den verschiedensten Berufsgruppen und Abteilungen rund 1.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt. So sind wir ein bedeutender Arbeitgeber in der Region und schon fast ein ‚kleines Dorf‘ in der Innenstadt von Osnabrück.

So sehr die medizinische und pflegerische Leistungsfähigkeit in unserer fast 150-jährigen Geschichte auch gewachsen ist, haben wir doch immer unser konfessionelles Selbstverständnis und die ganzheitliche Sicht auf unsere Patienten bewahrt. Unser Ziel ist die medizinisch-pflegerische Versorgung auf höchstem fachlichem Niveau bei gleichzeitiger persönlicher Zuwendung zu jedem unserer Patienten und seiner Angehörigen.

Qualitätsmanagement hat in unserem Haus eine lange Tradition und begann schon bevor es üblich wurde, diesen Begriff auch im Krankenhausbereich anzuwenden.

Im Jahr 1995 trat unser noch heute gültiges Leitbild in Kraft. 1999 wurde das hauptamtlich besetzte Qualitätsmanagement eingerichtet. Im Jahr 2000 nahmen wir als eines von 25 Pilotkrankenhäusern an der Erprobung des seinerzeit noch in Entwicklung befindlichen KTQ-Zertifizierungsverfahrens teil.

2001 wurden wir Modellkrankenhaus der konfessionellen Zertifizierungsgesellschaft proCum Cert und haben am 26. Juli 2002 als erstes Krankenhaus in Deutschland ein Zertifikat nach KTQ erhalten und gleichzeitig die Erfüllung der zusätzlichen proCum Cert-Anforderungen nachgewiesen.

Das Doppelzertifikat gilt jeweils für drei Jahre und wurde von uns pünktlich 2005 sowie 2008 erfolgreich erneuert.

Für die außerordentlich hohen Punktzahlen, die wir von den Gutachtern erhalten haben, wurden wir über das eigentliche Zertifikat hinaus ausgezeichnet. Die KTQ hat uns 2006 mit dem Qualitätspreis ‚KTQ-Award‘ ausgezeichnet, die proCum Cert hat uns 2007 den Qualitätspreis ‚Bestes Krankenhaus‘ verliehen.

Unsere Qualitätsorientierung werden wir auch in Zukunft beibehalten.

Zusammen mit den kooperierenden bzw. den angeschlossenen Einrichtungen werden wir auch in Zukunft unser Möglichstes tun, ein verlässlicher Partner für Ihre Gesundheit zu sein.

Damit Sie sich selbst als Patient oder Angehöriger davon überzeugen können:  
Marienhospital Osnabrück: In guten Händen!

Im Namen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:

### Geschäftsführung und Krankenhausleitung im Marienhospital Osnabrück



*W. Lullmann*  
**Werner Lullmann**  
(Geschäftsführer  
MKO und MHO)

*R. Fissmann*  
**Rudolf Fissmann**  
(Geschäftsführer,  
Verwaltungsdirektor)

*D. Torbrügge*  
**Dieter Torbrügge**  
(Pflegedirektor)

*Sr. M. Margret*  
**Sr. M. Margret**  
(Oberin)

*R. Cording*  
**Dr. med. Rüdiger Cording**  
(Ärztlicher Direktor,  
Chefarzt Anästhesie)

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort der proCum Cert	5
Vorwort der KTQ®	6
<b>1 Patientenorientierung im Krankenhaus</b>	<b>7</b>
1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme	7
1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung	7
1.3 Durchführung der Patientenversorgung	8
1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche	10
1.A pCC 1A	10
<b>2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung</b>	<b>12</b>
2.1 Planung des Personals	12
2.2 Personalentwicklung	12
2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern	13
2.A pCC 2A	14
<b>3 Sicherheit im Krankenhaus</b>	<b>15</b>
3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung	15
3.2 Hygiene	16
3.3 Bereitstellung von Materialien	16
<b>4 Informationswesen</b>	<b>18</b>
4.1 Umgang mit Patientendaten	18
4.2 Informationsweiterleitung	18
4.3 Nutzung einer Informationstechnologie	19
<b>5 Krankenhausführung</b>	<b>20</b>
5.1 Entwicklung eines Leitbildes	20
5.2 Zielplanung	20
5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung	20
5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben	21
5.A pCC 5A	22
<b>6 Qualitätsmanagement</b>	<b>24</b>
6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement	24
6.2 Qualitätsmanagementsystem	24
6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten	25
6.4 Externe Qualitätssicherung nach §137 SGB V	25
<b>7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus</b>	<b>26</b>
<b>8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft</b>	<b>27</b>
<b>9 Trägerverantwortung</b>	<b>28</b>

## Vorwort der proCum Cert

Die proCum Cert GmbH ist eine eigenständige konfessionelle Zertifizierungsgesellschaft, die von der katholischen und der evangelischen Kirche, namentlich durch den Katholischen Krankenhausverband Deutschlands (KKVD) und den Deutschen Evangelischen Krankenhausverband (DEKV) ins Leben gerufen wurde.

Gesellschafter der proCum Cert sind neben den genannten Krankenhausverbänden die beiden christlichen Wohlfahrtsverbände Caritas (DCV) und Diakonie (DWdEKD) sowie deren Versicherungsdienst Ecclesia und die Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen (DQS).

Als Kooperationspartner der KTQ<sup>®</sup> war die proCum Cert an der Entwicklung des KTQ-Manuals beteiligt. Als akkreditierte Zertifizierungsstelle der KTQ<sup>®</sup> ist sie berechtigt, Krankenhäuser in dem vorgesehenen Verfahren mit dem KTQ-Zertifikat auszuzeichnen.

Das kombinierte pCC-KTQ-Zertifikat geht in seinen Anforderungen über die hinaus, die im KTQ-Manual beschrieben sind. Ziel der proCum Cert ist, christliche Werte in das Qualitätsmanagement einzubeziehen und in der Organisation zu verankern. Hierfür wurden 32 weitere Qualitätskriterien formuliert, die es in dem KTQ-Manual mit seinen derzeit 72 Kriterien nicht gibt.

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 Marienhospital Osnabrück 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](http://www.proCum-Cert.de) allgemein zugänglich.

Mathias Bojahr  
 Geschäftsführer  
 proCum Cert GmbH

## Vorwort der KTQ®

Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das getragen wird von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen<sup>1</sup>. Darüber hinaus wurde der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschland e. V. (HB) mit Beginn des Routinebetriebes im „Niedergelassenen Bereich“ ebenfalls Gesellschafter der KTQ-GmbH. 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 wurden ausschließlich von Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.

Mit diesem Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ® den Krankenhäusern ein Instrument an, mit dem sie die Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und den zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsbericht nach außen transparent darstellen können.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen, von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt.

Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses - die so genannte Fremdbewertung - vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner Krankenhausbereiche überprüft.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Selbst- und 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 die individuelle Einleitung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Beschreibung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet, im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 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 Marienhospital Osnabrück mit diesem Qualitätsbericht allen Interessierten - in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich seines Leistungsspektrums, seiner Leistungsfähigkeit und seines Qualitätsmanagements vermitteln kann.

Der Qualitätsbericht ist auch auf der KTQ-Homepage unter <http://www.ktq.de/> abrufbar.

Dr. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

H.-Theo Riegel

Für die Spitzenverbände der Krankenkassen

Dr. M. Walger

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller

Für den Deutschen Pflegerat

<sup>1</sup> Zu diesen zählen: der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., der AOK-Bundesverband, der BKK Bundesverband, der IKK-Bundesverband, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse.

# 1 Patientenorientierung im Krankenhaus

## 1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

*Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.*

### 1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

*Das Krankenhaus gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.*

Alle Interessierten können sich im Internet über [www.mho.de](http://www.mho.de) über unsere Leistungen informieren und z.B. Anfahrtsskizzen und Lagepläne herunterladen.

Die Terminabstimmung vor geplanten Aufnahmen erfolgt meist telefonisch. Um die notwendige Aufenthaltsdauer möglichst kurz zu halten, können viele Untersuchungen schon vor der eigentlichen Aufnahme bei uns erledigt werden.

Unser Parkhaus mit 600 Stellplätzen steht Patienten und Angehörigen zu verbilligten Preisen offen. Hauptbahnhof und Bushaltestellen liegen jeweils nur wenige Gehminuten entfernt.

### 1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

*Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten und Besucher sichergestellt.*

Die Mitarbeiter der Information weisen den ankommenden Patienten und Angehörigen den Weg zu den Aufnahmebereichen und Stationen. Eine persönliche Begleitung durch unsere Mitarbeiter bieten wir an. Gepäckwagen und Rollstühle stehen bereit.

Alle Bereiche des Hauses sind modern ausgeschildert, die einzelnen Gebäudeteile sind mit Buchstaben gekennzeichnet, die Etagen mit Zahlen. So befindet sich zum Beispiel unsere Station „E2“ im Gebäudeteil „E“ in der 2. Ebene.

Den Fachabteilungen und Kliniken sind Farben zugeordnet, die sich auf den Hinweis- und Türschildern wiederfinden.

### 1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

*Die Aufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung.*

Notfallpatienten werden über die Zentrale Notaufnahme oder andere Bereiche, wie unserer Kinder-notaufnahme oder den Kreißsaal aufgenommen. Andere Patienten gehen nach Terminvereinbarung direkt in die Ambulanzen.

Fachkundiges Personal ist ständig anwesend. In den Wartezonen stehen Getränke bereit, für Kinder gibt es Spielmöglichkeiten.

Auf den Stationen werden Patienten von den Pflegekräften empfangen, die sie in die Zimmer begleiten und über weitere Abläufe informieren. Jeder Patient erhält unsere ausführlichen Informationsbroschüren mit vielen nützlichen Hinweisen.

### 1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

*Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, der Medizinischen Versorgungszentren (Psych.: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz (Uni.: Spezialambulanzen) verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.*

Unsere Zentrale Notaufnahme ist rund um die Uhr besetzt und kann in Notfällen jederzeit aufgesucht werden. Fachärzte aller unserer Kliniken befinden sich ständig im Haus oder in Bereitschaft. Wenn keine stationäre Aufnahme erforderlich ist, können die Patienten nach der ambulanten Versorgung nach Hause gehen.

Unsere Chefarzte bieten normale fachärztliche Sprechstunden an, die Terminvereinbarung erfolgt telefonisch über die Sekretariate.

Auch vor oder nach stationären Aufenthalten werden Patienten von uns ambulant versorgt, was jeweils im Einzelfall besprochen wird.

## 1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

*Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.*

### 1.2.1 Ersteinschätzung

*Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt.*

Alle notwendigen Fragen werden bei der ärztlichen und bei der pflegerischen Aufnahme besprochen. Dabei werden zum Beispiel die medizinische Vorgeschichte, der aktuelle Zustand und die Art der bestehenden Beschwerden geklärt. Es wird eine körperliche Untersuchung durchgeführt, eine erste Diagnose gestellt und das weitere Vorgehen besprochen.

Wünsche der Patienten werden berücksichtigt soweit uns das möglich ist. Fragen der Patienten werden beantwortet. Angehörige können in die Besprechung offener Fragen einbezogen werden, insbesondere wenn dies der Patient möchte.

### 1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

*Vorbefunde werden soweit wie möglich genutzt und zwischen dem betreuenden Personal ausgetauscht.*

Alle Untersuchungsergebnisse, die unsere Patienten von Haus- oder Fachärzten mitbringen, werden genauso berücksichtigt wie unsere eigenen früheren Ergebnisse. Wenn erforderlich, werden Vorbefunde von uns aktiv bei Haus- und Fachärzten angefordert, um Doppeluntersuchungen für die Patienten möglichst zu vermeiden.

Die Vorbefunde werden allen unseren Mitarbeitern, soweit an der Behandlung beteiligt, zugänglich gemacht. Dies geschieht weitgehend auf digitalem Wege. Bei hausinternen Verlegungen werden alle vorhandenen Unterlagen an den aufnehmenden Bereich übergeben.

### 1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

*Für jeden Patienten wird der umfassende Behandlungsprozess unter Benennung der Behandlungsziele festgelegt.*

Der behandelnde Arzt legt in Absprache mit dem Patienten zusammen mit Ober- und Chefarzt und dem Pflegedienst den individuellen Behandlungsprozess fest. Weitere Berufsgruppen wie z. B. Physiotherapie können hinzugezogen werden. In den stattfindenden Visiten wird der Plan überprüft, mit den Patienten besprochen und gegebenenfalls angepasst.

Für stationäre Patienten wird ein Pflegeplan erstellt, aus dem die individuellen pflegerischen Maßnahmen hervorgehen.

Der Fortschritt der Behandlungs- und Pflegeprozesse wird in der Patientenakte schriftlich dokumentiert.

### 1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

*Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.*

Beim ärztlichen und beim pflegerischen Erstgespräch werden mit den Patienten der Behandlungsplan und die notwendigen Maßnahmen besprochen. Sowohl im ärztlichen Dienst, als auch im Pflegedienst hat jeder unserer Patienten Ansprechpartner (Stationsarzt, Bereichspflegekraft).

Die täglichen Visiten dienen unter anderem dazu, das weitere Vorgehen mit dem Patienten zu klären und die geplanten Schritte verständlich zu erläutern.

Grundsätzlich erfolgen alle Behandlungsschritte nur mit Einverständnis des Patienten oder des gesetzlichen Vertreters (wie Eltern).

## 1.3 Durchführung der Patientenversorgung

*Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß multiprofessioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.*

### 1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

*Die Behandlung und Pflege jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.*

Für alle Patienten stehen rund um die Uhr die entsprechenden Fachärzte und qualifizierte Pflegekräfte zur Verfügung. Auf sämtliche Diagnose- und Therapiemöglichkeiten kann jederzeit zurückgegriffen werden. So kann zum Beispiel ständig in mehreren Operationssälen operiert oder eine Untersuchung mit dem Computertomographen (CT) oder in den Herzkatheterlaboren durchgeführt werden.

Behandlungsmaßnahmen, wie die sofortige und wirksame Schmerztherapie nach einer Operation, werden stets möglichst schnell begonnen. Die entsprechenden Standards werden aktuell gehalten.



### 1.3.2 Anwendung von Leitlinien

*Der Patientenversorgung werden Leitlinien mit, wo möglich, Evidenzbezug zugrunde gelegt.*

Alle unsere Patienten werden nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft behandelt. Hierfür greifen alle Chefarztbereiche auf die Leit- und Richtlinien der jeweiligen medizinischen Fachgesellschaften und der übergeordneten ‚Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften‘ (AWMF) zurück. Aktuelle Veröffentlichungen und wissenschaftliche Ergebnisse werden auch darüber hinaus berücksichtigt.

In allen Bereichen bestehen aktuelle hausinterne Behandlungs- und Pflegestandards, die den wissenschaftlichen Erkenntnissen Rechnung tragen.

### 1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

*Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.*

Alle Behandlungsschritte und Maßnahmen werden mit den Patienten oder den gesetzlichen Vertretern (wie den Eltern von Minderjährigen) abgestimmt. Notwendige lebensrettende Maßnahmen, beispielsweise bei bewusstlosen Patienten, werden selbstverständlich sofort ergriffen.

Informationen erhält der Patient von den Mitarbeitern und durch schriftliche Broschüren und Informationsblätter.

Die Patientenzimmer weisen die üblichen Ausstattungsmerkmale auf. Es gibt eine Cafeteria und einen zentralen Andachtsraum (Kapelle), für Kinder sind Spielmöglichkeiten vorhanden.

### 1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

*Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt.*

Unsere Patienten können täglich zwischen mindestens drei verschiedenen Menüs selbst wählen (Vollkost, leichte Kost, vegetarisch), einzelne Komponenten können zusätzlich ausgetauscht werden, so dass vielfältige Variationsmöglichkeiten entstehen.

In der Regel ist auch eines der nichtvegetarischen Menüs frei von Schweinefleisch. Die Menüwünsche werden täglich erfragt, Allergien und Abneigungen werden erfasst und berücksichtigt. Medizinisch notwendige besondere Kost wird in unserer speziellen Diätküche individuell zubereitet.

### 1.3.5 Koordinierung der Behandlung

*Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.*

Die Koordination der Abteilungen und Berufsgruppen, die an der Behandlung der Patienten beteiligt sind, erfolgt mit moderner Informationstechnologie. So werden Untersuchungen und Behandlungen über das Computernetzwerk, an das alle Bereiche des Hauses angeschlossen sind, angemeldet und aufeinander abgestimmt. Untersuchungsergebnisse stehen hausintern online und damit ohne jede Zeitverzögerung den Berechtigten zur Verfügung.

Für die Terminplanung und die die Begleitung und den Transport der Patienten in die einzelnen Bereiche ist unser Pflegedienst verantwortlich.

### 1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

*Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.*

Für die Koordinierung im OP-Bereich wurde ein eigenes OP-Management eingerichtet. Mit diesem stimmen die operierenden Bereiche die OP-Termine und die Belegung der Operationssäle ab. Verschiebungen von geplanten OP-Terminen werden so vermieden.

Notfallpatienten werden umgehend in das laufende OP-Programm eingebunden und im nächsten frei werdenden Saal operiert. Operationsteams aller Fachabteilungen befinden sich ständig im Haus.

Auch nachts kann auf mindestens zwei OP-Säle zurückgegriffen werden, so dass selbst bei einer laufenden OP weiterhin OP-Kapazität besteht.

### 1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

*Die Behandlung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.*

Die unterschiedlichen Berufsgruppen und Fachbereiche, die an der Versorgung unserer Patienten beteiligt sind, stimmen sich vor allem in regelmäßigen gemeinsamen Besprechungen und Konferenzen ab. An der Behandlung und Betreuung der Patienten beteiligt sind neben Fachärzten und Pflegeteamarbeitern je nach Lage des Einzelfalles auch Physiotherapeuten, Sozialdienstmitarbeiter, Psychologen und Seelsorger.

Wenn zur Klärung des Krankheitsbildes erforderlich, werden Ärzte anderer Fachdisziplinen kurzfristig hinzugezogen. Hierzu besteht ein strukturiertes Konsilwesen.

### 1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

*Die Visitation des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.*

Für die Visiten sind je Pflegestation und medizinischem Fachbereich Zeitfenster festgelegt, über die die Pflegemitarbeiter Auskunft geben.

Für jeden Patienten findet mindestens einmal täglich eine ärztliche Visite zusammen mit dem betreuenden Pflegedienst statt. Wenn erforderlich, wie bei Patienten der Intensivstationen, erfolgen auch mehrmals täglich Visiten.

Bei Bedarf werden weitere Berufsgruppen wie Physiotherapeuten oder Sozialdienstmitarbeiter einbezogen. Vertrauliche Informationen werden nur mit Zustimmung des Patienten im Beisein Dritter ausgetauscht.

## 1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche

*Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.*

### 1.4.1 Entlassung und Verlegung

*Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.*

Über den voraussichtlichen Entlassungstermin werden unsere Patienten und deren Angehörige möglichst frühzeitig informiert. Der konkrete Entlassungstag steht in den allermeisten Fällen mindestens einen Tag vorher fest. Die Patienten erhalten rechtzeitig alle notwendigen Informationen.

Wenn Patienten in ein anderes Krankenhaus verlegt werden oder auf andere Art weiterversorgt werden müssen, stimmen dies unsere Mitarbeiter möglichst frühzeitig ab. Hierfür ist zum Beispiel unser Sozialdienst zuständig, der bei allen offenen Fragen der Weiterversorgung ansprechbar ist.

### 1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich (Entlassung/ Verlegung u. a.)

*Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.*

Es ist sichergestellt, dass weiterbehandelnde Ärzte und Einrichtungen alle notwendigen Informationen erhalten. Bereits bei Entlassung wird unseren Patienten mindestens ein so genannter Kurzarztbrief ausgehändigt, der alle wichtigen Informationen für Weiterbehandelnde enthält, sowie Kopien wichtiger Befundberichte.

Weitere ausführliche Informationen werden dem Hausarzt und anderen gegebenenfalls gesondert zugeschickt.

Für nachbetreuende Pflegedienste stellen unsere Pflegemitarbeiter die erforderlichen Informationen auf Pflegeüberleitungsbögen zusammen.

### 1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

*Vom Krankenhaus wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.*

Unsere Mitarbeiter pflegen vielfältige Kontakte und Kooperationen mit den verschiedensten weiterbetreuenden Einrichtungen. Hierzu gehören zum Beispiel andere Krankenhäuser, Rehakliniken, niedergelassene Ärzte, ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Sanitätshäuser und Selbsthilfegruppen.

Weiterbetreuende Einrichtungen können frühzeitig in die Betreuung und Entlassungsvorbereitung einbezogen werden. Oft kann eine Weiterversorgung nach der stationären Entlassung auch direkt in unserem Haus, vor allem in den Klinikambulanzen, erfolgen.

## 1.A pCC 1A

### 1.A.1 Patienten unterwegs im Krankenhaus begleiten

*Kompetente Mitarbeiter begleiten bei Bedarf die Patienten auf ihren Wegen im Krankenhaus und lassen sie nicht allein.*

Unsere Patienten sind bei uns nur dann ohne Begleitung unterwegs, wenn sie dazu bereit und in der Lage sind. So werden z.B. Kinder zu keinem Zeitpunkt im Haus alleine gelassen. Das gleiche gilt für alle anderen Patienten die Begleitung benötigen. Zu allen Zielen im Haus werden die Patienten durch die Pflegekräfte ihrer jeweiligen Station oder dem zentralen Patiententransportdienst begleitet. Diejenigen Patienten, die ohne Begleitung im Haus unterwegs sind, können sich an der Ausschilderung orientieren und an dem Lageplan, der z.B. in der Patientenbroschüre abgedruckt ist.

### 1.A.2 Spezielle Angebote für die Patienten und ihre Angehörigen

*Management und Mitarbeiter erleichtern durch besondere Angebote Patienten und Angehörigen den Krankenhausaufenthalt.*

Unsere modernen Wartezonen und Aufenthaltsbereiche auf den Stationen sind ansprechend gestaltet. So liegen verschiedene Zeitschriften und christliche Lektüre aus, Getränke werden angeboten. Unsere Kapelle steht allen Patienten zur Verfügung. Zu besonderen Veranstaltungen und Angeboten z.B. Patientenseminaren werden die Patienten bzw. die Öffentlichkeit eingeladen. Ärzte sind jederzeit im Haus erreichbar. Pflegekräfte sind stets anwesend und können z.B. über die Rufanlage (Schelle) gerufen werden.

### 1.A.3 Sensibilität und Respekt für Patienten mit nicht christlichem kulturellen und religiösen Hintergrund

*Management und Mitarbeiter achten den kulturellen und religiösen Hintergrund der Patienten und sorgen für entsprechende Unterstützung.*

Kulturelle und religiöse Besonderheiten unserer Patienten werden von uns beachtet. Dies bezieht sich z.B. auf spezielle Wünsche hinsichtlich Ernährung (frei von Schweinefleisch oder vegetarisch), auf Wünsche nach seelsorgerischem Beistand (gerne vermitteln wir Kontakt zu Seelsorgern der jeweiligen Glaubensgemeinschaft) und auf Wünsche zur Wahrung der Intimsphäre und zur Beachtung des Schamgefühls. Für fremdsprachige Patienten und Angehörige haben wir einen Dolmetscherdienst eingerichtet, der derzeit in 23 verschiedene Sprachen inkl. Gebärdensprache übersetzt.

### 1.A.4 Behandlung von Kindern

*Management und Mitarbeiter gewährleisten eine kindgerechte Versorgung von Kindern innerhalb des Krankenhauses.*

Unsere Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin ist speziell auf die Bedürfnisse von Patienten von 0 bis 18 Jahren zugeschnitten. Die Kinder und Jugendlichen werden auf den Stationen in Altersgruppen zusammengefasst, so dass z.B. die Wünsche nach Spiel- und Freizeitmöglichkeiten besser berücksichtigt werden können. Darüber hinaus gibt es eine Kinderintensivstation, die ausgelegt ist auf die Behandlung nach aktuellen Standards von Frühgeborenen und älteren Kindern. Begleitpersonen werden kostenlos beim Kind oder in Gästezimmern untergebracht.

### 1.A.5 Berücksichtigung der spirituellen Dimension von Krankheit und Krankheitsbewältigung

*Mitarbeiter und Seelsorger berücksichtigen die spirituelle Dimension von Krankheit und Krankheitsbewältigung sowie entsprechende Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen.*

Für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter machen wir zahlreiche Angebote. Der christliche Glaube ist ein wesentliches Fundament unserer täglichen Arbeit und damit die Berücksichtigung religiöser bzw. spiritueller Erfahrungen und Bedürfnisse der Patienten. Unsere Mitarbeiter tragen die christlichen Werte und die Grundsätze der katholischen Kirche mit. Die Mitglieder unseres Seelsorgeteams sind in verschiedene Bereiche der Patientenbetreuung eingebunden und sind für den Patienten Ansprechpartner.

### 1.A.6 Behandlung und Betreuung von besonderen Personengruppen

*Management und Mitarbeiter gewährleisten die adäquate Versorgung von Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf.*

Alle Patienten werden bei uns aufgenommen. Patienten in Grenzsituationen, wie sie lebensbedrohliche oder nicht mehr therapierbare Erkrankungen darstellen, Patienten mit erhöhtem Betreuungsbedarf, wie Demenzt, Personen mit geistiger, mehrfacher oder besonders schwerer Behinderung und mit besonderem sozialem Betreuungsbedarf, werden von uns in besonderem Maße betreut und versorgt. Dabei legen wir, im Einklang mit dem christlichen Menschenbild, Wert auf eine würdige und ganzheitliche Behandlung nach aktuellen Gesichtspunkten.

### 1.A.7 Sicherstellung einer Weiterbetreuung von Palliativpatienten

*Management und Mitarbeiter sehen den besonderen Bedarf schwerstkranker und sterbender Patienten und sorgen für eine notwendige palliative Weiterversorgung.*

Unsere Mitarbeiter pflegen vielfältige Kontakte und Kooperationen mit den verschiedensten weiterbetreuenden Einrichtungen. Hierzu gehören zum Beispiel andere Krankenhäuser, Rehakliniken, das Osnabrücker Hospiz, Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Sanitätshäuser und Selbsthilfegruppen. Weiterbetreuende Einrichtungen können frühzeitig in die Betreuung und Entlassungsvorbereitung einbezogen werden. Oft kann eine Weiterversorgung nach der stationären Entlassung auch direkt in unserem Haus, vor allem in den Klinikambulanzen, erfolgen.

## 2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

### 2.1 Planung des Personals

*Durch die Personalplanung ist die kontinuierliche Bereitstellung einer angemessenen Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern gesichert.*

#### 2.1.1 Planung des Personalbedarfes

*Die Planung des Personalbedarfes umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.*

Die Planung der Anzahl und der Qualifikation unserer Mitarbeiter erfolgt mindestens einmal jährlich durch die Chefärzte, die Pflegedirektion und den Verwaltungsdirektor. Dabei wird zukünftigen und veränderten Anforderungen Rechnung getragen. Unser Ziel als nicht gewinnorientiertes Unternehmen und bedeutsamer Arbeitgeber ist, im Rahmen der verfügbaren Finanzbudgets möglichst viele qualifizierte, motivierte und sozialkompetente Mitarbeiter zu beschäftigen. Der unmittelbare Einsatz der Beschäftigten wird durch die jeweiligen Bereiche selbst geplant und gesteuert.

### 2.2 Personalentwicklung

*Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.*

#### 2.2.1 Systematische Personalentwicklung

*Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.*

Wir tragen Sorge dafür, dass alle Mitarbeiter über die erforderlichen Qualifikationen verfügen, dafür bieten wir systematisch vielfältige Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für alle Berufsgruppen an. Alle frei werdenden Stellen werden, wenn möglich und sinnvoll, durch eigene, aufsteigende Mitarbeiter neu besetzt. Dazu werden Mitarbeiter gegebenenfalls rechtzeitig durch entsprechende Schulungen qualifiziert. Der weit überwiegende Teil unserer Mitarbeiter geht positiv davon aus, die jeweils persönlichen beruflichen Ziele hier im Haus erreichen zu können.

#### 2.2.2 Festlegung der Qualifikation

*Das Krankenhaus stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe (Verantwortlichkeiten) entsprechen.*

Neben fundierten Fachkenntnissen, die jeder unserer Mitarbeiter zur Bewältigung seiner Aufgaben besitzt, legen wir großen Wert auf Sozialkompetenz und ein menschliches Miteinander. Auch hierfür werden besondere Schulungen durchgeführt. Aktuelle Fachliteratur ist vorhanden. Alle unsere Ärzte sind fertig ausgebildete Fachärzte oder in Facharztausbildung. In der Pflege sind nur ausgebildete Fachkräfte tätig, fast 100 % mit dreijähriger Ausbildung. In besonderen Bereichen, wie OP und Intensivstationen, haben Mitarbeiter entsprechende Fachweiterbildungen absolviert.

#### 2.2.3 Fort- und Weiterbildung

*Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die sowohl an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.*

Die 'Innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung' bietet Schulungen für unsere Mitarbeiter an. Je Halbjahr wird ein eigenes Fortbildungsprogramm zusammengestellt und hausintern verbreitet. Viele Abteilungen führen zusätzlich interne Fortbildungsveranstaltungen durch, so wöchentlich alle Chefarztbereiche. Alle Kliniken bilden Ärzte zu entsprechenden Fachärzten weiter. Pflegerische Weiterbildungen, wie zur Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege, werden von uns selbst durchgeführt. Mitarbeiter gehen regelmäßig zu externen Seminaren und Kongressen.

#### 2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

*Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.*

Jeder Mitarbeiter hat einen persönlichen Anspruch auf Fort- und Weiterbildung, einschließlich einer mindestens einwöchigen Freistellung von der Arbeit je Kalenderjahr. Gleichzeitig sind alle unsere Mitarbeiter verpflichtet, regelmäßig aktuelle Fort- und Weiterbildungen zu besuchen. Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen werden von uns finanziert. Dies umfasst Ausgaben für Referenten, Seminargebühren, Reisekosten und dergleichen. Selbst, wenn Mitarbeiter ein überwiegend privates Interesse an einer Schulung haben, ist dennoch eine Teilfinanzierung durch uns möglich.

### 2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

*Für Mitarbeiter sind angemessene Fort- und Weiterbildungsmedien zeitlich uneingeschränkt verfügbar.*

Für Fort- und Weiterbildungen sind mehrere modern ausgestattete Schulungs- und Seminarräume mit aktueller Medientechnik vorhanden. Für EDV-Schulungen wurden spezielle Räume mit PC-Arbeitsplätzen eingerichtet.

Für Internetrecherchen sind die Abteilungen, einschließlich aller ärztlichen Bereiche, mit entsprechender Computertechnik ausgestattet. Arbeitsplatzbezogene Fachbücher sind in allen Bereichen vorhanden. Weitergehende Fachliteratur ist allen unseren Mitarbeitern zum Beispiel über eine zentrale Bibliothek oder Zeitschriftenumläufe zugänglich.

### 2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

*Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor.*

Das angeschlossene Bildungszentrum St. Hildegard ist eine Schule mit 385 Plätzen für die Ausbildung von examinierten Pflegekräften, mit 35 Plätzen für Operationstechnische Assistenten und 70 Plätzen für Weiterbildungen. Ferner finden Kurse und Seminare zur Fort- u. Weiterbildung statt. In allen Ausbildungsgängen wird der Theorie-Praxis-Bezug sichergestellt. Dies geschieht durch fundierten theoretischen Unterricht, durch persönliche Anleitung während der Praxiseinsätze durch geschulte Praxisanleiter und durch ständigen Kontakt und Austausch der Schule mit den übrigen Abteilungen.

## 2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

*Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.*

### 2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles

*Im Krankenhaus wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt.*

Die Grundsätze der Mitarbeiterführung haben wir in unserem Leitbild, den „Leitlinien der Zusammenarbeit im Marienhospital Osnabrück“, festgehalten. Wichtige Aspekte dabei sind die Integration neuer Mitarbeiter und die Kooperation aller Beschäftigten.

Es werden ein kooperativer Führungsstil und ein vertrauensvolles Miteinander gepflegt. Die Mitarbeiter mit Führungsaufgaben sind für diese Aufgabe besonders geschult. Unsere Mitarbeiter werden auch in langfristige Entscheidungen einbezogen.

### 2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

*Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.*

Die Arbeitszeiten unserer Mitarbeiter werden über ein spezielles elektronisches Dienstplanprogramm geplant, dabei werden die Wünsche der Mitarbeiter berücksichtigt.

Die tatsächlich angefallenen Arbeitszeiten werden erfasst und in das Dienstplanprogramm eingegeben, falls sie von den geplanten Zeiten durch Mehr- oder Minderstunden abweichen.

Alle Mitarbeiter verfügen über ein Arbeitszeitkonto, angefallene Mehrarbeit wird mit Freizeit oder ausgeglichen bezahlt. Die arbeitszeitrechtlichen Vorgaben werden von uns in allen Bereichen eingehalten.

### 2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

*Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.*

In den unseren Leitlinien der Zusammenarbeit ist die Pflicht zu einer systematischen Einarbeitung neuer Kollegen festgelegt. Neue Mitarbeiter werden zu einem regelmäßig stattfindenden Einführungstag eingeladen, bei dem vor allem allgemeine Informationen gegeben werden.

Die konkrete Einarbeitung erfolgt in den Arbeitsbereichen, das schließt zum Beispiel ein, dass neue Mitarbeiter in allen Abteilungen, mit denen sie dienstlich Kontakt haben, persönlich vorgestellt werden.

Alle unsere neuen Mitarbeiter erhalten einen festen Ansprechpartner für die Einarbeitungsphase.

### 2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

*Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.*

Mitarbeiterideen werden über ein strukturiertes innerbetriebliches Vorschlagswesen entgegengenommen, bewertet und bei Umsetzung prämiert. So wird für Vorschläge, die zu finanziellen Einsparungen führen, die Hälfte der Jahreseinsparung als Prämie gezahlt. Für die Entgegennahme von Mitarbeiterwünschen und -beschwerden sind die jeweiligen Vorgesetzten, die Mitarbeitervertretung (entspricht Personal-, bzw. Betriebsrat) und die Hausleitung zuständig. Regelmäßig werden hausweit umfangreiche Mitarbeiterbefragungen zur Arbeitszufriedenheit durchgeführt.

## 2.A pCC 2A

### 2.A.1 Wahrnehmung der Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter

*Die Krankenhausleitung nimmt ihre Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter bewusst wahr.*

Die Fürsorgepflicht für unsere Mitarbeiter nehmen wir wahr. So sind wir sehr darum bemüht, Arbeitsbedingungen zu schaffen, die es ermöglichen, Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren. Viele unserer Mitarbeiter sind Teilzeitbeschäftigte, individuellen Wünschen zur Arbeitszeitgestaltung kommen wir nach, wo immer es möglich ist. Darüber hinaus erstreckt sich unsere Fürsorgepflicht auch auf die angemessene Reaktion auf mögliche Überlastungen, auf den betrieblichen Gesundheitsschutz und auf den Umgang mit persönlichen Krisen unserer Mitarbeiter.

### 2.A.2 Kultur der Anerkennung

*Die Führungskräfte drücken den Mitarbeitern Anerkennung und Wertschätzung aus.*

Besondere Leistungen unserer Mitarbeiter werden von uns anerkannt. Das kann sich in einem Lob des Vorgesetzten, in einer Erwähnung bei Besprechungen und Zusammenkünften, wie der jährlichen Mitarbeiterversammlung, im persönlichen Dank unserer Hausleitung, in Berichten in unserer Hauszeitschrift und in Präsenten und Prämien ausdrücken. Mitarbeiterideen werden im Rahmen des innerbetrieblichen Vorschlagwesens prämiert.

### 2.A.3 Hilfe zur Bewältigung persönlicher Krisen

*Die Führungskräfte und Kollegen stehen Mitarbeitern in persönlichen Krisen, z. B. bei Schicksalsschlägen, Suchtproblemen, Burn- Out- Syndrom fürsorglich zur Seite.*

Kollegen, Vorgesetzte, Seelsorgeteam und andere Personen stehen den Mitarbeitern in Krisensituationen unterstützend zur Seite. Wenn erforderlich, können Mitarbeiter - auch vorübergehend - ihre Dienstzeiten anpassen oder die Arbeitszeiten reduzieren oder sich ganz von der Arbeit freistellen lassen. Eine vorübergehende Reduktion der Arbeitszeit muss nicht zu Einkommensverlusten führen, gegebenenfalls können auch Unterstunden gemacht werden. Materiell in Not geratene Mitarbeiter können einen zinslosen Gehaltsvorschuss erhalten.

### 2.A.4 Förderung der sozialen, spirituellen und christlich-ethischen Kompetenz der Mitarbeiter

*Die Führungskräfte sehen in der Sozialkompetenz sowie in der christlich-ethischen Kompetenz eine Schlüsselqualifikation der Mitarbeiter und fördern sie entsprechend.*

Zur Förderung der sozialen Kompetenz und der kommunikativen Fähigkeiten machen wir unseren Mitarbeitern zahlreiche Angebote. Dazu gehören Schulungen ebenso wie die Vermittlung ethischer Grundwerte und die Unterstützung in ethischen Fragen sowie die Möglichkeit für die Mitarbeiter, sich supervidieren oder selbst seelsorglich betreuen zu lassen.

### 2.A.5 Ausscheiden von Mitarbeitern und Beziehungspflege zu Pensionären

*Die Krankenhausleitung sorgt für einen angemessenen Rahmen beim Ausscheiden von Mitarbeitern und für die Pflege der Beziehungen zu den Pensionären.*

Ausscheidende Mitarbeiter werden von uns angemessen verabschiedet. Das kann je nach Dauer der Betriebszugehörigkeit und Position des Mitarbeiters neben einer Verabschiedung im unmittelbaren Kollegenkreis auch eine allgemeine Feierstunde beinhalten. Zu Ehemaligen werden Kontakte gepflegt, z.B. durch Einladungen zu Feierlichkeiten und der Zusendung der Mitarbeiterzeitschrift.

## 3 Sicherheit im Krankenhaus

### 3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

*Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.*

#### 3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt.*

In unserem Haus wurde ein Arbeitssicherheitsausschuss eingerichtet, der regelmäßig Sicherheitsaspekte prüft und bewertet und gegebenenfalls Verbesserungsmaßnahmen initiiert. Alle vorhandenen Arbeitsplätze wurden hinsichtlich möglicher Gesundheitsgefährdungen beurteilt. Der Umgang mit den wenigen vorhandenen Gefahrstoffen ist eindeutig geregelt, die betreffenden Mitarbeiter sind entsprechend geschult. Die allgemein geltenden Strahlenschutzbestimmungen werden von uns penibel eingehalten, um nicht nur für unsere Mitarbeiter Gefährdungen auszuschließen.

#### 3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.*

Unser hauseigener Brandschutzbeauftragter arbeitet eng mit der städtischen Feuerwehr zusammen. Gemeinsam werden Brandschutzbegehungen über das vorgeschriebene Maß hinaus durchgeführt. Die Begehungen dienen dazu, mögliche Gefahrenpunkte zu erkennen und zu beseitigen. Unsere Mitarbeiter sind in Brandschutzbelangen geschult, Brandschutz- und Evakuierungsübungen werden durchgeführt.

Alle Gebäudebereiche verfügen über Brandmeldeanlagen und über mehrere unabhängige Rettungswege, die unter anderem über stets aktuelle Flucht- und Rettungswege ausgewiesen werden.

#### 3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.*

Eine Arbeitsgruppe Katastrophenmanagement arbeitet in Abstimmung mit den Behörden an stetigen Verbesserungen. So wurde zum Beispiel von unseren Mitarbeitern die Evakuierung der Stationen zusammen mit einem Großaufgebot von Feuerwehr und Rettungsdiensten geübt, wofür fast einhundert Freiwillige als Patientendarsteller eingesetzt waren.

Unsere Fähigkeit, angemessen auf externe Großereignisse zu reagieren, eine Vielzahl von Verletzten in kurzer Zeit aufzunehmen und schnell dienstfreies Personal einzubestellen, haben wir ebenfalls im Rahmen einer Übung nachgewiesen.

#### 3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.*

In den patientennahen Bereichen des Hauses befinden sich Notfallkoffer mit der erforderlichen Ausstattung für die Erstversorgung bei medizinischen Notfällen. Realistische Reanimationsübungen finden mehrmals jährlich in unregelmäßigen Abständen statt.

Über eine hausinterne Notrufnummer, die auf den Telefonen aufgeklebt ist, kann jederzeit eines von drei besonders geschulten Reanimationsteams herbeigerufen werden, das innerhalb kürzester Zeit mit zusätzlicher Ausrüstung zur Verfügung steht. Ein Team ist speziell für die Wiederbelebung von Kindern ausgebildet.

#### 3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit

*Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt.*

Im MHO ist ein umfassendes Risikomanagementsystem eingerichtet. Damit werden Sicherheitsrisiken erfasst, bearbeitet und in Maßnahmen umgesetzt. Unsere Patienten, insbesondere Kinder und andere Aufsichtsbedürftige, werden besonders geschützt.

Unser Haus ist so ausgestattet, dass Sicherheitsrisiken weitgehend vermieden werden. Das Gebäude ist nachts vor unbefugtem Zugang geschlossen und wird von einem Sicherheitsdienst überwacht. In sensiblen Bereichen ist eine Kameraüberwachung installiert.

## 3.2 Hygiene

*Im Krankenhaus wird ein systematisches, krankenhausesweit umgesetztes Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.*

### 3.2.1 Organisation der Hygiene

*Für die Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen krankenhausesweit geregelt.*

Die Krankenhaushygiene steht unter direkter Verantwortung des Ärztlichen Direktors, der zugleich turnusgemäß den Vorsitz der Hygienekommission auf Trägerebene führt. Diese Kommission ist für die Prüfung, Freigabe und Aktualisierung aller hygienerelevanten Regelungen verantwortlich. In unserem Haus sind zwei staatlich anerkannte Hygienefachkräfte beschäftigt, die alle Fragen der Krankenhaushygiene verfolgen. Ein Mikrobiologe wurde als hygienebeauftragter Arzt benannt.

### 3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

*Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerelevante Daten erfasst.*

Zur dauerhaften Sicherung der Krankenhaushygiene werden in unserem Haus auf unterschiedlichsten Wegen Daten erhoben und anschließend ausgewertet. Beispielsweise werden Hygienebegehungen und Umgebungsuntersuchungen durchgeführt und EDV-gestützt ausgewertet. Die Kriterien des Robert-Koch-Instituts werden angewendet.

Unsere Mikrobiologie untersucht aufgetretene Krankheitserreger regelmäßig dahingehend, mit welchen Maßnahmen sie effektiv bekämpft werden können. Es werden wirksame Antibiotika und Desinfektionsmittel eingesetzt.

### 3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

*Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.*

Zur Sicherung der Hygiene wurden von uns zahlreiche Hygienerichtlinien für alle hygienerelevanten Fragen und alle relevanten Bereiche des Hauses in Kraft gesetzt. Alle Bereiche haben die gültigen Hygienerichtlinien vorliegen und sind zur Einhaltung verpflichtet. Die Einhaltung wird unter anderem durch Begehungen unserer Hygienefachkräfte kontrolliert.

Alle patientennahen Mitarbeiter sind in Hygienefragen geschult. In besonderen Fällen, zum Beispiel wenn Isolierungspflichtige Patienten behandelt werden, erfolgt eine neuerliche Schulung am Einzelfall.

### 3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

*Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.*

Unsere hauseigenen Hygienerichtlinien stehen in Einklang mit den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts und dem aktuellen Stand der Wissenschaft.

Für alle Bereiche des Hauses, in denen hygienische Fragen relevant sind, wurden entsprechende Richtlinien erlassen. Dies umfasst alle ärztlichen Bereiche, Operationsbereiche, Zentralsterilisation, Untersuchungsbereiche, Pflegestationen und Ambulanzen ebenso wie unsere Zentralküche, die Reinigung und andere.

Mit den zuständigen Behörden arbeiten wir eng und kooperativ zusammen.

## 3.3 Bereitstellung von Materialien

*Vom Krankenhaus werden die für die Patientenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.*

### 3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.*

Alle Fragen in diesem Zusammenhang sind bei uns sinnvoll geregelt.

Die Arzneimittelversorgung erfolgt über die Krankenhausapotheke, die als Dienstleister zusätzlich weitere Häuser beliefert.

Unser Haus ist nach Arzneimittelgesetz zur Herstellung von Blutprodukten zugelassen. Dies geschieht zum Beispiel aus Eigenblutspenden, die in unserer Tagesklinik entnommen werden. Bei uns ist das Osnabrücker Blutdepot des Deutschen Roten Kreuzes angesiedelt, so dass unsere Versorgung sichergestellt ist.

Medizinprodukte werden von uns getestet, bevor wir sie einsetzen.



### 3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.*

Sämtliche zulässigen Arzneimittelwirkstoffe und Präparate können über unsere Apotheke beschafft und für unsere Patienten eingesetzt werden. Dies umfasst sogar, in besonderen Einzelfällen, Medikamente die in Deutschland noch nicht allgemein zugelassen sind. Alle den Patienten verordneten und gängigen Medikamente werden auf der Station bereitgehalten. Zusätzliche Arzneimittel können rund um die Uhr aus der Apotheke und aus unserem Notfalldepot beschafft werden. Alle Mitarbeiter können jederzeit auf ausführliche Informationen zu Arzneimittelwirkungen zurückgreifen.

### 3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Blut und Blutprodukten.*

Für die Anwendung von Blut und Blutprodukten wurde bei uns ein umfangreiches Qualitätsmanagementsystem aufgebaut, in dem alle Fragen im Zusammenhang mit Blut eindeutig geregelt sind. Mitarbeiter, die Umgang mit Blut und Blutprodukten haben, wurden entsprechend geschult. Unser Haus stellt selbst Blutprodukte her, zum Beispiel aus Eigenblutspenden zur späteren Verwendung beim selben Patienten. Alle Blutprodukte, die bei uns verwendet werden, unterliegen der besonderen Überwachung und Kontrolle, um Infektionen und Blutgruppenunverträglichkeiten auszuschließen.

### 3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.*

Die Anwendung von nichttechnischen und technischen Medizinprodukten ist bei uns eindeutig geregelt und steht in Einklang mit Herstellerempfehlungen und rechtlichen Vorgaben. So werden Medizingeräte (technische Medizinprodukte) nur nach einer Kontrolle durch unsere hauseigenen Medizintechniker eingesetzt. Medizingeräte, die in irgendeiner Form auf den Patienten einwirken, werden nur von Mitarbeitern bedient, die unmittelbar am jeweiligen Gerätetyp ausgebildet oder geschult wurden. Alle Medizingeräte werden regelmäßig gewartet und auf Sicherheit überprüft.

### 3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

*Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.*

Für die Wahrung des Umweltschutzes werden von uns zahlreiche Maßnahmen ergriffen. Alle unsere Mitarbeiter besitzen unsere ‚Umweltfibel‘ die beispielsweise Vorgaben zu Energieeinsparung und Abfallvermeidung macht. Natürliche Ressourcen werden von uns soweit möglich geschont. Anfallende Abfälle werden von uns in 20 Fraktionen getrennt entsorgt, so dass alle Abfallarten entsprechend recycelt, verwertet oder angemessen entsorgt werden. Dabei beginnt die Abfalltrennung schon in den Patientenzimmern, so dass auch unsere Patienten einen aktiven Beitrag leisten.

## 4 Informationswesen

### 4.1 Umgang mit Patientendaten

*Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.*

#### 4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

*Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.*

Die in unserem Haus bestehenden umfangreichen Regelungen zum Umgang mit Patientendaten wurden von berufsgruppenübergreifenden Arbeitsgruppen erstellt und von der Hausleitung geprüft und in Kraft gesetzt.

Dies umfasst sowohl die traditionellen Patientenakten, wie auch das moderne EDV-gestützte Krankenhausinformationssystem, an das alle Bereiche des Hauses angeschlossen sind.

Geregelt ist jeweils, wer in welcher Form Patientendaten erfasst und wer Zugriff auf die Daten nehmen darf. Die Einhaltung der Regelungen wird kontrolliert. Alle Aufzeichnungen werden archiviert.

#### 4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

*Vom Krankenhaus wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet.*

Alle relevanten Informationen werden in der Patientenakte dokumentiert. Auf die Patientenakte nehmen alle Berufsgruppen und Abteilungen, die an der Behandlung des Patienten direkt beteiligt sind, unmittelbar Zugriff.

Aus der Akte geht hervor, was für den einzelnen Patienten geplant ist, wie sein Zustand ist und welche Maßnahmen bereits durchgeführt wurden.

Zusätzlich steht ein spezielles elektronisches Krankenhausinformationssystem zur Verfügung, mit dem wichtige Informationen, wie aktuelle Laborbefunde, schnell beim Empfänger vorliegen.

#### 4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

*Im Krankenhaus existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendokumentation zu gewährleisten.*

Auf Patientendaten kann von berechtigten Mitarbeitern zeitlich uneingeschränkt zurückgegriffen werden. Die aktuellen Patientenakten stehen allen an der Behandlung Beteiligten unmittelbar zur Verfügung, wie auch die im Krankenhausinformationssystem elektronisch gespeicherten Daten aus dem aktuellen und gegebenenfalls aus länger zurückliegenden Aufenthalten.

Nach Abschluss der Behandlung werden die Patientenakten im Zentralarchiv auf Vollständigkeit überprüft und anschließend digitalisiert. Bei Wiederaufnahme stehen diese Akten per EDV zur Verfügung.

### 4.2 Informationsweiterleitung

*Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.*

#### 4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

*Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.*

Es findet ein vielfältiger Informationsaustausch statt, zum Beispiel in regelmäßigen Besprechungen, die sowohl innerhalb der Abteilungen als auch gemeinsam mit weiteren Bereichen erfolgen. Darüber hinaus werden Rundschreiben, unser Intranet, eine eigene Hauszeitschrift und andere Medien genutzt.

Patientenbezogene Informationen werden zum Beispiel in Visiten und Fallbesprechungen, schriftlich, mittels Patientenakte und über das Krankenhausinformationssystem weitergegeben. Die Mitarbeiter können auf von ihnen benötigte Informationen zurückgreifen.

#### 4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

*Zentrale Auskunftsstellen im Krankenhaus werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.*

Als zentrale Auskunftsstelle haben wir eine jederzeit besetzte Information/Telefonzentrale in unserer Eingangshalle eingerichtet. Sie gibt zum Beispiel allen Angehörigen und Besuchern Auskunft darüber, auf welchem Zimmer oder unter welcher Telefonnummer ein Patient erreichbar ist.

Die entsprechenden Informationen liegen über das elektronische Krankenhausinformationssystem ohne Zeitverzögerung vor.

Wenn ein Patient nicht wünscht, dass über ihn Auskunft erteilt wird, kann er dies unseren Mitarbeiter mitteilen. Die Patientendaten werden dann automatisch gesperrt.

#### 4.2.3 Information der Öffentlichkeit

*Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.*

In unserem Internetauftritt ([www.mho.de](http://www.mho.de)) finden Interessierte viele aktuelle Informationen über uns. Die Information der Öffentlichkeit erfolgt darüber hinaus vor allem über die regionale Presse, bei besonderen Anlässen auch über Hörfunk und Fernsehen. Hierfür arbeiten wir mit einem Medienbüro zusammen, geben Pressemitteilungen heraus und führen Pressekonferenzen durch.

Für jedermann bieten wir regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen und Seminare zu Gesundheitsthemen an.

Für die medizinische Fachöffentlichkeit machen wir spezielle Angebote.

#### 4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

*Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. Vgl. entsprechende landesrechtliche Regelungen*

Alle Mitarbeiter sind durch gesetzliche Vorgaben und durch die ‚Kirchliche Datenschutzordnung‘ zum Schutz aller vertraulichen Daten verpflichtet.

Klar geregelt ist, wer auf Patientendaten zugreifen darf. Grundsätzlich werden Patientendaten nur mit Einwilligung des Patienten an Dritte herausgegeben. Der Weitergabe von Daten können Patienten auch ausdrücklich widersprechen, so dass zum Beispiel auch auf Nachfrage niemand erfährt, dass der betreffende Patient bei uns behandelt wird.

Für die Umsetzung der Datenschutzbestimmungen sorgt unser Datenschutzbeauftragter.

### 4.3 Nutzung einer Informationstechnologie

*Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.*

#### 4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie

*Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.*

Die Bereiche des Hauses sind an ein modern ausgestattetes internes EDV-Netzwerk angeschlossen. Das Netzwerk ist gegen Zugriffe von außen geschützt, auch Mitarbeiter haben nur über persönliche Passwörter zu den für sie relevanten Daten Zugang, letzteres aber zeitlich uneingeschränkt. Wir setzen ein spezielles Krankenhausinformationssystem ein, über das Termine vereinbart und Befunde mitgeteilt werden. Das bedeutet, dass Untersuchungsergebnisse im dem selben Moment für den behandelnden Arzt verfügbar sind, in dem sie von den Untersuchungsbereichen freigegeben wurden.

# 5 Krankenhausführung

## 5.1 Entwicklung eines Leitbildes

*Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.*

### 5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

*Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.*

An der Entwicklung unseres Leitbildes „Leitlinien der Zusammenarbeit“ beteiligte sich etwa die Hälfte unserer Mitarbeiter aktiv. Es ist für alle Mitarbeiter verbindlich in Kraft gesetzt. Die zentralen Aussagen sind, dass wir jeden Menschen als Geschöpf Gottes wertschätzen, uns die christliche Botschaft im menschlichen Umgang leitet, wir ein Ort christlicher Nächstenliebe sind und die Verflechtung von Körper und Seele Basis unseres Handelns ist. So bemühen wir uns um Fachkompetenz und Freundlichkeit ebenso wie darum, alle Bedürfnisse der Patienten zu erkennen und zu erfüllen.

## 5.2 Zielplanung

*Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.*

### 5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

*Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.*

Unsere Zielplanungen beziehen sich auf alle wichtigen Bereiche. Neben dem angestrebten medizinischen und pflegerischen Leistungsgeschehen sind dies zum Beispiel zukünftige Kooperationen und Zusammenschlüsse und der umfangreiche Neu- und Umbau unserer Gebäude. Unser medizinisches Spektrum wird maßgeblich von und durch unsere Chefärzte bestimmt. Unser Ziel ist es, auch in Zukunft qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen und finanziell handlungsfähig zu bleiben, um weiterhin notwendige Investitionen aus eigener Kraft vornehmen zu können.

### 5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

*Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.*

Unsere Aufbauorganisation ist klar geregelt und in einem Organigramm festgehalten. Darin werden alle Funktionsträger namentlich benannt und hierarchische Beziehungen dargestellt. Das Organigramm wird bei allen Veränderungen, wie dem Wechsel von Funktionsträgern, aktualisiert und ist im gesamten Haus zugänglich. Dabei begreifen wir die Organisationsstruktur nicht als starr und unveränderlich. Wenn eine veränderte Struktur zu besseren Ergebnissen führt, wird die entsprechende Umgestaltung angestrebt. So gehen wir z. B. aktiv in- und externe Kooperationen ein.

### 5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

*Die Krankenhausleitung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung.*

Den aktuellen Budgetkürzungen im Gesundheitswesen, einhergehend mit Umstellungen in den Abrechnungssystemen, begegnen wir offensiv. Die bestehenden Sparzwänge sollen auch langfristig unsere medizinische Leistungsfähigkeit unberührt lassen. Im Gegenteil bauen wir durch Investitionen, die zum Großteil aus Eigenmitteln bestritten werden, unser Angebot, den Service und den Komfort für unsere Patienten weiter aus. Über die Investitionen entscheidet unsere Krankenhausleitung in Abstimmung mit allen Bereichen des Hauses. Die Budgetverantwortlichkeit ist klar geregelt.

## 5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung

*Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.*

### 5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen

*Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.*

Es sind zahlreiche Fach- und Leitungsgremien und Kommissionen eingerichtet, die definierte Aufgaben erfüllen. Neben der Krankenhausleitung als Beratungsgremium aus den drei Direktionen (Medizin, Pflege, Verwaltung) sind dies zum Beispiel Chefarztkonferenz, Arbeitssicherheitsausschuss, Arzneimittelkommission, Ethikkomitee, Hygienekommission und Transfusionskommission. Die jeweiligen Mitglieder werden durch die Krankenhausleitung berufen. Die Arbeit und der Austausch der Gremien untereinander wird z.B. durch personelle Verflechtung koordiniert.

### 5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung

*Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.*

Unsere Krankenhausleitung (Ärztlicher Direktor, Pflegedirektor, Verwaltungsdirektor) steht in engem Austausch untereinander und kommt, gemeinsam mit den jeweiligen Stellvertretern und der Geschäftsführung, zu wöchentlichen Besprechungen zusammen. Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Mitglieder der Krankenhausleitung sind festgelegt. Die Informationswege zur Krankenhausleitung und zu den Bereichen im Haus sind definiert und effektiv. Sitzungsergebnisse und -beschlüsse werden protokolliert.

### 5.3.3 Information der Krankenhausführung

*Die Krankenhausleitung wird regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus informiert und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.*

Die Mitglieder unserer Krankenhausleitung (Ärztlicher Direktor, Pflegedirektor, Verwaltungsdirektor) haben jeweils festgelegte Geschäftsbereiche, aus denen sie sich in den wöchentlichen gemeinsamen Sitzungen gegenseitig informieren.

Die Krankenhausleitung ist ständig über alle relevanten Vorgänge im Haus informiert und nutzt diese Informationen, um notwendige Entscheidungen zu treffen. Bestimmte Bereiche des Hauses berichten unmittelbar der Krankenhausleitung als Ganzes, dazu gehören zum Beispiel OP-Management, Vorschlagswesen, Risikomanagement und Qualitätsmanagement.

### 5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

*Die Krankenhausführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern.*

Die Basis des bei uns bestehenden gegenseitigen Respekts ist die in unserem Leitbild festgehaltene Grundüberzeugung, dass jeder Mensch als Geschöpf Gottes eine unantastbare Würde besitzt. Es wird von uns eine Vielzahl vertrauensfördernder Maßnahmen durchgeführt. Dies reicht von Informationsveranstaltungen über Mitarbeiterzeitschrift und Rundschreiben bis hin zu jährlichen Betriebsfesten oder -ausflügen.

Neue Mitarbeiter werden in Bereichen, mit denen sie beruflich Kontakt haben werden, persönlich vorgestellt, um so Hemmschwellen erst gar nicht entstehen zu lassen.

## 5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

*Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhaushausweit respektiert und berücksichtigt.*

### 5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

*Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.*

Ethische Probleme und Fragen werden zunächst in den Bereichen und Abteilungen besprochen, in denen sie auftreten. Dazu können die unmittelbar beteiligten Mitarbeiter auch die Unterstützung ihrer Vorgesetzten sowie anderer Berufsgruppen, wie zum Beispiel von Seelsorgern und Mitgliedern des Ethikkomitees einholen.

Ethische Fragestellungen grundsätzlicher Art werden durch unser Ethikkomitee beraten. In diesem kommen Mediziner und Pflegekräfte mit Theologen, Ordensschwestern und Volljuristen zusammen. Die Beschlüsse des Ethikkomitees werden allen Mitarbeitern zugänglich gemacht.

### 5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

*Im Krankenhaus werden Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt.*

Die würdige Betreuung sterbender Patienten, denen mit allen Mitteln der ärztlichen Kunst nicht mehr weiter geholfen werden kann, hat in unserem Haus einen sehr hohen Stellenwert. Die Bedürfnisse des Patienten stehen dabei an erster Stelle. Wir sorgen für eine ruhige Atmosphäre in der ein würdevolles Abschiednehmen der Angehörigen möglich ist. Wir respektieren die Wünsche aller Weltanschauungen und Religionen. Unsere Seelsorger sind ständig erreichbar und bieten Patienten und Angehörigen ihre persönliche Hilfe an und spenden auf Wunsch z. B. das Sakrament der Krankensalbung.

### 5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

*Im Krankenhaus gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.*

Verstorbene Patienten werden von uns würdevoll behandelt und versorgt. Wenn gewünscht, zum Beispiel aus religiösen Gründen, können Angehörige selbst die Versorgung der Verstorbenen übernehmen.

Angehörige können sich im Patientenzimmer, in einem besonders hergerichteten Raum der Stille oder in unserem Abschiedsraum von den Verstorbenen verabschieden. Die dafür gewünschte Zeit und Ruhe gewähren wir. Unsere Seelsorger bieten Begleitung, Gebet und Gespräche an. Auf die Bedürfnisse der Eltern verstorbener oder tot- oder fehlgeborener Kinder gehen wir in besonderer Weise ein.

## 5.A pCC 5A

### 5.A.1 Entwicklung und Pflege einer christlichen Unternehmenskultur

*Management und Mitarbeiter leisten ihren jeweiligen Beitrag zur Entwicklung und Pflege einer christlichen Unternehmenskultur.*

Zahlreiche Veranstaltungen werden durchgeführt und vielfältige Maßnahmen werden von uns ergriffen, um unser Miteinander als Dienstgemeinschaft zu stärken. Neben den jährlichen Betriebsfesten oder Betriebsausflügen, regelmäßigen Informationsveranstaltungen, internen Berichten und Rundschreiben gehören dazu zum Beispiel unsere Mitarbeiterzeitschrift, regelmäßige Mitarbeiterbefragungen und ausführliche Einführungstage für neue Mitarbeiter.

### 5.A.2 Architektur und Ästhetik von Gebäuden und Räumen

*Die Krankenhausleitung schafft in Gebäuden und Räumen eine Atmosphäre, in der Mitarbeiter und Patienten sich willkommen und gastlich aufgenommen fühlen.*

Unter anderem über Symbole, Zeichen und Bilder versuchen wir eine angenehme Atmosphäre zu schaffen. Neben allgemeinen Räumlichkeiten wie Sitzecken und Cafeteria ist unsere Kapelle tagsüber frei zugänglich. Zur fortlaufenden Renovierung und Neugestaltung unserer Gebäude lassen wir uns fachlich durch eine Innenarchitektin beraten.

Die derzeit nicht in allen Bereichen zufrieden stellende Baustruktur wird unter Einsatz erheblicher Eigenmittel verbessert. Wesentliche Schritte wurden mit der Errichtung eines Neubautraktes bereits unternommen.

### 5.A.3 Beachtung ethischer Prinzipien im Geschäftsverkehr und in der Betriebsführung

*Die Krankenhausleitung sorgt dafür, dass im Geschäftsverkehr und in der Betriebsführung ethische Prinzipien beachtet werden.*

Als kirchliches Haus ist das Marienhospital Osnabrück den Grundwerten der katholischen Kirche in gleicher Weise verpflichtet wie die Gesellschafter der Marienhospital Osnabrück GmbH, die Trägergesellschaft MKO und der Bischöfliche Stuhl zu Osnabrück. Für das Marienhospital sind in Form eines umfangreichen Leitbildes ethische Grundsätze formuliert, die in allen Bereichen der Betriebsführung und Leistungserbringung zu beachten sind.

#### 5.A.4 Suche und Einstellung von Mitarbeitern, die das Profil der Einrichtung stärken

*Die Krankenhausleitung sucht Mitarbeiter, die das Profil des Krankenhauses stärken, und vermittelt in der Personalsuche die christliche Werteorientierung.*

Unser Mitarbeiter tragen das christliche Menschenbild, auf dem unter anderem unser Leitbild fußt, mit: "Jeder Mensch ist ein Geschöpf Gottes. Darin besteht seine unantastbare Würde." Bei Neueinstellungen stellen wir Fachlichkeit und Menschlichkeit in ein ausgewogenes Verhältnis zueinander. Dabei ist die Mitgliedschaft in einer christlichen Kirche oder einer sonstigen Glaubensgemeinschaft nicht in jedem Fall zwingende Voraussetzung. Als Einrichtung der Katholischen Kirche erwarten wir aber, dass Bewerber nicht aktiv aus einer Kirche ausgetreten sind.

#### 5.A.5 Beachtung besonderer ethischer und sozialer Gesichtspunkte in der Personalführung

*Die Krankenhausleitung sorgt dafür, dass in der Personalführung ethische und soziale Gesichtspunkte berücksichtigt werden.*

Als großer regionaler Arbeitgeber mit fast 1.500 Beschäftigten sind wir uns nicht nur den in unserem Leitbild verankerten Grundlagen der Mitarbeiterführung bewusst, sondern nehmen auch eine starke sozialen Verpflichtung wahr. Beispielsweise bemühen wir uns, Schwerbehinderte einzustellen und einen angemessenen Arbeitsplatz zu bieten, wo immer dies möglich ist. Unsere Führungskräfte sind einem kooperativen Führungsstil verpflichtet.

#### 5.A.6 Beachtung und Umsetzung kirchlichen Rechts

*Die Krankenhausleitung beachtet kirchliches Recht und macht es den Mitarbeitern und der Öffentlichkeit transparent.*

Das Marienhospital Osnabrück GmbH ist Mitglied im zuständigen Diözesan-Caritasverband und im Katholischen Krankenhausverband Osnabrück (KKhV OS) sowie im Katholischen Krankenhausverband Deutschlands (KKVD). Kirchliches Recht und kirchliche Ordnungen werden beachtet und eingehalten, was von der Krankenhausleitung, dem Geschäftsführer und dem Aufsichtsrat sichergestellt wird.

#### 5.A.7 Umsetzung eines klinischen Risikomanagements

*Die Krankenhausleitung schafft geeignete Strukturen, die die Umsetzung eines effektiven klinischen Risikomanagements ermöglichen, und gewährleistet deren Umsetzung.*

Im Marienhospital Osnabrück ist ein systematisches Meldewesen für Vorkommnisse und Beinahevorkommnisse installiert. Von allen Mitarbeitern können anonym Sicherheitsrisiken für Patienten oder Mitarbeiter gemeldet werden. Erkannten Risiken wird nachgegangen. Zur Vermeidung von Risiken werden Lösungen erarbeitet, damit es nicht zu einem Schadensfall kommt. Ok

# 6 Qualitätsmanagement

## 6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

*Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.*

### 6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

*Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.*

Bereits seit Ende der 1990er Jahre ist in unserem Haus ein ausdrücklich so bezeichnetes Qualitätsmanagement eingerichtet, die Wurzeln unserer Qualitätsbemühungen liegen aber weitaus länger zurück.

Diese Bemühungen waren es, die unter anderem dazu führten, dass wir als erstes Krankenhaus überhaupt das Qualitätszertifikat der KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) erhielten und zugleich nach den zusätzlichen proCum Cert-Anforderungen zertifiziert sind.

Wir sind zudem Preisträger des KTQ-Awards und des proCum Cert-Preises.

### 6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

*Das Krankenhaus entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zur Erreichung von Qualitätszielen um.*

Qualitätsziele werden von unserer Krankenhausleitung für das ganze Haus und von den jeweiligen Führungskräften für ihren Arbeitsbereich festgelegt. Zu allen im Haus geltenden Verfahrensanweisungen sind generelle Ziele benannt.

Hausweit gültige Qualitätsziele werden veröffentlicht. Die Erreichung von Qualitätszielen wird überprüft. So lautet eines der Ziele, dass mindestens 95 % unserer Patienten uns weiterempfehlen würden, was im Rahmen unserer Patientenbefragungen auch bestätigt wird.

## 6.2 Qualitätsmanagementsystem

*Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.*

### 6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

*Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.*

Als zentrale Führungsaufgabe ist Qualitätsmanagement originäre Aufgabe der Krankenhausleitung und Geschäftsführung, die alle grundlegenden Entscheidungen trifft, sowie der weiteren Leitungspersonen.

Ende der 1990er-Jahre wurde eine hauptamtlich besetzte Abteilung - Koordination Qualitätsmanagement - eingerichtet, die als Stab der Krankenhausleitung/Geschäftsführung tätig ist. Zusätzlich wurden im Haus abteilungsbezogene Qualitätsbeauftragte benannt. Für alle unsere Mitarbeiter werden Schulungen und Informationen zum Qualitätsmanagement durchgeführt.

### 6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

In unserem Haus werden Methoden der internen Qualitätssicherung eingesetzt. Dazu gehören neben statistischen Verfahren zum Beispiel auch problemorientierte Projektgruppen, Qualitätszirkel auf Abteilungsebene und Fehlerursachenanalysen.

Besondere Bedeutung haben unsere internen Audits, in denen hausweit und systematisch Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität überprüft werden und bei denen, wenn erforderlich, unmittelbar Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung vereinbart werden. Die Durchführung der Maßnahmen wird überprüft.



## 6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten

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

### 6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten

*Über die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung hinaus werden qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert.*

Unser Haus beteiligt sich über das gesetzlich vorgeschriebene Maß hinaus an externen Qualitätssicherungen (statistische Verfahren mit externen Vergleichen) der medizinischen Fachgesellschaften. Intern werden über unser Krankenhausinformationssystem relevante Daten erhoben. Diese werden auf die Möglichkeit der intensiveren Nutzung für die Belange des internen Qualitätsmanagements hin überprüft. Weitere wichtige Informationen liefern Interne Audits und Befragungen.

### 6.3.2 Nutzung von Befragungen

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

Wir führen regelmäßig Befragungen unterschiedlicher Gruppen durch, allen voran unsere umfangreiche Patientenbefragung. Mit dem von uns selbst mitentwickelten Fragebogen zur postalischen Patientenbefragung überprüfen wir regelmäßig über 70 Aspekte der Patientenzufriedenheit anhand von Stichproben mit jeweils mehr als 1.500 Patienten. Die Ergebnisse werden von uns klinikbezogen ausgewiesen und inhaltlich analysiert.

Alle von uns eingesetzten oder noch einzusetzenden Befragungen werden von uns unter Gewährung der absoluten Anonymität für die Befragten durchgeführt.

### 6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden

*Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.*

Patientenbeschwerden werden, so bedauerlich es ist, wenn Anlass dazu gesehen wird, von uns positiv aufgefasst. Unser Ziel im Umgang mit Beschwerden ist, die gegebenen Verbesserungshinweise umzusetzen und alles zu tun, Beschwerdeführer doch zufrieden zu stellen.

Wünsche und Beschwerden können Patienten gegenüber jedem Mitarbeiter äußern. Darüber hinaus haben wir eine Beschwerdestelle eingerichtet, die Rückmeldungen entgegennimmt. Hierfür dienen z. B. ein Meinungsfeld auf unseren Internetseiten und eine Meinungskarte, die Patienten mit der Patientenbroschüre erhalten.

## 6.4 Externe Qualitätssicherung nach §137 SGB V

*Die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden systematisch erhoben und die Auswertungen zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.*

### 6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung

*Das Krankenhaus beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung.*

Das Marienhospital Osnabrück beteiligt sich vollumfänglich an allen vorgesehenen Maßnahmen der externen Qualitätssicherung (statistische Verfahren mit externen Vergleichen). Alle von uns zu meldenden Daten werden anonymisiert und stets fristgerecht an die für uns zuständige Auswertungsstelle bei der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft übermittelt. Unsere mehrjährige Dokumentationsrate liegt in der angestrebten Größenordnung. Die Datenerfassung und Übermittlung erfolgt EDV-gestützt, um zutreffende Informationen zu erheben und weiterzuleiten.

### 6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung

*Das Krankenhaus analysiert systematisch die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und legt ggf. notwendige Konsequenzen fest.*

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung (statistische Verfahren mit externen Vergleichen) werden von uns sowohl in den Chefarztbereichen, als auch in unserem hauptamtlichen Qualitätsmanagement analysiert und ausgewertet. Ergebnisse werden insb. durch die Veröffentlichung im gesetzlichen Qualitätsbericht zugänglich gemacht. In den meisten Qualitätsbereichen erreichen wir im Landesvergleich überdurchschnittliche Ergebnisse, die in der mehrjährigen Betrachtung positive Tendenzen aufweisen oder gleich bleibend auf hohem Niveau liegen.

## 7 Seelsorge im kirchlichen Krankenhaus

### 7.A pCC 7A

#### 7.A.1 Integration der Seelsorge ins Krankenhaus

*Die Seelsorge ist durch ein entsprechendes Seelsorgekonzept in die Prozesse und Strukturen des Krankenhauses integriert.*

Die katholischen und evangelischen Seelsorger/innen bilden zusammen das Seelsorgeteam. Es kooperiert mit den Pflegekräften, Ärzten, dem Sozialdienst, der klinischen Psychologie, den übrigen Mitarbeitern des MHO und ist gemäß Organigramm in den Strukturen des MHO eingebunden. Einbindung, Struktur, Aufgaben u. Qualifikation des Seelsorgeteams sind im Seelsorgekonzept beschrieben. Die Seelsorger wirken mit den Kirchenleitungen, dem Bischöflichen Stuhl und der Evangelischen Landeskirche zusammen.

#### 7.A.2 Strukturelle Rahmenbedingungen und Organisation der Seelsorge

*Die Krankenhausleitung schafft Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige Seelsorge.*

Unser Seelsorgeteam (vier Seelsorger und Seelsorgerinnen) hat sich ein fundiertes Seelsorgekonzept gegeben, das mit der Hausleitung abgestimmt wurde. Die Mitglieder des Seelsorgeteams besuchen alle Stationen regelmäßig und stehen in ständigem Kontakt zu den ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern. Für ihre Aufgaben sind die Seelsorger entsprechend qualifiziert und weitergebildet. Der regelmäßige Austausch mit der Hausleitung ist sichergestellt.

#### 7.A.3 Besondere Angebote der Seelsorge

*In Abstimmung mit Träger, Krankenhausleitung und Anderen sorgen die in der Seelsorge Tätigen für ein vielfältiges Angebot gottesdienstlicher, liturgischer und anderer Veranstaltungen.*

Gottesdienste werden täglich gefeiert, die jeweiligen Zeiten werden den Patienten z.B. über unseren wöchentlichen Seelsorgebrief bekannt gegeben. Für Patienten, die zu den Gottesdiensten nicht in unsere Kapelle kommen können, übertragen wir diese in die Patientenzimmer. Während der entsprechenden Gottesdienste kann auch auf den Stationen die Kommunion (Eucharistie / heiliges Abendmahl) durch mehrere Ordensschwestern empfangen werden.

#### 7.A.4 Gestaltung der Beziehungen zu Kirchengemeinden vor Ort

*In Abstimmung mit Träger und Krankenhausleitung suchen und pflegen insbesondere die in der Seelsorge Tätigen die Verbindung zu Kirchengemeinden vor Ort und wirken darauf hin, dass sie konkret Gestalt gewinnt.*

Zu den umliegenden Kirchengemeinden pflegen wir vielfältige Kontakte, allen voran zur benachbarten Kirchengemeinde St. Johann, deren früheres Dechantenhaus die ursprüngliche Keimzelle des Marienhospitals war. Wenn unsere Patienten damit einverstanden sind, geben wir ihre Namen an die jeweiligen Heimatgemeinden in der Region weiter, damit der in vielen Gemeinden gepflegte Besuchsdienst informiert ist und eine seelsorgerische Betreuung aus der Heimatgemeinde heraus möglich ist.

## 8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

### 8.A pCC 8A

#### 8.A.1 Schaffung und Erhalt von Ausbildungs- und Praktikumsplätzen

*Träger und Krankenhausleitung stellen Ausbildungs- und Praktikumsplätze zur Verfügung und sorgen für eine qualitativ hochwertige Ausbildung.*

In Trägerschaft der MKO wurde das „Bildungszentrum St. Hildegard“ zur Aus-, Fort- und Weiterbildung im Pflegebereich gegründet.

Wir kooperieren darüber hinaus mit Schulen, Ausbildungsträgern und Hochschulen, aber auch freiwillige Praktika werden von uns ermöglicht. Vielfältigste und unterschiedlichste Praktika werden von uns angeboten z.B. für Studenten verschiedener Bereiche, Rettungssanitäter und -assistenten, Physiotherapeuten und Laboranten, für Theologiestudenten und Gemeindeferenten und für Schüler allgemeinbildender Schulen.

#### 8.A.2 Ausbildung in den eigenen Ausbildungsstätten

*Krankenhausleitung und Schulleitung sorgen dafür, dass den Schülern eine christliche Wertorientierung vermittelt wird, und setzen entsprechende Ausbildungskonzepte um.*

Unser Bildungszentrum St. Hildegard setzt das christlich geprägte Curriculum „Pflegen können“ um, in dem auch ausdrücklich religiöse Inhalte vorgesehen sind. Durch einen unserer Seelsorger, einer Ordensschwester (eine von 2 Schulleitungen) u. einem Theologen/ Psychologen werden folgende Themenblöcke unterrichtet: Frage nach Gott, Individuelle Interpretation des Glaubens, Christliche Anthropologie, Christliches Menschenbild, Leben und Tod. Einführung in die Religionen, Einführung in die Krankenhaus-Seelsorge und die Sakramentenlehre.

#### 8.A.3 Förderung ehrenamtlichen und bürgerschaftlichen Engagements

*Die Krankenhausleitung ermöglicht und fördert ehrenamtliches und bürgerschaftliches Engagement.*

Über den Förderverein und Freibettenfond der Pädiatrie des MHO und den allgemeinen Fond der Caritas ermöglicht das MHO finanzielles Engagement. Als gemeinnütziges Unternehmen nimmt das MHO Spenden entgegen.

Ideelles Engagement der Mitarbeiter wird unterstützt z.B. über die Freistellung vom Dienst. In unserem Haus ist die Katholische Krankenhaushilfe („Gelbe Engel“) tätig. Die Damen suchen die Patienten auf den Stationen auf, nehmen sich Zeit für ein Gespräch und erledigen in Absprache mit dem Pflegepersonal Besorgungen z.B. kleine Einkäufe.

#### 8.A.4 Beteiligung an Forschungsvorhaben und Studien

*Die Krankenhausleitung stellt sicher, dass die Beteiligung an Forschungsvorhaben und Studien unter Beachtung ethischer Vorgaben und Prinzipien vor allem zur Wahrung der Rechte und schutzwürdigen Interessen der teilnehmenden Patienten erfolgt.*

Das Marienhospital Osnabrück hat keinen Forschungsauftrag. Gelegentlich nehmen Kliniken in einem geregelten Verfahren an wissenschaftlichen Studien teil, die im Einklang mit der Grundordnung des Kirchlichen Dienstes stehen und mit der Hausleitung abgestimmt werden.

Finanzielle Mittel des Krankenhauses werden nicht für Forschungsvorhaben eingesetzt.

# 9 Trägerverantwortung

## 9.A pCC 9A

### 9.A.1 Vorgaben für die Unternehmensstrategie

*Der Träger nimmt durch entsprechende Vorgaben Einfluss auf die Ausrichtung und Strategie des Unternehmens.*

Mit Gründung der Trägergesellschaft MKO haben sich zwei konfessionelle Krankenhäuser mit drei Standorten der Region Osnabrück in einer engen Kooperation zusammengetan, um als katholische Krankenhäuser ein deutliches Profil in der Region Osnabrück zu zeigen, Synergien zu nutzen u. das gemeinsame Leistungsangebot auszuweiten. Generelles Ziel der MKO ist, dass möglichst viele Schwerpunkte in den Häusern ohne interne Konkurrenz vorgehalten werden und gleichzeitig eine allgemeine Grundversorgung an allen Standorten sichergestellt wird.

### 9.A.2 Vorgaben für die Unternehmensführung

*Der Träger nimmt durch entsprechende Vorgaben Einfluss auf die Führung des Unternehmens.*

Unter dem Dach der Trägergesellschaft MKO stimmen wir unsere Leistungsspektren und Versorgungsangebote aufeinander ab. Ziel ist, in allen beteiligten Häusern eine hochwertige Grundversorgung vorzuhalten und das besondere Spezialitäten nicht doppelt vorhanden sind. So soll eine weitere Differenzierung und Verbesserung der Versorgungstiefe erreicht werden. Für die Geschäftsführung bestehen klare Ziele, die sicherstellen sollen, dass wir auch langfristig aus eigener Kraft finanziell handlungsfähig bleiben und z.B. Investitionen aus Eigenmitteln bestreiten können.

### 9.A.3 Verantwortung für das christliche Profil des Krankenhauses

*Der Träger nimmt durch entsprechende Vorgaben Einfluss auf die Gestaltung des christlichen Profils des Krankenhauses.*

Als kirchliches Haus ist das Marienhospital Osnabrück den Grundwerten der katholischen Kirche in gleicher Weise verpflichtet wie die Gesellschafter der Marienhospital Osnabrück GmbH, die Managementgesellschaft katholischer Krankenhäuser der Region Osnabrück mbH (MKO) und der Bischöfliche Stuhl zu Osnabrück.

Für das Marienhospital sind in Form eines umfangreichen Leitbildes ethische Grundsätze formuliert, die in allen Bereichen der Betriebsführung und Leistungserbringung zu beachten sind.

[siehe auch: Qualitätspolitik, Leitbild].

### 9.A.4 Personalverantwortung

*Der Träger nimmt seine Verantwortung bei der Besetzung der Leitungspositionen wahr.*

Die in diesem Qualitätsbericht beschriebenen Aktivitäten und Maßnahmen zur Personalführung und Stellenbesetzung stehen in Übereinstimmung mit den Zielen und Vorgaben des Trägers und seiner Gesellschafter. Leitungspositionen werden in einem abgestuften Verfahren eingestellt. So werden beispielsweise neue Chefarzte nur mit Zustimmung des Personalausschusses des MKO-Aufsichtsrates eingestellt. Führungskräfte werden zur Personalführung qualifiziert.

### 9.A.5 Corporate-Governance

*Der Träger nimmt seine Aufsichtsverantwortung gegenüber der Geschäftsführung wahr.*

Die Aufsicht über unsere Geschäftsführung liegt bei der MKO, insbesondere ihr Aufsichtsrat, der z.B. unseren Wirtschaftsplan quartalsweise prüft und genehmigt. Die Mitglieder des Aufsichtsrates haben Erfahrungen und Kompetenzen im christlichen Sozialmanagement, in Wirtschaftsprüfung und Finanzen und hinsichtlich rechtlicher und steuerlicher Aspekte. Ein Chefarzt und eine leitende Pflegekraft nehmen beratend an den Sitzungen des Aufsichtsrates teil. Der Aufsichtsrat ist seinerseits gegenüber der Gesellschafterversammlung der MKO rechenschaftspflichtig.