



**Marienhospital  
Osnabrück**

**Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Medizinischen Hochschule Hannover**

Erstes Krankenhaus mit proCum Cert / KTQ-Zertifikat

# **proCum Cert - KTQ - QUALITÄTSBERICHT 2005**

Krankenhaus: **Marienhospital Osnabrück**

Institutionskennzeichen: 260340831

Anschrift: **Johannistfreiheit 2-4  
49074 Osnabrück**

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

**Zertifikatsnummer: 2005-0005-OSNA-11-K-00073**

**Datum der Ausstellung: 01.07.2005**

**Gültigkeitsdauer: 30.06.2008**

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort der proCum Cert.....</b>	<b>4</b>
<b>Vorwort der KTQ® .....</b>	<b>5</b>
<b>Einleitung Marienhospital Osnabrück .....</b>	<b>6</b>
<b>Strukturteil .....</b>	<b>8</b>
<b>A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten .....</b>	<b>8</b>
A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses .....	8
A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses .....	8
A-1.3 Name des Krankenhausträgers .....	8
A-1.3.1 Versorgungsstufe.....	8
A-1.3.2 Psychiatrische Fachabteilungen .....	8
A-1.4 Akademisches Lehrkrankenhaus .....	8
A-1.4.1 Zusammenarbeit.....	8
A-1.4.2 Ausbildung .....	8
A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V .....	9
A-1.5.1 Maßregelvollzug .....	9
A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr (2004) behandelten Patienten .....	9
A-1.7A Fachabteilungen .....	9
A-1.7B Top-30 DRG (Fallpauschalen) des Gesamtkrankenhauses.....	10
A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote des Krankenhauses.....	11
A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	11
A-2.0 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	11
A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten.....	12
<b>B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses .....</b>	<b>14</b>
B-1A Augenheilkunde .....	14
B-1B Chirurgie: Allgemeinchirurgie .....	16
B-1C Chirurgie: Gefäßchirurgie .....	19
B-1D Chirurgie: Unfallchirurgie .....	21
B-1E Frauenheilkunde und Geburtshilfe .....	23
B-1F Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO).....	26
B-1G Innere Medizin; Allgemeine Innere Medizin.....	28
B-1H Innere Medizin; Kardiologie .....	30
B-1I Kinderheilkunde und Jugendmedizin.....	32
B-1J Weitere spezifische Angaben .....	35
<b>B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses .....</b>	<b>37</b>
B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V.....	37
B-2.2 Jeweilige Top-5 der ambulanten Operationen der Fachabteilungen .....	37
B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen .....	38
B-2.4 Personal.....	39
<b>C Qualitätssicherung .....</b>	<b>41</b>
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V .....	41
C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V .....	41
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V) .....	41
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP).....	41
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V im Berichtsjahr 2004.....	42
C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarungen nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V .....	42

<b>Systemteil .....</b>	<b>43</b>
<b>D Qualitätspolitik.....</b>	<b>43</b>
<b>E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung .....</b>	<b>45</b>
E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (QM).....	45
E-2 Qualitätsbewertung.....	46
E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V .....	49
<b>F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum.....</b>	<b>52</b>
<b>G Weitergehende Informationen .....</b>	<b>54</b>
<b>Ausstattung .....</b>	<b>55</b>
<b>H Ausstattung.....</b>	<b>55</b>
H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen .....	55
H-2 Ausstattung an medizinischen Geräten in den Fachabteilungen .....	55
<b>proCum Cert- und KTQ-Kriterien .....</b>	<b>56</b>
<b>I Die proCum Cert- und KTQ-Kriterien beschrieben vom Marienhospital Osnabrück ....</b>	<b>56</b>
1 Patientenorientierung im Krankenhaus .....	56
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung.....	64
3 Sicherheit im Krankenhaus.....	69
4 Informationswesen.....	73
5 Krankenhausführung .....	75
6 Qualitätsmanagement.....	80
7 Spiritualität und Kirchlichkeit.....	83
8 Verantwortung gegenüber der Gesellschaft.....	86
9 Trägerverantwortung .....	89

## 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 (DEVK), 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 67 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-Qualitätshandbuches. Um das pCC-KTQ-Zertifikat zu erhalten, muss das Krankenhaus sowohl die Erfüllung aller Voraussetzungen für das KTQ-Zertifikat, als auch die Erfüllung der zusätzlichen proCum Cert-Anforderungen nachweisen.

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

Der vorliegende Qualitätsbericht ist während der dreijährigen Gültigkeitsdauer des Zertifikates über die Internetseite [www.proCum-Cert.de](http://www.proCum-Cert.de) allgemein zugänglich.

Clemens Gattinger

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>. 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 Visitorteam 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.

Jedem KTQ-Qualitätsbericht ist ein Vorwort der KTQ-GmbH vorangestellt, darauf folgen eine Einleitung, in der drei bis vier innovative, patientenorientierte Leistungen beschrieben werden, die Strukturdaten sowie eine Beschreibung zu jedem der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges.

Wir freuen uns, dass das Krankenhaus 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.

Prof. Dr. F.-W. Kolkmann

Für die Bundesärztekammer

Dr. H. D. Scheinert

Für die Spitzen-  
verbände 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.

## Einleitung Marienhospital Osnabrück

Das Marienhospital Osnabrück (MHO) verfügt über 541 stationäre Betten und ist als Akutkrankenhaus für die Versorgung von rund 600.000 Einwohnern in Stadt und Landkreis Osnabrück, im angrenzenden Nordrhein-Westfalen und darüber hinaus zuständig.

Chefärztlich geleitete **Kliniken und Institute** bestehen in den Bereichen

- Allgemein- und Visceralchirurgie
- Allgemeine Innere Medizin / Gastroenterologie
- Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
- Augenheilkunde
- Gefäßchirurgie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie
- Kardiologie / Nephrologie
- Laboratoriums- und Transfusionsmedizin
- Pädiatrie und Neonatologie
- Radiologie und Nuklearmedizin
- Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie.

Von diesen Abteilungen werden jährlich **mehr als 21.000 Patienten stationär und 45.000 Patienten ambulant** versorgt.



Marienhospital Osnabrück:  
Blick in den Innenhof

Gegründet wurde das Marienhospital Osnabrück in der noch heute bestehenden **Innenstadtlage** vor bald **150 Jahren** am 20. August 1859. Auslöser war die seinerzeit über Osnabrück hereinbrechende 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 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.

**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, 2000 nahmen wir als **Pilotkrankenhaus** an der Erprobung des in Entwicklung befindlichen KTQ-Zertifizierungsverfahrens teil, 2001 wurden wir **Modellkrankenhaus** der konfessionellen Zertifizierungsgesellschaft proCum Cert und haben am 26.06.2002 **als erstes Krankenhaus in Deutschland ein Zertifikat nach KTQ** erhalten und gleichzeitig die Erfüllung der zusätzlichen **proCum Cert-Anforderungen** nachgewiesen.



Eingangsbereich und Funktionstrakt Marienhospital Osnabrück (ab 2006)

Der vorliegende pCC-KTQ-Qualitätsbericht ist unser zweiter. Mit seiner Veröffentlichung geht die **Verlängerung des Zertifikats** um weitere drei Jahre **bis Mitte 2008** einher.

Die erneute Zertifizierung erfolgte nach dem erheblich überarbeiteten Anforderungskatalog der Version „5.0“, der erst 2006 für alle Zertifizierungen nach KTQ bzw. nach proCum Cert inklusive KTQ verbindlich wird. Der neue Katalog stellt höhere Anforderungen als seine Vorgängerversionen.

Mit der Verlängerung bzw. Bestätigung unseres Zertifikats haben wir - das Marienhospital Osnabrück - erneut unsere **Qualitätsorientierung**, die wir auch in Zukunft beibehalten werden, unter Beweis gestellt.

Juni 2005  
**MARIENHOSPITAL OSNABRÜCK**

Die Krankenhausleitung

# Strukturteil

## A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten

### A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

Anschrift Marienhospital Osnabrück  
Johannistfreiheit 2-4  
49074 Osnabrück

E-Mail-Adresse verwaltung@mhos.de  
Internetadresse www.marienhospital.osnabrueck.de

### A-1.2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Institutionskennzeichen Marienhospital Osnabrück: 260340831

### A-1.3 Name des Krankenhausträgers

Träger: Marienhospital Osnabrück GmbH  
Gesellschafter: Managementgesellschaft katholischer Krankenhäuser der Region Osnabrück mbH (MKO) und Bischöflicher Stuhl zu Osnabrück

#### A-1.3.1 Versorgungsstufe

**Versorgungsstufe** des Marienhospital Osnabrück:

- Grundversorgung (Anforderungsstufe 1)
- Regelversorgung (Anforderungsstufe 2)
- Schwerpunktversorgung (Anforderungsstufe 3)**
- Maximalversorgung (Anforderungsstufe 4 / Unikliniken)

#### A-1.3.2 Psychiatrische Fachabteilungen

Das Marienhospital Osnabrück hat KEINE Psychiatrie!

### A-1.4 Akademisches Lehrkrankenhaus

Das Marienhospital Osnabrück ist ein **akademisches Lehrkrankenhaus**:

- Ja**, akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Hochschule Hannover

#### A-1.4.1 Zusammenarbeit

Das Marienhospital Osnabrück arbeitet zusammen mit:

- Rehabilitationsklinik**
- Psychiatrische Einrichtungen
- Tagesklinik**
- Pflegeeinrichtungen**
- Dialysezentrum**
- Anerkannte Fort- und Weiterbildungseinrichtungen**
- Arztpraxen**
- Vertragliche Kooperationszentren** (z. B. Apparatgemeinschaften)
- Sonstige** (z.B. Selbsthilfegruppen und kooperierende Krankenhäuser)

#### A-1.4.2 Ausbildung

Es gibt am Marienhospital Osnabrück:

- eine Krankenpflegeschule**
- eine Kinderkrankenpflegeschule**
- eine Krankenpflegehilfeschule



## A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

Gesamtbettenzahl des Krankenhauses nach § 108/109 SGB V<sup>1)</sup>: **541**  
<sup>1)</sup>Stichtag 31.12. des Berichtsjahres 2004

### A-1.5.1 Maßregelvollzug

Das Marienhospital Osnabrück hat KEINE Plätze für den Maßregelvollzug!

## A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr (2004) behandelten Patienten

Stationäre Patienten: 21.953      davon Privatpatienten: 3.075  
 Ambulante Patienten: 45.085      davon Privatpatienten: 4.620

### A-1.7A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl stationäre Fälle 2004	HA (Hauptabteilung) BA (Belegabteilung)	Ambulanz (ja / nein)	Notaufnahme vorh. (ja / nein)	KTQ <sup>*</sup>
1500	Allgemein- und Visceralchirurgie	60	1717	HA	ja	ja	
1800	Gefäßchirurgie	33	739	HA	ja	ja	
1600	Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie	62	2239	HA	ja	ja	
100	Allgemeine Innere Medizin / Gastroenterologie	97	3653	HA	ja	ja	
300	Innere Medizin / Kardiologie	66	2954	HA	ja	ja	
2700	Augenheilkunde	35	1224	HA	ja	ja	
2600	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie	61	2961	HA	ja	ja	
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	62	3209	HA	ja	ja	
1000	Kinderheilkunde und Jugendmedizin	65	3257	HA	ja	ja	
	Anästhesie, operative Intensivmedizin, Schmerztherapie <sup>2</sup>	10	848	HA	ja	ja	
	Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Hämostaseologie und Transfusionsmedizin	x	x	HA	x	x	nb
	Radiologie	x	x	HA	x	x	nb

\* Spalte „KTQ“: nicht bettenführende Abteilung mit fachlich nicht weisungsgebundener Leitung: **nb**

<sup>1</sup> Bei Intensivmedizin getrennte Angabe der Betten nach Intensivstation/Wachstation

<sup>2</sup> Hinweis des MHO: Angaben beziehen sich auf die operative Intensivstation: Betten und Fälle sind in den Werten der übrigen Kliniken bereits enthalten, daher Doppelzählung. Zusätzlich sind 25 Intensivbetten in der Inneren Medizin und in der Kinder- und Jugendmedizin plus allgemeiner Überwachungsstation vorhanden.

## A-1.7B Top-30 DRG (Fallpauschalen) des Gesamtkrankenhauses

Die Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	DRG 3-stellig	Text Fallpauschale (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fall- zahl
1	P67	Versorgung eines Neugeborenen ab 2500 Gramm Geburtsgewicht (ohne größere Behandlung oder Langezeitbeatmung)	1169
2	O60	Normale Entbindung (= vaginale Geburt)	815
3	G67	Entzündung der Speiseröhre, Magen-Darm-Entzündung oder verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	667
4	F43	Eindringende Herzdiagnostik (ohne Herzerkrankungen durch verengte Herzkranzgefäße)	543
5	D06	Operationen an Nasennebenhöhlen, Warzenfortsatz oder aufwändige Operationen am Mittelohr	428
6	E62	Infektionen (= Erregerbefall) und Entzündungen der Atmungsorgane	427
7	D66	Sonstige Krankheiten an Ohr, Nase, Mund oder Hals	409
8	C08	Kapselerhaltende Entfernung der Augenlinse	367
9	D11	Entfernung der Gaumenmandeln	366
10	D68	Krankheiten und Störungen an Ohr, Nase, Mund oder Hals (ein Behandlungstag)	300
11	O65	Sonstige vorgeburtliche stationäre Aufnahme	297
12	D09	Verschiedene Operationen an Ohr, Nase, Mund oder Hals	291
13	F62	Herzleistungsschwäche oder Schock	282
14	O01	Kaiserschnitt-Entbindung	282
15	H61	Krebs am Leber-Galle-System oder an der Bauchspeicheldrüse	268
16	D63	Mittelohrentzündung oder Infektionen (= Erregerbefall) der oberen Atemwege	260
17	F10	Aufdehnung von Herzkranzgefäßen mittels Herzkatheter nach akutem Herzinfarkt	252
18	F72	Zunehmende Herzenge (= instabile Angina pectoris)	245
19	B80	Sonstige Kopfverletzungen	243
20	G48	Dickdarmspiegelung	238
21	D10	Verschiedene Operationen an der Nase	229
22	F15	Aufdehnung von Herzkranzgefäßen oder Einsetzen einer Gefäßstütze per Herzkatheter (ohne vorangegangenen akuten Herzinfarkt)	225
23	G60	Krebs der Verdauungsorgane	222
24	I13	Operationen an Oberarm- oder Schienbeinknochen, Wadenbein oder Sprunggelenk	222
25	F08	Große wiederherstellende Blutgefäßoperationen ohne Herz-Lungen-Maschine	219
26	G47	Sonstige Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	203
27	F14	Blutgefäßoperationen ohne Herz-Lungen-Maschine (außer große wiederherstellende Blutgefäßoperationen)	202
28	G02	Große Operationen an Dünn- oder Dickdarm	195
29	G07	Entfernung Blinddarm-Wurmfortsatz	192
30	I18	Sonstige Operationen am Kniegelenk, Ellenbogengelenk oder Unterarm	188

Weitere Fallpauschalen sind bei den jeweiligen Fachbereichen angegeben, siehe Abschnitte B-1A.5 bis B-11.5

## A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote des Krankenhauses

Im Marienhospital Osnabrück werden folgende besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote wahrgenommen:

- Innere Medizin: Behandlung des Magen-Darmtrakts, Behandlung von Herzerkrankungen, Krebserkrankungen, Zuckerkrankheit, Erkrankungen innerer Drüsen und anderes
- Operative Fächer: Allgemein- und Eingeweidechirurgie, Gefäßchirurgie, Unfallchirurgie, Wiederherstellungschirurgie, Handchirurgie, Kopf- und Hals-Chirurgie, Augenchirurgie, Chirurgie der Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (operativ und konventionell)
- Augenheilkunde (operativ und konventionell)
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe (operativ und konventionell)
- Kinder- und Jugendmedizin einschließlich Neugeborenenheilkunde (operativ und konventionell)

## A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Im Marienhospital Osnabrück bestehen folgende ambulante Behandlungsmöglichkeiten:

- Chefarzt-Ambulanzen (in den Chefarztpraxen)
- Institut-Ambulanzen (Ambulante Behandlung durch das Krankenhaus)
- Physiotherapie (ambulante Krankengymnastik, Massagen, Bewegungsbäder u.ä.)
- Vor- und nachstationäre Behandlungen (in Zusammenhang mit stationären Aufenthalten)
- Zentrale Notfallaufnahme (Erstbehandlung von Notfällen aller Bereiche und Entscheidung, ob stationäre Aufnahme erforderlich ist)

## A-2.0 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Folgende Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft (d.h. für die Behandlung von Arbeitsunfällen):

- Augenheilkunde
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Unfallchirurgie

Die **Zulassung zum Verletzungsartenverfahren** der Berufsgenossenschaft (d.h. für besondere Verletzungen) besteht:

- Ja** (Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie)

## A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

### A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden / Tag sichergestellt	
	ja	nein	ja	nein
<b>Computertomographie (CT)</b> (Computergestützte Schichtaufnahmen)	ja		ja	
<b>Magnetresonanztomographie (MRT)</b> (= Kernspin-Aufnahmen)	ja		ja	
<b>Herzkatheterlabor</b>	ja		ja	
<b>Szintigraphie</b> (Untersuchung mit radioaktiven Substanzen)	ja		ja	
<i>Positronenemissionstomographie (PET) (CT radioaktiv)</i>		nein		nein
<b>Elektroenzephalogramm (EEG)</b> (Hirnstrom-Aufzeichnung)	ja		ja	
<b>Angiographie</b> (Röntgendarstellung von Blutgefäßen)	ja		ja	
<b>Schlaflabor</b> im Haus in Kooperation mit einer Arztpraxis	ja		ja	
<b>Kernspin</b> (= Magnetresonanztomographie MRT)	ja		ja	
<b>Sonographie</b> (Ultraschalluntersuchung)	ja		ja	
<b>Röntgen</b>	ja		ja	
<b>Broncho-/Endoskopie</b> (Spiegelung von Körperhöhlräumen)	ja		ja	
<b>Echoskopie/TEE</b> (Endoskopische Ultraschalluntersuchung)	ja		ja	
<b>Mikrobiologie</b>	ja		ja	

### A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Möglichkeiten	vorhanden	
	ja	nein
<b>Physiotherapie</b> (Krankengymnastik)	ja	
<b>Bewegungsbad</b>	ja	
<b>Balneophysikalische Therapie</b> (Kuranwendungen)	ja	
<b>Dialyse</b> (Blutwäsche) in Kooperation mit Dialysepraxis im Haus	ja	
<b>Logopädie</b> (Sprech- und Sprachtherapie)	ja	
<i>Ergotherapie (Beschäftigungs- und Arbeitstherapie)</i>		nein
<b>Schmerztherapie</b>	ja	
<b>Eigenblutspende</b>	ja	
<i>Gruppenpsychotherapie</i>		nein
<i>Einzelpsychotherapie</i>		nein
<i>Psychoedukation (-erziehung)</i>		nein
<b>Thrombolyse</b> (Auflösung von Blutgerinnseln im Körper)	ja	
<i>Bestrahlung (im Sinne von Strahlentherapie)</i>		nein

### A-2.1.3 Erweiterte therapeutische Möglichkeiten

Das Krankenhaus verfügt über:

- Operativer Bereitschaftsdienst
- Präsenzbereitschaft
- Rufbereitschaft
- Blutdepot  in Klinik  außerhalb/extern
- Regelung der Konsiliardienste  im Haus vorhanden  extern vertraglich geregelt

### A-2.1.4 Weitere Leistungsangebote

Das Krankenhaus verfügt über / bietet an:

- Stomatherapeuten
- Diabetikerschule
- Pflegeeinrichtung als separate Einrichtung (als Kooperationspartner)
  - ambulante Pflege
- Geburtsvorbereitungskurse
- Ambulante Entbindung mit Nachsorge durch hausinterne Hebammen
- Stillberatung
  - Inkontinenzberatung
- Pflegetelefonberatung
- Hospizeinrichtung (als Kooperationspartner)
- Mutter-Kind-Behandlung
  - Sonstige

## B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### B-1A Augenheilkunde

#### B-1A.1 Vollständiger Name der Fachabteilung Augenheilkunde

### Klinik für Augenheilkunde

#### B-1A.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung Augenheilkunde

- Weitreichendes Spektrum diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten für Erkrankungen des Auges, seiner Anhangsgebilde und der Augenhöhle.

#### B-1A.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung Augenheilkunde

- Operative Versorgung von Augenerkrankungen einschließlich moderner Lasertherapie

#### B-1A.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung Augenheilkunde

- Augenambulanz
- verschiedene Spezialsprechstunden
- Sehschule

#### B-1A.5 Top-10 DRG (Fallpauschalen) der Fachabteilung Augenheilkunde

Die Top-10 DRG (Fallpauschalen) (nach absoluter Fallzahl) der Augenheilkunde im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	DRG 3-stellig	Text Fallpauschale (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fall- zahl
1	C08	Kapselerhaltende Entfernung der Augenlinse	367
2	C03	Netzhautoperationen mit Entfernung von Glaskörpermasse	126
3	C12	Sonstige Operationen an der Hornhaut, Lederhaut oder Bindehaut des Auges oder am Augenlid	103
4	C61	Erkrankungen der Augennerven oder Augenblutgefäße	83
5	C07	Sonstige Operationen bei Grünem Star	72
6	C60	Akute oder schwere Augeninfektionen (Erregerbefall)	65
7	C15	Sonstige Operationen an der Netzhaut	63
8	C06	Aufwändige Operationen bei Grünem Star	60
9	C62	Blutansammlung in der vorderen Augenkammer oder andere ohne Operation behandelte Augenverletzungen	48
10	C14	Sonstige Operationen am Auge	38

### B-1A.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung Augenheilkunde

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Augenheilkunde im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Text Diagnosegruppe (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	H25	Altersbedingter Grauer Star	383
2	H40	Grüner Star	139
3	H33	Netzhautablösung und Netzhautriss	110
4	S05	Verletzung des Auges oder der Augenhöhle	72
5	H34	Verschluss von Blutgefäßen der Netzhaut	66
6	H16	Hornhautentzündung	62
7	H35	Sonstige Infektionen (= Erregerbefall) der Netzhaut	42
8	H02	Sonstige Infektionen (= Erregerbefall) des Augenlides	34
9	H50	Sonstiges Schielen	31
10	H26	Sonstiger Grauer Star	28

<sup>1)</sup> Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodier Richtlinien.

### B-1A.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Fachabteilung Augenheilkunde

Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Augenheilkunde im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Text Operationen-/Eingriffsgruppe (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	5-144	Kapselerhaltende Entfernung der Augenlinse	179
2	5-158	Entfernung von Glaskörpermasse	138
3	5-132	Senkung des Augeninnendruckes durch Operation am Ziliarkörper	57
4	5-131	Senkung des Augeninnendruckes durch filtrierende Operation	41
5	5-152	Befestigung der Netzhaut durch eindellende Operation	40
6	5-133	Senkung des Augeninnendruckes durch Verbesserung der Kammerwasserzirkulation	36
7	5-125	Hornhautverpflanzung oder Hornhautersatz	23
8	5-10b	Schwächende Operation an einem geraden Augenmuskel	19
9	5-122	Operation einer unnatürlichen Hautfalte	18
10	5-093	Korrekturoperation bei Einwärts- oder Auswärtsdrehung des Lidrandes	18

### B-1A.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung Augenheilkunde

Schlüssel nach § 301 SGB V	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer (VD) in Tagen	Für diese Fachabteilung gibt es spezielle Kinderbetten (ja, eigene / ja, in Pädiatrie / nein)	In dieser Fachabteilung stehen Kinderkrankenschwestern / -pfleger zur Verfügung? (ja, eigene / ja, in Pädiatrie / nein)
2700	<b>Augenheilkunde</b>	<b>7,5</b>	<b>Ja, in Pädiatrie</b>	<b>Ja, in Pädiatrie</b>

#### B-1B.8.1 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V

**Anzahl der Behandlungen** in der Augenheilkunde nach § 116 SGB V (persönliche Ermächtigung zur ambulanten Behandlung) pro Jahr: **3.572**

## **B-1B Chirurgie: Allgemein Chirurgie**

### **B-1B.1 Vollständiger Name der Fachabteilung Allgemein Chirurgie**

## **Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie**

### **B-1B.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung Allgemein Chirurgie**

- Alle Eingriffe aus dem Bereich der Allgemein- und Eingeweidechirurgie mit Ausnahme von Organtransplantationen.

### **B-1B.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung Allgemein Chirurgie**

Allgemeinchirurgie:

- Endokrinologische Chirurgie (Schilddrüse, Nebenschilddrüsen, Nebenniere)
- Weichteilchirurgie (Tumoren, Hernien etc.)
- Onkologische Chirurgie für alle genannten Bereiche, einschließlich Anlage von arteriellen und venösen Ports
- Betreuung von Stoma-Patienten (Stomatherapeutin) etc.

Eingeweidechirurgie (Visceralchirurgie):

- Operationen der Speiseröhre (gutartige und bösartige Tumoren, Divertikel etc.)
- Antirefluxoperationen
- Magen Chirurgie (Karzinom, Ulkus)
- Dünn- und Dickdarm / Mastdarmoperationen (Karzinom, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- Proktologische Operationen (Hämorrhoiden, Fisteln, Darmvorfall etc.)
- Chirurgie der Gallenblase und Gallengänge, der Leber und der Bauchspeicheldrüse (Tumor, Metastasen)
- Minimal-invasive Chirurgie (Gallenblase, Blinddarm, Leistenbruch, Antirefluxchirurgie - Fundoplicatio, Dickdarm)

Kinderchirurgie:

- Sämtliche allgemein chirurgischen und bauchbezogenen Operationen (mit Ausnahme der großen Missbildungschirurgie)
- Kinderurologische Operationen (Hodenhochstand, Vorhautverengung etc.)

### **B-1B.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung Allgemein Chirurgie**

- Allgemein chirurgische Ambulanz
- Chirurgische Ultraschalluntersuchungen



### B-1B.5 Top-10 DRG (Fallpauschalen) der Fachabteilung Allgemeinchirurgie

Die Top-10 DRG (Fallpauschalen) (nach absoluter Fallzahl) der Allgemeinchirurgie im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	DRG 3-stellig	Text Fallpauschale (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fall- zahl
1	G02	Große Operationen an Dünn- oder Dickdarm	187
2	G07	Entfernung Blinddarm-Wurmfortsatz	187
3	H08	Schlüsselloch-chirurgische (= laparoskopische) Entfernung der Gallenblase	144
4	G66	Bauch-/ Unterleibsschmerz oder Entzündung der Lymphknoten des Dünndarmgekröses	112
5	K10	Sonstige Operationen an Schilddrüse, Nebenschilddrüse oder Schilddrüsenzungen-gang (außer bei Krebs)	91
6	G09	Operationen von Leisten- oder Schenkelbrüchen (Eingeweidebrüchen)	84
7	G65	Verlegung, Verstopfung oder Verschluss des Verdauungstraktes	57
8	G03	Operationen an Magen, Speiseröhre oder Zwölffingerdarm	49
9	G01	Teilentfernung des Enddarms	46
10	G67	Speiseröhrentzündung, Magen-Darm-Entzündung bzw. verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	45

### B-1B.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung Allgemeinchirurgie

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen\*) der Allgemeinchirurgie im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Text Diagnosegruppe (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fall- zahl
1	K35	Akute Blinddarmentzündung (Wurmfortsatzentzündung)	183
2	K80	Gallensteinleiden	167
3	K56	Darmverschluss durch Lähmung oder Fremdkörper (ohne Eingeweidebruch)	138
4	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	132
5	K40	Leistenbruch (Eingeweidebruch)	90
6	E04	Sonstige ungiftige Schilddrüsenvergrößerung	69
7	C18	Dickdarmkrebs	61
8	K57	Krankhafte Darmausstülpung	53
9	C20	Enddarmkrebs	44
10	K43	Bauchbruch (Eingeweidebruch)	33

\*) Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

### B-1B.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Fachabteilung Allgemeinchirurgie

Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Allgemeinchirurgie im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Text Operationengruppe (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	5-470	Blinddarmentfernung (Wurmfortsatzentfernung)	176
2	5-511	Gallenblasenentfernung	170
3	5-530	Verschluss eines Bauchbruchs (=Eingeweidebruch)	83
4	5-063	Schilddrüsenentfernung	45
5	5-541	Eröffnung der Bauchhöhle oder des Hinterbauchaumes	43
6	5-892	Sonstige Operationen an Haut und Unterhaut	38
7	5-062	Sonstige Schilddrüsen-Teilentfernung	35
8	5-399	Sonstige Blutgefäßoperationen	29
9	5-061	Halbseitige Schilddrüsenentfernung	29
10	5-536	Verschluss eines Narbenbruchs (= Narbenhernie)	27

### B-1B.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung Allgemeinchirurgie

Schlüssel nach § 301 SGB V	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer (VD) in Tagen	Für diese Fachabteilung gibt es spezielle Kinderbetten (ja, eigene / ja, in Pädiatrie / nein)	In dieser Fachabteilung stehen Kinderkrankenschwestern / -pfleger zur Verfügung? (ja, eigene / ja, in Pädiatrie / nein)
1500	<b>Allgemeine Chirurgie</b>	<b>9,5</b>	<b>Ja</b> , in Pädiatrie	<b>Ja</b> , in Pädiatrie

#### B-1A.8.1 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V

**Anzahl der Behandlungen** in der Allgemeinchirurgie nach § 116 SGB V (persönliche Ermächtigung zur ambulanten Behandlung) pro Jahr: **918**

## B-1C Chirurgie: Gefäßchirurgie

### B-1C.1 Vollständiger Name der Fachabteilung Gefäßchirurgie

## Klinik für Gefäßchirurgie

### B-1C.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung Gefäßchirurgie

- Operative Eingriffe an den Blutgefäßen

### B-1C.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung Gefäßchirurgie

- Sämtliche gefäßrekonstruktiven Operationen bei peripheren Durchblutungsstörungen
- Aneurysma-Chirurgie (einschließlich Aorten-Stent)
- Chirurgie der supraaortalen Gefäße  
(Operationen der Hals- und Arterien, Schlaganfallprophylaxe)
- Chirurgie der Eingeweide- und Nierenarterien
- Versorgung des diabetischen Fußes (einschließlich pedaler Gefäßrekonstruktionen)
- Venenchirurgie (Krampfadern, Beinvenenthrombose)
- Shuntchirurgie bei Nierendialyse

### B-1C.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung Gefäßchirurgie

- Schrittmacherchirurgie (in Zusammenarbeit mit der Kardiologischen Klinik)
- Ambulanz

### B-1C.5 Top-10 DRG (Fallpauschalen) der Fachabteilung Gefäßchirurgie

Die Top-10 DRG (Fallpauschalen) (nach absoluter Fallzahl) der Gefäßchirurgie im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	DRG 3-stellig	Text Fallpauschale (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fall- zahl
1	F08	Große wiederherstellende Blutgefäßoperationen ohne Herz-Lungen-Maschine	216
2	F14	Blutgefäßoperationen ohne Herz-Lungen-Maschine (außer große wiederherstellende Blutgefäßoperationen)	156
3	B04	Operationen an Blutgefäßen außerhalb des Schädels	84
4	F65	Erkrankungen der nicht zentralen Blutgefäße	52
5	F20	Unterbindung oder Entfernung von Venen	50
6	F11	Amputation (= Abtrennung) des Beines wegen Durchblutungsstörung (ohne Zehen-amputation) plus zusätzlichem Gefäßeingriff	24
7	L09	Sonstige Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane	18
8	F13	Amputation (= Abtrennung) des Armes oder von Zehen wegen Durchblutungsstörung	15
9	F19	Sonstige Herzkathetereingriffe	15
10	F21	Sonstige Operationen am Herz-Kreislaufsystem	13

### B-1C.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung Gefäßchirurgie

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Gefäßchirurgie im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Text Diagnosegruppe (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I70	Schlagaderverkalkung (= Arteriosklerose)	372
2	I65	Verschluss oder Verengung von Schlagadern zur Gehirnversorgung ohne Schlaganfall	93
3	T82	Komplikationen durch künstliche Körperteile, Einpflanzungen oder Verpflanzungen im Herzen oder in den Blutgefäßen	55
4	I71	Aussackung oder Einriss der Körperschlagader (= Aorta)	54
5	I83	Krampfadern an den Beinen	53
6	I74	Verstopfung einer Schlagader oder Bildung eines Blutpfropfes	38
7	I72	Sonstige Aussackungen	30
8	N18	Chronische (= anhaltende) Leistungsschwäche der Nieren	17
9	T81	Sonstige Kreislaufkomplikationen nach medizinischen Maßnahmen	15
10	I80	Bildung eines Blutpfropfes und/oder Entzündung einer Vene	9

<sup>1)</sup> Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

### B-1C.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Fachabteilung Gefäßchirurgie

Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Gefäßchirurgie im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Text Operationen-/Eingriffsgruppe (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	5-393	Sonstige operative Verbindung oder Umgehung von Blutgefäßen	175
2	5-381	Behebung eines Schlagaderverschlusses	114
3	5-893	Operative Wundsäuberung oder Entfernung von erkrankter Haut oder Unterhaut	74
4	5-380	Einschnitt eines Blutgefäßes oder Entfernung eines Gefäß- oder Blutpfropfes	69
5	5-394	Wiederholungsoperation nach einer Blutgefäßoperation	64
6	5-892	Sonstiger Einschnitt an Haut und Unterhaut	44
7	5-385	Unterbindung, Ausschneidung oder Entfernung von Krampfadern	43
8	5-864	Amputation (= Abtrennung) des Beines	42
9	5-865	Amputation (= Abtrennung) des Fußes	31
10	5-392	Herstellung einer Verbindung zwischen Schlagader und Vene	30

### B-1C.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Gefäßchirurgie

Schlüssel nach § 301 SGB V	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer (VD) in Tagen	Für diese Fachabteilung gibt es spezielle Kinderbetten (ja, eigene / ja, in Pädiatrie / nein)	In dieser Fachabteilung stehen Kinderkrankenschwestern / -pfleger zur Verfügung? (ja, eigene / ja, in Pädiatrie / nein)
1800	<b>Gefäßchirurgie</b>	<b>15,9</b>	<b>Nein, nicht relevant</b>	<b>Nein, nicht relevant</b>

#### B-1C.8.1 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V

**Anzahl der Behandlungen** in der Gefäßchirurgie nach § 116 SGB V (persönliche Ermächtigung zur ambulanten Behandlung) pro Jahr: **804**

## B-1D Chirurgie: Unfallchirurgie

### B-1D.1 Vollständiger Name der Fachabteilung Unfallchirurgie

#### Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie

### B-1D.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung Unfallchirurgie

- Unfallchirurgie
- Handchirurgie
- Wiederherstellungschirurgie

### B-1D.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung Unfallchirurgie

- Erstbehandlungen nach akuten Verletzungen
- Behandlung schwer verletzter Patienten (Hubschrauberlandeplatz)
- Handchirurgie
- Fußchirurgie
- Sporttraumatologie
- Endoprotetik
- Minimal-invasive / endoskopische Chirurgie

### B-1D.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung Unfallchirurgie

- Unfallchirurgische Ambulanz
- Handchirurgische Sprechstunde für Berufsmusiker
- Physiotherapie (Krankengymnastik)
- Kindertraumatologie in Zusammenarbeit mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

### B-1D.5 Top-10 DRG (Fallpauschalen) der Fachabteilung Unfallchirurgie

Die Top-10 DRG (Fallpauschalen) (nach absoluter Fallzahl) der Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	DRG 3-stellig	Text Fallpauschale (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fall- zahl
1	I13	Operationen an Oberarm- oder Schienensbeinknochen, Wadenbein oder Sprunggelenk	221
2	I18	Sonstige Operationen am Kniegelenk, Ellenbogengelenk oder Unterarm	187
3	B80	Sonstige Kopfverletzungen	167
4	I08	Sonstige Operationen an Hüftgelenk oder Oberschenkelknochen	134
5	I02	Gewebe- oder Hautverpflanzungen	117
6	I03	Operationen am Hüftgelenk	113
7	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut oder weiblichen Brust	106
8	I32	Komplexe Operationen an Handgelenk oder Hand	94
9	I31	Komplexe Operationen an Ellenbogengelenk oder Unterarm	80
10	I68	Nicht operativ behandelte Krankheiten oder Verletzungen im Wirbelsäulenbereich	79

### B-1D.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung Unfallchirurgie

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Unfallchirurgie im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Text Diagnosegruppe (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	S72	Oberschenkelbruch	226
2	S52	Unterarmbruch	216
3	S82	Unterschenkelbruch einschließlich Bruch des oberen Sprunggelenkes	209
4	S06	Verletzungen im Schädelinneren	182
5	S42	Schulter- oder Oberarmbruch	139
6	M17	Krankhafte Abnutzung des Kniegelenks	88
7	M75	Schulterverletzung	80
8	S32	Lendenwirbelsäulenbruch oder Beckenbruch	80
9	S22	Rippen- oder Brustbeinbruch bzw. Brustwirbelsäulebruch	56
10	S83	Verrenkung, Verstauchung oder Zerrung des Kniegelenkes oder von Bändern des Kniegelenkes	44

<sup>\*)</sup> Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierichtlinien.

### B-1D.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Fachabteilung Unfallchirurgie

Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Unfallchirurgie im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Text Operationen-/Eingriffsgruppe (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	5-790	Geschlossene Wiedereinrichtung eines Bruchs oder einer Wachstumsfugenablösung durch Einbringen von Platten, Schrauben, Nägeln oder Drähten	324
2	5-820	Einbau eines künstlichen Hüftgelenks	113
3	5-794	Offene Wiedereinrichtung eines mehrfachen Bruchs im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens durch Einbringen von Platten, Schrauben, Nägeln oder Drähten	85
4	5-814	Wiederbefestigung oder Wiederherstellung des Kapselbandapparates des Schultergelenkes mithilfe einer Gelenkspiegelung (= Arthroskopie)	62
5	5-812	Operation an Gelenkknorpel bzw. an der Knie-Zwischengelenkscheibe (= Meniskus) mithilfe einer Gelenkspiegelung (= Arthroskopie)	61
6	5-822	Einbau eines künstlichen Kniegelenks	41
7	5-813	Wiederbefestigung oder Wiederherstellung am Kapselbandapparat des Kniegelenkes mithilfe einer Gelenkspiegelung (= Arthroskopie)	36
8	5-793	Offene Wiedereinrichtung eines einfachen Bruches im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	33
9	5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehenscheiden	29
10	5-044	Naht eines Nerven oder Nervenplexus an seiner Hülle (als Haupteingriff)	22

### B-1D.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung Unfallchirurgie

Schlüssel nach § 301 SGB V	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer (VD) in Tagen	Für diese Fachabteilung gibt es spezielle Kinderbetten (ja, eigene / ja, in Pädiatrie / nein)	In dieser Fachabteilung stehen Kinderkrankenschwestern / -pfleger zur Verfügung? (ja, eigene / ja, in Pädiatrie / nein)
1600	<b>Unfallchirurgie</b>	<b>8,3</b>	Ja, eigene und in Pädiatrie	Ja, eigene und in Pädiatrie

#### B-11.8.1 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V

Anzahl der Behandlungen in der Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie nach § 116 SGB V (persönliche Ermächtigung zur ambulanten Behandlung) pro Jahr: **2.446**

## B-1E Frauenheilkunde und Geburtshilfe

### B-1E.1 Vollständiger Name der Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Klinik für Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Perinataldiagnostik

### B-1E.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- Familienorientierte Geburtshilfe mit allen modernen und traditionellen Möglichkeiten der Geburtsbetreuung
- Alle gängigen und speziellen Operationsverfahren der Frauenheilkunde

### B-1E.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- Individuelle Geburtshilfe
- Betreuung von Risikogeburten (in Zusammenarbeit mit Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Perinatalzentrum, Not-Sektio-Raum unmittelbar neben dem Kreißsaal)
- Minimalinvasive Chirurgie
- Krebsoperationen am weiblichen Genital und der weiblichen Brust
- Moderne Behandlung von Senkungsbeschwerden

### B-1E.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

- Ambulanz, ambulante Operationen
- Kreißsaalführungen
- Geburtsvorbereitungskurse und Elternschule
- Modernste vorgeburtliche Diagnostik (3D-Ultraschall, Feindiagnostik, voll digitale Bildverarbeitung und Farbdoppleranalyse)
- Risikosprechstunde in Zusammenarbeit mit jeweiliger Frauenärztin / jeweiligem Frauenarzt
- Stillberatung
- Babymassage
- Rückbildungsgymnastik und Schwangerschaftsgymnastik

### B-1E.5 Top-10 DRG (Fallpauschalen) der Fachabteilung Frauenheilkunde / Geburtshilfe

Die Top-10 DRG (Fallpauschalen) (nach absoluter Fallzahl) der Gynäkologie und Geburtshilfe im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	DRG 3-stellig	Text Fallpauschale (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fall- zahl
1	O60	Normale Entbindung (= vaginale Geburt)	815
2	P67	Versorgung eines Neugeborenen ab 2500 Gramm Geburtsgewicht (ohne größere Behandlung oder Langezeitbeatmung)	805
3	O65	Sonstige vorgeburtliche stationäre Aufnahme	293
4	O01	Kaiserschnitt-Entbindung	282
5	N04	Gebärmutterentfernung (ohne Krebs)	108
6	N07	Sonstige Operationen an Gebärmutter oder Eileitern (ohne Krebs)	108
7	O64	Wehentätigkeit ohne Entbindung	103
8	O40	Fehlgeburt mit Gebärmutteraufdehnung und Ausschabung, Saugausschabung oder Gebärmuttereröffnung	53
9	J06	Große Brustkrebs-Operationen	45
10	N10	Untersuchende Ausschabung oder Gebärmutter Spiegelung bzw. Sterilisation oder Eileiterdurchblasung	44

### B-1E.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Gynäkologie und Geburtshilfe im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Text Diagnosegruppe (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	O68	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Risiken für das Kind	237
2	O60	Vorzeitige Entbindung	123
3	O36	Betreuung der Mutter wegen sonstiger Komplikationen des ungeborenen Kindes	110
4	O70	Dammriss während der Geburt	99
5	O69	Komplikationen bei Wehen und Entbindung durch Nabelschnurkomplikationen	94
6	O42	Vorzeitiger Fruchtblasensprung	93
7	O82	Geburt eines Einlings durch Kaiserschnitt	87
8	D25	Gutartige Gebärmuttergeschwulst	76
9	O34	Betreuung der Mutter bei Beckenorganproblemen	66
10	O64	Geburtshindernis durch Lage-, Haltungs- oder Einstellungswidrigkeiten des ungeborenen Kindes	66

<sup>1)</sup> Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

### B-1E.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Gynäkologie und Geburtshilfe im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Text Operationen-/Eingriffsgruppe (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	5-741	Kaiserschnitt oberhalb des Gebärmutterhalses oder am Gebärmutterkörper	181
2	5-683	Gebärmutterentfernung	100
3	5-690	Gebärmutterausschabung	76
4	5-651	Örtliche Eierstock-Ausschneidung oder Abtragung von Eierstockgewebe	54
5	5-740	Klassischer Kaiserschnitt	41
6	9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt	36
7	1-672	Gebärmutter Spiegelung	32
8	5-870	Teilentfernung der weiblichen Brust oder Abtragung von Brustgewebe, ohne Entfernung von Achsel-Lymphknoten	32
9	5-674	Wiederherstellung des Gebärmutterhalses in der Schwangerschaft	31
10	5-671	Entnahme von Gebärmutterhals-Gewebe mittels Operation	22

### B-1E.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Schlüssel nach § 301 SGB V	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer (VD) in Tagen	Für diese Fachabteilung gibt es spezielle Kinderbetten (ja, eigene / ja, in Pädiatrie / nein)	In dieser Fachabteilung stehen Kinderkrankenschwestern / -pfleger zur Verfügung? (ja, eigene / ja, in Pädiatrie / nein)
2400	<b>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</b>	6,2 (darin: Frauenheilkunde: 7,8 Geburtshilfe: 5,5)	<b>Ja</b> , eigene und in Pädiatrie	<b>Ja</b> , eigene und in Pädiatrie



#### B-1E.8.1 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V

**Anzahl der Behandlungen** in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe nach § 116 SGB V (persönliche Ermächtigung zur ambulanten Behandlung) pro Jahr: **1.840**

#### **B-1E.9 Spezifisch für die Fachabteilung: Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

##### B-1E.9.1 Anzahl der Geburten pro Jahr

Anzahl der Geburten im Berichtsjahr 2004: **1.145 Entbindungen** mit 1.182 geborenen Kindern

##### B-1E.9.2 Besondere Versorgung des Kindes

Eine **Neugeborenen-Intensivstation** im Gebäude ist vorhanden:

ja

Ein Zugriff auf die **Pädiatrie** (Kinderheilkunde) mit **pädiatrischer Notfallversorgung** ist möglich:

ja

Ein eigener **Not-Sectio-Raum** (OP-Saal für dringende Kaiserschnitte) besteht:

ja, in unmittelbarer Nachbarschaft zum Kreißaal

Die Möglichkeit der **zentralen CTG-Überwachung** (Überwachung der Herzrätigkeit des ungeborenen Kindes) ist vorhanden:

ja

## B-1F Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO)

### B-1F.1 Vollständiger Name der Fachabteilung Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO)

## Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie

### B-1F.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung HNO

- Gesamtes Spektrum der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie der Kopf- und Halschirurgie

### B-1F.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung HNO

- Endoskopie des HNO-Fachgebietes einschließlich der Behandlung von Kehlkopf- und Luftröhrenkrankungen, vor allem für die endoskopische Laser-Mikrochirurgie des Kehlkopfkrebsses
- Tumorchirurgie des Fachgebietes einschließlich der Laser-Operationen
- Mikrochirurgie des Ohres und der endonasalen Nebenhöhlenchirurgie
- Plastisch-Kosmetische Chirurgie des Kopf-Halsbereiches
- Behandlung von Patienten, die akut oder chronisch unter Tinnitus, Hörminderung oder Erkrankungen des Gleichgewichtsorganes leiden

### B-1F.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung HNO

- Ambulanz mit allgemeiner HNO-ärztlicher, phoniatisch-pädaudiologischer sowie eine otoneurologischer Sprechstunde
- Ambulante Operationen

### B-1F.5 Top-10 DRG (Fallpauschalen) der Fachabteilung HNO

Die Top-10 DRG (Fallpauschalen) (nach absoluter Fallzahl) der HNO im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	DRG 3-stellig	Text Fallpauschale (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fall- zahl
1	D06	Operationen an Nasennebenhöhlen, Warzenfortsatz oder aufwändige Operationen am Mittelohr	413
2	D66	Sonstige Krankheiten an Ohr, Nase, Mund oder Hals	382
3	D11	Entfernung der Gaumenmandeln	351
4	D09	Verschiedene Operationen an Ohr, Nase, Mund oder Hals	287
5	D10	Verschiedene Operationen an der Nase	228
6	D68	Krankheiten und Störungen an Ohr, Nase, Mund oder Hals (ein Behandlungstag)	192
7	D61	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel)	108
8	Z62	Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung	88
9	D14	Operationen bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes oder des Halses (ein Behandlungstag)	86
10	D63	Mittelohrentzündung oder Infektionen (= Erregerbefall) der oberen Atemwege	69

## B-1F.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung HNO

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der HNO im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Text Diagnosegruppe (in umgangssprachlicher Kletterschrift, deutsch)	Fallzahl
1	J35	Chronische (= anhaltende) Krankheiten der Gaumen- oder Rachenmandeln	347
2	J32	Chronische (= anhaltende) Nasennebenhöhlenentzündung	288
3	J34	Sonstige Krankheiten der Nase und der Nasennebenhöhlen	217
4	S02	Schädelbruch oder Bruch der Gesichtsschädelknochen	192
5	H91	Sonstiger Hörverlust	184
6	Z08	Nachuntersuchung nach Krebsbehandlung	148
7	J38	Sonstige Krankheiten der Stimmbänder und -lippen und des übrigen Kehlkopfes	137
8	H81	Störungen der Gleichgewichtsfunktion	111
9	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Mittelohrentzündung	79
10	J36	Abszess (= Eiteransammlung) an den Gaumenmandeln	79

<sup>1)</sup> Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

## B-1F.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Fachabteilung HNO

Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der HNO im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Text Operationen-/Eingriffsgruppe (in umgangssprachlicher Kletterschrift, deutsch)	Fallzahl
1	5-281	Entfernung der Gaumenmandeln (ohne Entfernung der Rachenmandeln)	245
2	5-222	Operation am Siebbein oder an der Keilbeinhöhle	186
3	5-214	Entfernung von Nasenscheidewand-Teilen unter der Schleimhaut oder formende (= plastische) Wiederherstellung der Nasenscheidewand	138
4	5-216	Begradigung eines Nasenbruchs	135
5	1-611	Rachenspiegelung	107
6	1-610	Kehlkopfspiegelung	98
7	5-319	Sonstige Operationen am Kehlkopf oder an der Luftröhre	62
8	5-194	Verschluss eines Trommelfell-Lochs	47
9	5-285	Entfernung der Rachenmandeln (ohne Entfernung der Gaumenmandeln)	46
10	5-282	Entfernung der Rachenmandeln mit Entfernung der Gaumenmandeln	42

## B-1F.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung HNO

Schlüssel nach § 301 SGB V	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer (VD) in Tagen	Für diese Fachabteilung gibt es spezielle Kinderbetten (ja, eigene / ja, in Pädiatrie / nein)	In dieser Fachabteilung stehen Kinderkrankenschwestern / -pfleger zur Verfügung? (ja, eigene / ja, in Pädiatrie / nein)
2600	<b>Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde</b>	<b>6,1</b>	<b>Ja, eigene und in Pädiatrie</b>	<b>Ja, eigene und in Pädiatrie</b>

### B-1E.8.1 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V

**Anzahl der Behandlungen** in der HNO nach § 116 SGB V (persönliche Ermächtigung zur ambulanten Behandlung) pro Jahr: **2.530**

## B-1G Innere Medizin; Allgemeine Innere Medizin

### B-1G.1 Vollständiger Name der Fachabteilung Allgemeine Innere Medizin

**Klinik für Allgemeine Innere Medizin,  
Gastroenterologie, Hepatologie, Stoffwechselerkrankungen,  
Endokrinologie, Infektiologie, Onkologie und Akutgeriatrie**

### B-1G.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung Allgemeine Innere Medizin

- Alle Gebiete der Inneren Medizin.

### B-1G.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung Allgemeine Innere Medizin

- Gastroenterologie und Hepatologie
- Diabetes und Stoffwechselerkrankungen einschließlich endokriner Drüsen
- Infektionskrankheiten
- Tumorerkrankungen
- Schlaganfallbehandlung
- Behandlung von Patienten mit internistischen Notfällen einschließlich aller Vergiftungen

### B-1G.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung Allgemeine Innere Medizin

- Internistische Ambulanz
- Fußambulanz
- Schulungszentrum für Typ-1- und Typ-2-Diabetiker

### B-1G.5 Top-10 DRG (Fallpauschalen) der Fachabteilung Allgemeine Innere Medizin

Die Top-10 DRG (Fallpauschalen) (nach absoluter Fallzahl) der Allgemeinen Inneren Medizin im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	DRG 3-stellig	Text Fallpauschale (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fall- zahl
1	H61	Krebs am Leber-Galle-System oder an der Bauchspeicheldrüse	264
2	E62	Infektionen (= Erregerbefall) und Entzündungen der Atmungsorgane	235
3	G60	Krebs der Verdauungsorgane	212
4	G47	Sonstige Magenspiegelung bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane	183
5	G48	Dickdarmspiegelung	178
6	E71	Gutartige Geschwulst oder Krebs der Atmungsorgane	151
7	R65	Sonstige das Blut betreffende solide Geschwulst oder Krebserkrankung	130
8	K60	Zuckerkrankheit (= Diabetes mellitus)	102
9	R61	Lymphknotenschwellung oder nicht akute Leukämie (= gemäßigter Blutkrebs)	96
10	Q61	Erkrankungen der roten Blutkörperchen	87

### B-1G.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung Allgemeine Innere Medizin

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Allgemeinen Inneren Medizin im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Text Diagnosegruppe (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	J18	Lungenentzündung, Erreger nicht näher bestimmt	263
2	C78	Krebs der Atmungs- oder Verdauungsorgane (nachrangiger Ortsbestimmung)	220
3	E11	Zuckerkrankheit ohne sofortige Insulinpflicht (= Diabetes mellitus Typ II)	189
4	C34	Lungen- oder Bronchialkrebs (Bronchien = Luftröhrenverästelungen)	102
5	C25	Bauchspeicheldrüsenkrebs	98
6	K92	Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	87
7	E86	Flüssigkeitsmangel (= Volumenmangel)	83
8	J44	Sonstige chronische (= anhaltende) Lungenkrankheiten, die die Atemwege einengen	69
9	K80	Gallensteinleiden	68
10	C18	Dickdarmkrebs	66

<sup>1)</sup> Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

### B-1G.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Fachabteilung Allgemeine Innere Medizin

Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Allgemeinen Inneren Medizin im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Text Operationen-/Eingriffsgruppe (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	1-632	Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms	1346
2	1-650	Dickdarmsspiegelung	665
3	1-440	Probenentnahme am oberen Verdauungstrakt, an den Gallengängen oder der Bauchspeicheldrüse mithilfe einer Spiegelung	427
4	8-831	Legen, Wechseln oder Entfernen eines zentralen Venen-Katheters	231
5	1-424	Probenentnahme am Knochenmark (ohne Einschnitt)	204
6	1-620	Spiegelung der Luftröhre und ihrer Verästelungen (= Bronchien)	204
7	1-444	Probenentnahme am unteren Verdauungstrakt mithilfe einer Spiegelung	192
8	5-452	Örtliche Ausschneidung oder Abtragung von erkranktem Dickdarmgewebe	160
9	5-469	Sonstige Operationen am Darm	110
10	5-431	Anlegen eines künstlichen Magen Zugangs	81

### B-1G.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung Allgemeine Innere Medizin

Schlüssel nach § 301 SGB V	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer (VD) in Tagen	Für diese Fachabteilung gibt es spezielle Kinderbetten (ja, eigene / ja, in Pädiatrie / nein)	In dieser Fachabteilung stehen Kinderkrankenschwestern / -pfleger zur Verfügung? (ja, eigene / ja, in Pädiatrie / nein)
0100	<b>Innere Medizin</b>	<b>8,0</b>	<b>Nein</b> , Behandlung in unserer Pädiatrie	<b>Nein</b> , Behandlung in unserer Pädiatrie

#### B-1F.8.1 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V

**Anzahl der Behandlungen** in der Allgemeinen Inneren Medizin nach § 116 SGB V (persönliche Ermächtigung zur ambulanten Behandlung) pro Jahr: **2.570**

## B-1H Innere Medizin; Kardiologie

### B-1H.1 Vollständiger Name der Fachabteilung Kardiologie

## Klinik für Innere Medizin und Kardiologie, Angiologie, Pulmologie und Nephrologie

### B-1H.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung Kardiologie

- Behandlung von Herzerkrankungen
- Behandlung von Lungen- und Nierenerkrankungen

### B-1H.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung Kardiologie

- Untersuchung und Behandlung von koronaren Herzerkrankungen, Herzinfarkten, Herzklappenfehlern, Herzmuskelerkrankungen und Herzrhythmusstörungen
- Notfallbehandlung in 24-Stunden-Bereitschaft
- Untersuchung und Behandlung von Lungenerkrankungen

### B-1H.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung Kardiologie

- Internistische Ambulanz
- Untersuchung und Behandlung von Nierenerkrankungen in Kooperation mit nephrologischer Gemeinschaftspraxis

### B-1H.5 Top-10 DRG (Fallpauschalen) der Fachabteilung Kardiologie

Die Top-10 DRG (Fallpauschalen) (nach absoluter Fallzahl) der Kardiologie im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	DRG 3-stellig	Text Fallpauschale (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fall- zahl
1	F43	Eindringende Herzdiagnostik (ohne Herzerkrankungen durch verengte Herzkranzgefäße)	541
2	F10	Aufdehnung von Herzkranzgefäßen mittels Herzkatheter nach akutem Herzinfarkt	251
3	F62	Herzleistungsschwäche oder Schock	245
4	F72	Zunehmende Herzenge (= instabile Angina pectoris)	243
5	F15	Aufdehnung von Herzkranzgefäßen oder Einsetzen einer Gefäßstütze per Herzkatheter (ohne vorangegangenem akutem Herzinfarkt)	225
6	F71	Leichte oder mittlere Herzrhythmusstörung oder Reizleitungsstörung im Herzmuskel	151
7	F67	Bluthochdruck	98
8	F41	Herz-Kreislaufkrankungen mit akutem Herzinfarkt, mit eindringender Herzdiagnostik	93
9	F73	Ohnmachtsanfall oder Kreislaufzusammenbruch	82
10	F16	Aufdehnung von Herzkranzgefäßen mittels Herzkatheter ohne Einsetzen einer Gefäßstütze (ohne vorangegangenem akutem Herzinfarkt)	73

## B-1H.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung Kardiologie

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Kardiologie im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Text Diagnosegruppe (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I20	Herzenge (= Angina pectoris)	911
2	I21	Akuter Herzinfarkt	446
3	I50	Herzleistungsschwäche	365
4	I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern (= Herzrhythmusstörungen an den vorderen Herzkammern)	157
5	I25	Chronische (= anhaltende) Herzkrankheit wegen Minderdurchblutung	110
6	R55	Ohnmachtsanfall oder Kreislaufzusammenbruch	104
7	J18	Lungenentzündung, Erreger nicht näher bestimmt	89
8	I10	Bluthochdruck ohne erkennbare Ursache	86
9	I11	Durch Bluthochdruck verursachte Herzkrankheit	62
10	I47	Anfallartiges Herzjagen	60

<sup>1)</sup> Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierichtlinien.

## B-1H.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Fachabteilung Kardiologie

Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Kardiologie im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Text Operationen-/Eingriffsgruppe (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	8-837	Eingriffe an den Blutgefäßen des Herzen und an den Herzkranzgefäßen mittels eines durch die Haut eingeführten Gefäßkatheters	911
2	1-275	Linksherz-Katheteruntersuchung mit Zugang über die Schlagadern	446
3	3-604	Bildliche Darstellung der Schlagadern des Bauchraumes	365
4	1-632	Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms	157
5	8-836	Eingriffe an Blutgefäßen mittels eines durch die Haut eingeführten Gefäßkatheters (ohne Lungen- oder Herzgefäße)	110
6	8-831	Legen, Wechseln oder Entfernen eines zentralen Venen-Katheters	104
7	1-440	Probenentnahme am oberen Verdauungstrakt, an den Gallengängen oder der Bauchspeicheldrüse mithilfe einer Spiegelung	89
8	1-273	Rechtsherz-Katheteruntersuchung	86
9	1-620	Spiegelung der Luftröhre und ihrer Verästelungen (= Bronchien)	62
10	5-399	Sonstige Operationen an Blutgefäßen	60

## B-1H.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung Kardiologie

Schlüssel nach § 301 SGB V	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer (VD) in Tagen	Für diese Fachabteilung gibt es spezielle Kinderbetten (ja, eigene / ja, in Pädiatrie / nein)	In dieser Fachabteilung stehen Kinderkrankenschwestern / -pfleger zur Verfügung? (ja, eigene / ja, in Pädiatrie / nein)
0300	<b>Kardiologie</b>	<b>6,7</b>	<b>Nein</b> , Behandlung in unserer Pädiatrie	<b>Nein</b> , Behandlung in unserer Pädiatrie

### B-1H.8.1 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V

**Anzahl der Behandlungen** in der Kardiologie nach § 116 SGB V (persönliche Ermächtigung zur ambulanten Behandlung) pro Jahr: **1.988**

## **B-11 Kinderheilkunde und Jugendmedizin**

### **B-11.1 Vollständiger Name der Fachabteilung Kinderheilkunde und Jugendmedizin**

#### **Klinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin**

### **B-11.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung Kinderheilkunde und Jugendmedizin**

- Alle Gebiete der Kinderheilkunde und Jugendmedizin

### **B-11.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung Kinderheilkunde und Jugendmedizin**

- Erkrankungen von Neugeborenen (Perinatalzentrum)
- Erkrankungen der Verdauungs- und Stoffwechselorgane inkl. Leber
- Autoimmunerkrankungen
- Erkrankungen der Nieren, der Lungen, des Herz-Kreislauf-Systems und des Nervensystems inklusive der kindlichen Entwicklungsstörungen
- Kinderchirurgische Erkrankungen

### **B-11.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung Kinderheilkunde und Jugendmedizin**

- Kindernotaufnahme
- Kinderintensivstation
- Schule für Kinder
- Elternschulung in Erster Hilfe bei Säuglingen und Kindern
- Kinderpsychologischer Dienst
- Breites Spektrum an diagnostischen und therapeutischen Verfahren in Zusammenarbeit mit den anderen Fachdisziplinen im Hause
- Tumornachsorge



### B-11.5 Top-10 DRG (Fallpauschalen) der Fachabteilung Kinderheilkunde und Jugendmedizin

Die Top-10 DRG (Fallpauschalen) (nach absoluter Fallzahl) der Kinderheilkunde und Jugendmedizin im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	DRG 3-stellig	Text Fallpauschale (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	G67	Speiseröhrentzündung, Magen-Darm-Entzündung bzw. verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane	554
2	P67	Versorgung eines Neugeborenen ab 2500 Gramm Geburtsgewicht (ohne größere Behandlung oder Langezeitbeatmung)	364
3	D63	Mittelohrentzündung oder Infektionen (= Erregerbefall) der oberen Atemwege	187
4	E69	Bronchitis (= Entzündung der Luftröhrenverästelungen) oder Bronchialasthma (= Luftnotattacken wegen sich verengender Atemwege)	150
5	E62	Infektionen (= Erregerbefall) und Entzündungen der Atmungsorgane	130
6	P66	Versorgung eines Neugeborenen zwischen 2000 und 2500 Gramm Geburtsgewicht (ohne größere Behandlung oder Langezeitbeatmung)	111
7	B76	Anfälle	90
8	D68	Krankheiten und Störungen an Ohr, Nase, Mund oder Hals (ein Behandlungstag)	83
9	B80	Sonstige Kopfverletzungen	71
10	G49	Dickdarm- oder Magenspiegelung (ein Behandlungstag)	68

### B-11.6 Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Fachabteilung Kinderheilkunde und Jugendmedizin

Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen der Kinderheilkunde und Jugendmedizin im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Text Diagnosegruppe (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	A09	Durchfall bzw. Magen-Darm-Entzündung bei vermuteter Infektion (= Erregerbefall)	203
2	K59	Sonstige Störungen der Darmfunktion	138
3	J06	Akute Infektionen (= Erregerbefall) der oberen Atemwege, an mehreren oder nicht näher bezeichneten Stellen	121
4	J20	Akute Bronchitis (= Entzündung der Luftröhrenverästelungen)	115
5	J18	Lungenentzündung, Erreger nicht näher bestimmt	109
6	A08	Darminfektionen durch Viren oder sonst näher bestimmten Erregern	81
7	S06	Verletzungen im Schädelinneren	81
8	J35	Andauernde (= chronische) Krankheiten der Gaumen- und Rachenmandeln	65
9	K21	Krankhafter Rückfluss von Magensäure in die Speiseröhre	63
10	G40	Epilepsie (Krampfleiden)	59

<sup>1)</sup> Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierlinien.

### B-11.7 Die 10 häufigsten Operationen/Eingriffe der Fachabteilung Kinderheilkunde und Jugendmedizin

Die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Kinderheilkunde und Jugendmedizin im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Text Operationen-/Eingriffsgruppe (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	1-632	Spiegelung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms	87
2	1-440	Probenentnahme am oberen Verdauungstrakt, an den Gallengängen oder der Bauchspeicheldrüse mithilfe einer Spiegelung	53
3	1-204	Untersuchung des Gehirn- und Rückenmarkflüssigkeitssystems	32
4	1-444	Probenentnahme am unteren Verdauungstrakt mithilfe einer Spiegelung	27
5	1-650	Dickdarmspiegelung	15
6	1-631	Spiegelung der Speiseröhre und des Magens	13
7	5-431	Anlegen eines künstlichen Magenzugangs	8
8	8-831	Legen, Wechseln oder Entfernen eines zentralen Venen-Katheters	6
9	5-624	Operative Befestigung der Hoden im Hodensack	5
10	8-100	Fremdkörperentfernung mithilfe einer Spiegelung	5

### B-11.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung Kinderheilkunde und Jugendmedizin

Schlüssel nach § 301 SGB V	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer (VD) in Tagen	Für diese Fachabteilung gibt es spezielle Kinderbetten (ja / nein)	In dieser Fachabteilung stehen Kinderkrankenschwestern / -pfleger zur Verfügung? (ja / nein)
1000	<b>Pädiatrie</b> (Kinderheilkunde und Jugendmedizin)	<b>5,5</b>	<b>Ja</b>	<b>Ja</b>

#### B-11.8.1 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V

**Anzahl der Behandlungen** in der Kinderheilkunde und Jugendmedizin nach § 116 SGB V (persönliche Ermächtigung zur ambulanten Behandlung) pro Jahr: **2.020**

## B-1J Weitere spezifische Angaben

### B-1J.1 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

(siehe auch Abschnitt B-1E)

B-1J.1.1 Anzahl der Geburten pro Jahr

**Anzahl der Geburten** im Berichtsjahr 2004: **1.145 Entbindungen** mit 1.182 geborenen Kindern

B-1J.1.2 Besondere Versorgung des Kindes

Eine **Neugeborenen-Intensivstation** im Gebäude ist vorhanden:

ja

Ein Zugriff auf die **Pädiatrie mit pädiatrischer Notfallversorgung** ist möglich:

ja

Ein eigener **Not-Sectio-Raum** (OP-Saal für dringende Kaiserschnitte) besteht:

ja, in unmittelbarer Nachbarschaft zum Kreißsaal

Die Möglichkeit der **zentralen CTG-Überwachung** (Überwachung der Herzaktivität des ungeborenen Kindes) ist vorhanden:

ja

### B-1J.2 Urologie

Eine Urologie wird nicht im Marienhospital Osnabrück vorgehalten, sondern in Kooperation durchgeführt.

### B-1J.3 Intensivmedizin

B-1J.3.1 Art der Intensivmedizin

**interdisziplinär operativ** (Operative Intensivstation)

*fachgebunden operativ*

**interdisziplinär operativ/konservativ** (Kinderintensivstation)

**fachgebunden konservativ** (Internistische Intensivstation)

B-1J.3.2 Wachstation

Eine zusätzliche **Wachstation** („Intermediate Care“) besteht:

ja

Für diese besteht eine **ärztliche Leitung**:

ja

B-1J.3.3 Patientenzahl

Die Intensivstationen behandelten im Berichtsjahr 2004:

**848 Fälle** auf der operativen Intensivstation

**1.711 Fälle** auf der internistischen Intensivstation

**246 Fälle** auf der Kinderintensivstation

**2.805 Fälle** gesamt

B-1J.3.4 Beatmungsdauer

Die durchschnittliche Beatmungsdauer der Intensivpatienten betrug:

**2.272 Minuten** je Intensivpatient der operativen Intensivstation (**26 % der Intensivpatienten beatmet**)

**554 Minuten** je Intensivpatient der internistischen Intensivstation (**14 % der Intensivpatienten beatmet**)

**4.834 Minuten** je Intensivpatient der Kinderintensivstation (**38 % der Intensivpatienten beatmet**)

**1.448 Minuten** je Intensivpatient im Gesamtmittel (**insgesamt 20 % der Intensivpatienten beatmet**)

## B-1J.4 Anästhesie

### B-1J.4.1A Anzahl Anästhesien (Narkosen)

Die Anzahl der Anästhesien (Narkosen) insgesamt: 11.189  
differenziert nach:

Anzahl der Allgemeinanästhesien (Vollnarkosen): 9.466  
Anzahl der Regionalanästhesien (örtliche Betäubungen): 1.723

### B-1J.4.1B Differenzierung Anästhesien (Narkosen)

Differenzierung der Anästhesien (Narkosen) nach ASA-Klassifikation (Risikoeinstufung):

Klasse	Anteil (in %)	Fallzahl 2004	Beschreibung
ASA 1	25,4 %	2.430	Normale, sonst gesunde Patienten
ASA 2	48,0 %	4.590	Patienten mit leichten Allgemeinerkrankungen, die nicht zu Leistungseinschränkungen führen
ASA 3	23,5 %	2.247	Patienten mit schweren Allgemeinerkrankungen, die zu Leistungseinschränkungen führen
ASA 4	2,8 %	270	Patienten mit schweren Allgemeinerkrankungen, die das Leben bedrohen
ASA 5	0,2 %	19	Moribunde Patienten, d.h. Tod innerhalb von 24 Stunden zu erwarten

## B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

### B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V

Gesamtzahl der ambulanten Operationen: 1.143  
(absolute Fallzahl im Berichtsjahr 2004)

### B-2.2 Jeweilige Top-5 der ambulanten Operationen der Fachabteilungen

#### B-2.2A Top-5 der ambulanten Operationen der Allgemeinchirurgie

Die Top-5 der ambulanten Operationen der Fachabteilung im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	EBM-Nr. vollstellig	Text der Abrechnungsnummer (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	1741	Plastische Operation der Vorhaut oder des Bändchens	11
2	2105	Entnahme eines Stücks oder einer Probe aus tief liegendem Körpergewebe	10
3	2621	Operation eines Nabel- oder Mittellinienbruches (= Eingeweidebrüche)	9
4	2741	Operation eines Einrisses im Afterbereich auch mit Schließmuskeldurchtrennung	8
5	1761	Operation eines Wasser- oder Samenbruchs (mit Flüssigkeitsansammlung)	4

#### B-2.2B Top-5 der ambulanten Operationen der Augenheilkunde

Die Top-5 der ambulanten Operationen der Fachabteilung im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	EBM-Nr. vollstellig	Text der Abrechnungsnummer (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	1353	Linsenausschöpfung auch mit Entfernung von Teilen der Iris (= Regenbogenhaut)	391
2 - 5	-	-	-

#### B-2.2C Top-5 der ambulanten Operationen der Gefäßchirurgie

Die Top-5 der ambulanten Operationen der Fachabteilung im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	EBM-Nr. vollstellig	Text der Abrechnungsnummer (in umgangssprachlicher Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1	2862	Erweiterung der Venenöffnung und/oder Unterbindung der inseitigen Ober- und Unterschenkelvene	42
2	2861	Erweiterung der Venenöffnung und/oder Unterbindung der Vene and Unterschenkelrückseite und Fußrand	10
3	2860	Entfernung oder Unterbindung von Seitenastkrampfadern	2
4 + 5	-	-	-

### B-2.2D Top-5 der ambulanten Operationen der Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Die Top-5 der ambulanten Operationen der Fachabteilung im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	EBM-Nr. vollstellig	Text der Abrechnungsnummer (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	1104	Ausschabung Gebärmutterhöhle und des Gebärmutterhalskanals	57
2	1060	Ausräumung einer leeren Fruchtblase oder einer abgestorbenen Leibesfrucht	56
3	1110	Gebärmutter Spiegelung gegebenenfalls mit Probenentnahme	56
4	1141	Entfernung oder Vernähen einer Flüssigkeitgeschwulst der Scheide	5
5	-	-	-

### B-2.2E Top-5 der ambulanten Operationen der HNO

Die Top-5 der ambulanten Operationen der Fachabteilung im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	EBM-Nr. vollstellig	Text der Abrechnungsnummer (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	1557	Anlage eines Paukenhöhlenabfluss	242
2	1485	Rachenmandelentfernung	186
3	1556	Eröffnung des Trommelfells	126
4	1517	Probeentnahme aus dem Kehlkopf	116
5	1414	Operativer Eingriff an und in der Nase	74

### B-2.2F Top-5 der ambulanten Operationen der Kardiologie

Die Top-5 der ambulanten Operationen der Fachabteilung im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	EBM-Nr. vollstellig	Text der Abrechnungsnummer (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	5120	Herzkatheteruntersuchung mit Abbildung der Herzkranzgefäße	60
2 - 5	-	-	-

### B-2.2G Top-5 der ambulanten Operationen der Kinderheilkunde und Jugendmedizin (in Kooperation mit der HNO-Heilkunde)

Die Top-5 der ambulanten Operationen der Fachabteilung im Berichtsjahr 2004 sind:

Rang	EBM-Nr. vollstellig	Text der Abrechnungsnummer (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	1485	Rachenmandelentfernung	53
2	1557	Anlage eines Paukenhöhlenabfluss	45
3	1556	Eröffnung des Trommelfells	43
4	-	-	-

### B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen

Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr 2004):

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V):	-
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V):	-
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V):	-

## B-2.4 Personal

### B-2.4A Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst

Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres 2004)

Schlüssel nach § 301 SGB V	Abteilung / Bereich	Ärztliche Leitung (ja/nein)	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung	Anzahl der Ärzte mit fakultativer Weiterbildung <sup>1</sup>	Anzahl der Ärzte im Praktikum	Es liegt eine Weiterbildungsbeugnis vor (ja/nein)
0100	Innere Medizin	Ja	16	10	5	1	-	Ja
0300	Kardiologie	Ja	14	7	6	1	-	Ja
1000	Pädiatrie	Ja	16	10	6	-	-	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	Ja	11	3	8	-	-	Ja
1600	Unfallchirurgie	Ja	11	3	8	-	-	Ja
1800	Gefäßchirurgie	Ja	8	2	6	-	-	Ja
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Ja	11	7	4	-	-	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Ja	13	6	7	-	-	Ja
2700	Augenheilkunde	Ja	9	3	6	-	-	Ja
3751	Radiologie	Ja	9	1	8	-	-	Ja
-	Anästhesie	Ja	31	11	20	-	-	Ja
-	Laboratoriumsmedizin	Ja	2	-	2	-	-	Ja
	<b>Gesamt</b>	<b>12</b>	<b>151</b>	<b>63</b>	<b>86</b>	<b>2</b>	<b>-</b>	

<sup>1</sup>Facharzt mit Zusatzbezeichnung

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbeugnis (gesamtes Krankenhaus): 17

### B-2.4B Personalqualifikation im Pflegedienst

Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres 2004):

Schlüssel nach § 301 SGB V	Abteilung	Anzahl Pflegekräfte insgesamt <sup>1)</sup>	Anteil examinierter Pflegekräfte <sup>2)</sup>	Anteil Pflegekräfte mit Fachweiterbildung <sup>3)</sup>	Anteil Krankenpflegehelfer/-in <sup>4)</sup>	Hilfspersonal wird eingesetzt (ja/nein)
0100	Innere Medizin	42	92,9 %	21,4 %	7,1 %	nein
0300	Kardiologie	68	98,5 %	33,8 %	1,5 %	nein
1000	Pädiatrie	92	100 %	17,4 %	0,0 %	nein
1500	Allgemeine Chirurgie	44	97,7 %	31,8 %	2,3 %	nein
1600	Unfallchirurgie	45	100 %	17,8 %	0,0 %	nein
1800	Gefäßchirurgie	45	100 %	31,1 %	0,0 %	nein
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	43	100 %	9,3 %	0,0 %	nein
2500	Geburtshilfe	29	100 %	3,4 %	0,0 %	nein
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	15	100 %	6,7 %	0,0 %	nein
2700	Augenheilkunde	21	100 %	33,3	0,0 %	nein
-	Anästhesie	26	100 %	76,9 %	0,0 %	nein
	<b>Gesamt</b>	<b>470</b>	<b>98,7 %</b>	<b>24,9 %</b>	<b>1,3 %</b>	<b>nein</b>

<sup>1)</sup> Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt

<sup>2)</sup> Prozentualer Anteil der examinieren Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre)

<sup>3)</sup> Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre + Fachweiterbildung)

<sup>4)</sup> Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/ -in (1 Jahr)

Anteil der Mitarbeiter des Kranken- und Pflegepersonals mit (nur) zweijähriger Ausbildung: keine

Anteil der Mitarbeiter im Pflegedienst, die über gar keine Ausbildung verfügen: keine

## B-2.4C Personalqualifikation Psychologischer Dienst

Anteil der psychologischen Psychotherapeuten (bzgl. Gesamtzahl der Dipl.-Psychologen): keine

## B-2.4D Stellenbesetzung

Die Stellenbesetzung\* am 31.12. des Berichtsjahrs 2004 betrug:

Ärztlicher Dienst:	137,7
Pflegedienst:	331,1
Medizinisch-Technischer Dienst:	105,5
Funktionsdienst:	124,1
Klinisches Hauspersonal:	59,9
Wirtschafts- und Versorgungsdienst:	99,5
Technischer Dienst:	16,2
Verwaltungsdienst:	53,0
Sonderdienste:	5,9
Personal der Ausbildungsstätten:	12,3
Sonstiges Personal:	14,9
<b>Gesamt:</b>	<b>960,1</b>

\* Hinweis: Durch Teilzeitbeschäftigungen haben wir mehr Mitarbeiter (rd. 1.500) als Vollzeit-Stellen

## B-2.4E Weitergebildete Mitarbeiter

Am 31.12. des Berichtsjahrs 2004 waren weitergebildet:

Mitarbeiter Anästhesie / Intensivmedizin:	118
Mitarbeiter im OP	29
Mitarbeiter im Verwaltungsdienst:	17
Mitarbeiter in der Hygiene:	2
Mitarbeiter für die Praxisanleitung:	128
Stomatherapeuten:	2
Diabetesfachschwestern/-pfleger:	2
Mitarbeiter Ernährungsfachpflege:	4
Qualitäts-/Prozessberater:	2

## B-2.4F Berufsgruppen zur psychosozialen Betreuung

Am 31.12. des Berichtsjahrs 2004 waren beschäftigt:

Sozialarbeiter:	3
Dipl.-Psychologen:	1
Seelsorger:	4



## C 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 der 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"/>	89 %	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"/>	96 %	104 %
9	Wechsel künstliches Hüftgelenk	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73 %	101 %
10	Halsschlagader-Rekonstruktion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97 %	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 und Aufweitung von Engstellen	<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"/>	95 %	93 %
17	Geburtshilfe	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	91 %	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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	94 %	130 %
20	<b>Gesamt</b>					96,6 %	k.A.

<sup>1</sup> MHO: für 2004 gemeldete und von der Auswertungsstelle angenommene Fälle in Bezug auf 2004 erbrachte Fälle;  
Bund: für 2003 gemeldete Fälle in Bezug auf für 2002 (!) vereinbarte (!) Leistungszahlen. Aktuellere Zahlen sind bei Erstellung dieses Berichts nicht verfügbar. Bundesangaben fehlerbehaftet auch über 100%.

### 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 des Leistungsspektrums nimmt das Marienhospital Osnabrück an der folgender DMP-Qualitätssicherungsmaßnahme teil:

- DMP Diabetes Mellitus Typ II

## C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V im Berichtsjahr 2004

Leistung <sup>1)</sup>	OPS- Kode der einbezogenen Leistungen <sup>1)</sup>	Mindestmenge <sup>1)</sup> (pro Jahr) pro KH/ pro gelistetem Operateur <sup>2)</sup>	Leistung wurde im Berichtsjahr im KH erbracht (ja/nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH (4a) pro gelistetem Operateur (4b) <sup>2)</sup>		Fälle mit Komplikationen
				4a	4b	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Lebertransplantation		10 / -	nein			
Nierentransplantation		20 / -	nein			
<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus (Speiseröhre)</b>		<b>5 / 5</b>	<b>Ja</b>	<b>10 ✓</b>	<b>5; 5 ✓</b>	<b>4</b>
Muskeldurchtrennung der Speiseröhre, offen chirurgisch	5-420.0		Ja	1	1; -	-
Muskeldurchtr. Speiseröhre, offen-chirurg.; schlund-/nackenbezogen	5-420.1		Ja	1	-; 1	-
Teilentfernung Speiseröhre <u>ohne</u> Wiederherstellung Zusammenhang	5-423.0 - .y		nein	-	-	-
Teilentfern. <u>mit</u> Wiederherstellung Zusammenhang; brustkorbbezogen	5-424.0		nein	-	-	-
Teilentfernung <u>mit</u> Wiederherstellung Zus.; brustkorb-/bauchbezogen	5-424.1		Ja	1	1; -	-
Teilentfernung <u>mit</u> Wiederherstellung Zusammenhang; bauchbezogen	5-424.2		Ja	1	-; 1	-
Teilentfernung <u>mit</u> Wiederherstellung Zusammenhang; sonst / n.n.bez.	5-424.x & .y		nein	-	-	-
Voll-Entfernung Speiseröhre <u>ohne</u> Wiederherstellung Zusammenhang	5-425.0 - .y		nein	-	-	-
Voll-Entfernung <u>mit</u> Wiederherstellung Zusammenh; durch Mittelfell	5-426.0		Ja	1	1; -	1
Voll-Entfern. <u>mit</u> Wiederherst. Zus.; [...] ohne Lymphknotenentfernung	5-426.1		nein	-	-	-
Voll-Entfern. <u>mit</u> Wiederherst. Zus.; [...] mit Lymphknotenentfernung	5-426.2		Ja	4	2; 2	3
Voll-Entfernung <u>mit</u> Wiederherstellung Zusammenh.; sonst / n.n.bez.	5-426.x & .y		nein	-	-	-
Gesonderte Wiederherstellung der Durchgängigkeit der Speiseröhre	5-427.0 - .y		nein	-	-	-
Umstechung von Speiseröhrenkrampfadern	5-429.2		nein	-	-	-
Magenentfernung, Speiseröhrenteilentfernung; Dünndarmverlagerung	5-438.0		Ja	1	-; 1	-
Magenentfernung, Speiseröhrenteilentfernung; sonst	5-438.1 & .x		nein	-	-	-
<b>Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas (Bauchspeicheldrüse)</b>		<b>5 / 5</b>	<b>Ja</b>	<b>11 ✓</b>	<b>6; 5 ✓</b>	<b>2</b>
Örtliche Aufschneidung und Ausmerzungen von erkranktem Gewebe	5-521.0 - .2		nein	-	-	-
Innere Flüssigkeitsableitung aus der Bauchspeicheldrüse	5-523.2 & .x		nein	-	-	-
Linksseitige Teilentfernung der Bauchspeicheldrüse	5-524.0		Ja	3	2; 1	-
Teilentfernung Bauchspeicheldrüse, Zwölffingerdarm und Magen	5-524.1		Ja	1	-; 1	1
Entfernung des Bauchspeicheldrüsenkopfs, Magenausgang erhaltend	5-524.2		Ja	7	4; 3	1
Teilentfernung der Bauchspeicheldrüse; sonst	5-524.3 & .x		nein	-	-	-
Voll-Entfernung der Bauchspeicheldrüse	5-525.0 - .x		nein	-	-	-
Stammzelltransplantation		10 bis 14 / -	nein			

[Grau unterlegte Felder sind nicht auszufüllen]

<sup>1)</sup> Entsprechend der im Berichtsjahr 2004 geltenden Anlage 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

<sup>2)</sup> Angaben jeweils bezogen auf den Arzt/Operateur, der diese Leistung erbringt.

## C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarungen nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Nicht relevant, da bei allen erbrachten Leistungen die vereinbarten Mindestmengen erreicht wurden.

# Systemteil

## D Qualitätspolitik

### Unser Bestimmungszweck:

„Auf Grundlage des christlichen Sittengesetzes und der ethischen Weisungen der katholischen Kirche dient das Marienhospital dem Zweck, durch ärztliche und pflegerische Hilfestellung 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]

### Unsere Perspektive:

Zusammen mit den übrigen Krankenhausstandorten unter dem Dach der Managementgesellschaft katholischer Krankenhäuser der Region Osnabrück mbH (MKO), d.h. dem Franziskushospital Harderberg (Georgsmarienhütte) und dem Krankenhaus St. Raphael Osterkappeln, streben wir an:

- Unser **katholisches Profil** ist positiv wahrnehmbar
- Unsere **Mitarbeiter sind motiviert** und zufrieden
- Wir sind **Marktführer** in Süd-West- Niedersachsen
- Alle wichtigen **Synergien** sind geprüft und ggf. erschlossen
- Unsere Einrichtungen sind aus eigener Kraft **finanziell handlungsfähig**
- Unsere Führungskräfte nehmen erkennbar ihre **Führungsverantwortung** im Verbund wahr
- Jeder Standort hat sein **individuelles Profil** erhalten und geschärft
- Das **medizinische Leistungsangebot** unserer drei Krankenhäuser ist abgestimmt und ergänzt
- Unsere Einrichtungen sind in ein **caritatives Netzwerk** eingebunden

### Unser Leitbild:

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...

### Unsere Ziele:

Aufbauend auf dem Leitbild wurden von der Hausleitung **Ziele im Zusammenhang mit festgelegten Ablaufbeschreibungen** (Verfahrensweisungen) 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 Konzept **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** (Narkosearzt) 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...

## E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

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

Alle Entscheidungen zum hausübergreifenden Qualitätsmanagement obliegen im Marienhospital Osnabrück der **Krankenhausleitung / Geschäftsführung**, für Projekte und Maßnahmen auf Klinik- bzw. Bereichs- und Abteilungsebene den **Chefärzten bzw. Bereichs- und Abteilungsleitungen**.

Als **zentrale Qualitätsmanagement-Abteilung** wurde Ende der 1990er Jahre die sog. Koordination Qualitätsmanagement eingerichtet, die derzeit **hauptamtlich** mit 1,5 Stellen besetzt ist. Sie ist als **Stab der Krankenhausleitung und Geschäftsführung** tätig und organisatorisch beim Geschäftsführer / Verwaltungsdirektor des Hauses angebunden.

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.

Zur Bearbeitung besonderer Aufgaben, z.B. 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**.

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 MKO (Managementgesellschaft Katholischer Krankenhäuser der Region Osnabrück) über Verbesserungsvorschläge entscheidet.

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

## E-2 Qualitätsbewertung

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

### Zertifizierungen / 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) bereits 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.

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

Das Zertifikat, das eine Gültigkeitsdauer von drei Jahren hatte, wurde vom Marienhospital Osnabrück fristgerecht **Mitte 2005** durch eine Wiederholung von Selbst- und Fremdbewertung **erneuert**.

Der pCC-KTQ-Qualitätsbericht des MHO, der im hinteren Teil Angaben über die Erfüllung der insgesamt 139 pCC-KTQ-Qualitätskriterien in 9 Kategorien enthält, liegt hiermit vor.

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**.

### Patientenbefragungen:

In Regelmäßigen Abständen befragen wir unsere Patienten, die jüngste Befragung 2004 bezog sich auf fast 1.700 Patienten. Dabei setzen wir den Patientenfragebogen des Katholischen Krankenhausverbandes Osnabrück ein, an dessen Entwicklung wir selbst maßgeblich beteiligt waren.

Der Fragebogen erhebt **zu 72 verschiedenen Aspekten** der Krankenhausbehandlung die Zufriedenheit der Patienten, die im Rahmen der Auswertung mit zusätzlichen offenen Antworten in Verbindung gesetzt werden. Die Themenblöcke der Befragung sind: Unterkunft und Verpflegung, Organisation, Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Seelsorge und Betreuung, Zusätzliche Angebote, Entlassung und Entlassungsvorbereitung und Gesamtbewertung. Zu allen Fragen haben wir uns Ziele gesetzt, welcher Anteil der Patienten mindestens vollständig zufrieden sein muss, zu den meisten Aspekten streben wir 95 % zufriedene Patienten oder mehr an.

Während im Rahmen der **Gesamtbewertung 96 %** unserer Patienten angeben, sie könnten uns weiterempfehlen und vor allem Fachkompetenz und Freundlichkeit unsere Mitarbeiter sehr gelobt wurden, sahen Patienten auch Anlass zur Kritik, die von uns aufgegriffen wird.

- Zur **Verkürzung der Wartezeiten** bei der Patientenaufnahme wurden Abläufe geändert und die personelle Ausstattung unserer Zentralen Notaufnahme verbessert.
- Um der vorhandenen Unzufriedenheit mit den **räumlichen Möglichkeiten** zu begegnen, werden alle Stationen nach und nach saniert und grundlegend erneuert, wofür erhebliche Finanzmittel aufgebracht werden, ein großer Erweiterungsbau wird 2006 fertig gestellt.
- Durch Erweiterung der Empfangskapazitäten stehen jetzt in den Patientenzimmern alle gängigen **Fernsehprogramme** zur Verfügung.

Damit sind die am niedrigsten bewerteten Aspekte der Befragung bereits aufgegriffen.

- Weitere Maßnahmen werden von den einzelnen Abteilungen und Bereichen ergriffen.

## Beschwerdemanagement:

Das **zentrale Beschwerdemanagement** im Marienhospital Osnabrück wurde 2001 eingeführt und seither in mehreren Stufen ausgebaut. Jeder Patient erhält mit der Patientenbroschüre eine Meinungskarte, die für die individuelle Rückmeldung genutzt werden kann, weitere liegen in der Zentralen Notaufnahme und am Haupteingang aus. Die Beschwerdestelle im Haus kann auch telefonisch oder persönlich erreicht werden. Die Zahl der Rückmeldungen steigt stetig, was darauf schließen lässt, dass die Hemmschwellen, seine Erfahrungen mitzuteilen, durch den Ausbau des Beschwerdemanagements erfolgreich reduziert wurden.

Hauptziel des Beschwerdemanagements ist, Patienten- und Angehörigenbeschwerden, ggf. auch Beschwerden anderer Gruppen, zu erfassen, zu beantworten und in Verbesserungen umzusetzen. Die von Beschwerden betroffenen Mitarbeiter und Bereiche werden stets zur Stellungnahme aufgefordert. Die Hausleitung wird informiert.

Wenn Verbesserungsmaßnahmen erforderlich und möglich sind, werden sie eingeleitet. Bestimmte Maßnahmen, wie die Modernisierung der Stationen, erfolgen bereits in längerfristigen Projekten. Über die Einleitung konkreter Maßnahmen hinaus werden über das Verfahren aber auch Mitarbeiter für Patientenbeschwerden und -bedürfnisse sensibilisiert.

Im Berichtszeitraum 2003 / 2004 erhielten wir 206 Rückmeldungen mit 458 verschiedenen Nennungen. Die überwiegende Anzahl der Nennungen hatte, der Natur der Sache entsprechend, Beschwerdecharakter. Dennoch wurde die auf der Meinungskarte aufgedruckte Frage, wie das MHO beurteilt wird, von 72 % der Antwortenden mit „positiv“ oder „sehr positiv“ beantwortet.

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

### 1. Personal/Betreuung gelobt (148 Nennungen)

*Beispiele: „Ärzte, Schwestern und Pfleger einfach super.“, „Information und Pforte sehr freundlich.“, „Nettes Personal, gut organisiert, gutes Stationsklima.“*

### 2. Personal/Betreuung kritisiert (91 Nennungen)

*Beispiele: „Personal eher unfreundlich.“, „... das Wohlbefinden Ihrer Patienten geht Ihnen wohl am [...] vorbei. Falls ich bei Ihnen eingewiesen werden sollte, werde ich mich sehr dagegen sträuben!“, „Die Frau im Büro könnte etwas netter sein.“*

### 3. Wartezeiten kritisiert (42 Nennungen)

*Beispiele: „Wartezeit recht lang.“, „In einem Notfall muss man ewig warten, bis man behandelt wird. [...]“, „... lange Wartezeit bis man ein Bett bekam [...]“*

### 4. Unterbringung kritisiert (21 Nennungen)

*Beispiele: „[...] geringe Anzahl an Duschen und Besuchertoiletten.“, „Die Zimmer sind mit zuviel Betten bestückt.“, „Zimmer sind leider noch nicht alle modernisiert.“*

### 5. Kommunikation/ Informationsweitergabe kritisiert (20 Nennungen)

*Beispiele: „Informationsweitergabe katastrophal.“, „Dr. [...] ist nicht in der Lage, mit Ehefrau des Patienten zu sprechen.“, „Alles muss besser ausgeschildert sein.“*

## Interne Audits:

Zur zusätzlichen hausweiten Qualitätsbeurteilung führen wir seit 2003 **jährliche interne Audits** (systematische Überprüfungen per Befragung, Begehung und Akteneinsicht) durchgeführt, im Rahmen derer die patientennahen und medizinisch-pflegerischen Bereiche anhand eines wechselnden Anforderungskatalogs geprüft werden. Basis der Audits sind die Vorgaben unseres Leitbildes (Leitlinien der Zusammenarbeit) und die der

bestehenden Verfahrensanweisungen (Ablaufbeschreibungen). Ziel der Audits ist vor allem die unmittelbare und **verbindliche Vereinbarung von Verbesserungsmaßnahmen**.

In den Audits 2003 und 2004 wurden **rund 360 Verbesserungsmaßnahmen** vereinbart.

Beispiele sind:

- Vorstellung des Organisationshandbuchs
- Absprachen mit der Innerbetrieblichen Fortbildung zur Verbesserung von Fortbildungszeiten und -inhalten
- Kontaktaufnahme mit Chefärzten wegen teilweise unsicheren OP-Zeiten, verspäteten Konsilen und unsicheren Visitenzeiten
- Einführung der Protokollierung von internen Besprechungen
- Vorstellung der Beurteilungskriterien für Mitarbeiter in der Dienstbesprechung oder per Aushang
- Beschaffung des Hygieneordners
- statistische Überwachung von Konsil- Bearbeitungszeit (medizinische Gutachten anderer Fachbereiche)
- Erstellung weiterer bereichsbezogener Standards bzw. deren Überprüfung
- Einweisung weiterer Mitarbeiter in bestimmte Medizingeräte
- Einführung strukturierter Mitarbeitergespräche
- schriftliche Dokumentation von Entlassungsgesprächen
- Aktualisierung vorhandener Handzeichenlisten

Festlegung abteilungsbezogener Qualitätsziele.

Alle Maßnahmen werden im Rahmen von gezielten Nachaudits dahingehend überprüft, ob Sie erfolgreich durchgeführt wurden.

### **Mitarbeiterbefragungen:**

Regelmäßige Mitarbeiterbefragungen dienen im MHO dazu, die Arbeitszufriedenheit aller Beschäftigten zu erheben. Der bei der letzten Befragung 2003 eingesetzte Fragebogen enthielt mehr als 50 Fragen zu verschiedenen Aspekten wie Arbeitsumfeld, Kollegen, Vorgesetztenverhalten, Hausleitung und Informationsfluss, Einarbeitung, Fortbildung und berufliche Perspektiven, Leitbildumsetzung und Seelsorge.

In den meisten Bereichen sind unsere Mitarbeiter im Vergleich zu anderen Krankenhäusern überdurchschnittlich zufrieden. So gehen drei Viertel unserer Mitarbeiter davon aus, dass sie ihre beruflichen Ziele bei uns im Haus verwirklichen können, und sogar 99 % unserer Mitarbeiter sind vom Wert ihrer Arbeit überzeugt.

Alle Ergebnisse wurden abteilungsbezogen ausgewertet und den jeweiligen Vorgesetzten und Mitarbeitern mitgeteilt. Zahlreiche Maßnahmen wurden abgeleitet.



### 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 für das Marienhospital Osnabrück aus dem Jahr 2003 dargestellt. Aktuelle Zahlen sind derzeit nicht verfügbar, da der Zeitbedarf für die externe Auswertung - nach Ende des jeweiligen Kalenderjahres (!) - durchschnittlich 12 Monate beträgt.

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

- das Marienhospital Osnabrück entsprechende Leistungen erbringt,
- in den Modulen externe Qualitätsziele definiert sind, die seit Berichtsjahr 2002 (Vorjahr hier) ausgewertet werden,
- die Module nicht für 2004 ausgesetzt wurden und
- Vergleiche mit anderen Krankenhäusern (in Niedersachsen) durchgeführt wurden.

Aus Datenschutzgründen mussten Angaben gerundet werden, was jeweils angegeben ist. Die Reihenfolge der aufgeführten Module entspricht die der Übersicht in Abschnitt C-1.

#### Nr. 1, Aortenklappenchirurgie MHO 2003

*Leistung wird vom MHO nicht erbracht.*

Modul HCH

#### Nr. 2, Entfernung der Gallenblase MHO 2003

Qualitätsziel <sup>1</sup>	Wert MHO	im Vergleich:	Wert Niedersachsen
Häufig vollständige medizinische Begründung	rund 96 %	gleich	95,8 %
Selten eingriffsbezogene behandlungsbedürftige Komplikationen	0,0 %	besser	0,8 %
Selten allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	rund 3 %	besser	5,0 %
Geringe Wiedereingriffsrate	0,0 %	besser	1,9 %
Geringe Sterblichkeitsrate in Zusammenhang mit der Behandlung	0,0 %	eher besser	0,1 %

Modul 12/1

#### Nr. 3, Gynäkologische Operationen MHO 2003

Die externe Auswertung der Qualitätsmerkmale soll **erst für die Folgejahre** vorgenommen werden.

Modul 15/1

#### Nr. 4, Herzschrittmacher-Erstimplantation MHO 2003

Die externe Auswertung der Qualitätsmerkmale soll **erst für die Folgejahre** vorgenommen werden.

Modul 09/1

#### Nr. 5, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel MHO 2003

Für dieses Modul wurde extern **keine Auswertung** MHO 2003 erstellt.

Modul 09/2

#### Nr. 6, Sonstige Herzschrittmacher-Operationen MHO 2003

Für dieses Modul wurde extern **keine Auswertung** MHO 2003 erstellt.

Modul 09/3

**Nr. 7, Herztransplantationen MHO 2003**

Leistung wird vom MHO **nicht erbracht**.

Modul HTX

**Nr. 8, Versorgung eines geschlossenen Oberschenkelhalsbruchs MHO 2003**

Qualitätsziel <sup>1</sup>	Wert MHO	im Vergleich:	Wert Niedersachsen
Selten Implantatfehlage oder Prothesenverschiebung	0,0 %	besser	5,2 %
Selten Wundinfektionen	rund 6 %	schlechter*	2,8 %
Geringe Sterblichkeitsrate in Zusammenhang mit der Erkrankung.	0,0 %	besser	1,5 %

Modul 17/1

\*Zufallsabweichung um lediglich zwei (!) Fälle mit Infektionen

**Nr. 9, Wechsel künstliches Hüftgelenk MHO 2003**

Für dieses Modul wurde extern **keine Auswertung** MHO 2003 erstellt.

Modul 17/3

**Nr. 10, Halsschlagader-Rekonstruktion MHO 2003**

Für dieses Modul wurde extern **keine Auswertung** MHO 2003 erstellt.

Modul 10/2

**Nr. 11, Einbau künstliches Kniegelenk MHO 2003**

Für dieses Modul wurde extern **keine Auswertung** MHO 2003 erstellt.

Modul 17/5

**Nr. 12, Wechsel künstliches Kniegelenk MHO 2003**

Für dieses Modul wurde extern **keine Auswertung** MHO 2003 erstellt.

Modul 17/7

**Nr. 13, Kombinierte Herzkranzgefäß/ Aortenklappenchirurgie MHO 2003**

Leistung wird vom MHO **nicht erbracht**.

Modul HCH

**Nr. 14, Abbildung der Herzkranzgefäße und Aufweitung von Engstellen MHO 2003**

Für dieses Modul wurde extern **keine Auswertung** der ausgewählten Qualitätsziele erstellt.

Modul 21/3

**Nr. 15, Operation an den Herzkranzgefäßen MHO 2003**

Leistung wird vom MHO **nicht erbracht**.

Modul HCH

**Nr. 16, Operation an der weiblichen Brust MHO 2003**

Für dieses Modul wurde extern **keine Auswertung** MHO 2003 erstellt.

Modul 18/1

Nr. 17, <b>Geburtshilfe</b> MHO 2003		
Qualitätsziel <sup>1</sup>	Wert MHO	gemessen am externen Referenzbereich*
Häufig Blutuntersuchung beim Kind bei auffälliger Herztätigkeit bei Einlingen	rund 32 %	im Referenzbereich
Häufig Blutuntersuchung beim Kind bei auffälliger Herztätigkeit bei Kaiserschnitt	rund 45 %	im Referenzbereich
Häufig Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeborenen	rund 96 %	besser als Referenzbereich
Häufig Bestimmung des pH-Wertes im Nabelblut	rund 99 %	besser als Referenzbereich
Selten Blutübersäuerung beim Kind	0,0 %	besser als Referenzbereich
Selten Dammriss (ohne Dammschnitt)	rund 1 %	im Referenzbereich
Selten Dammriss (bei Dammschnitt)	rund 5 %	im Referenzbereich

Modul 16/1

\* Nur für dieses Modul erfolgt die externe Ausweitung durch die Ausweisung eines Referenzbereiches, der besagt, ob die Ergebnisse des MHO im Rahmen der Vergleichshäuser angesiedelt sind.

Nr. 18, <b>Pflegerische Vorbeugung gegen Wundliegen</b> MHO 2003
Dokumentation im Rahmen der übrigen Module

diverse Module

Nr. 19, <b>Einbau künstliches Hüftgelenk</b> MHO 2003			
Qualitätsziel <sup>1</sup>	Wert MHO	im Vergleich:	Wert Niedersachsen
Kurze OP-Dauer	gut 70 Minuten	besser	80 Minuten
Selten Verzicht auf Antibiotikagabe	0,0 %	besser	4,0 %
Selten chirurgische Komplikationen nach der OP	rund 3 %	besser	5,2 %

Modul 17/2

Anmerkung:

<sup>1</sup> Für die exakte, nicht umgangssprachliche Definition der Qualitätsziele siehe: [www.bqs-outcome.de](http://www.bqs-outcome.de)

## F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Marienhospital Osnabrück sind folgende ausgewählte qualitätsrelevante Projekte durchgeführt worden:

Nr.	Projektbezeichnung /-ziel	Projektstatus (Stichtag 31.12.2004)
1	<b>Ambulantes Operieren:</b> Ausbau der Kapazitäten für ambulantes Operieren einschließlich Einrichtung einer neuen der Tagesklinik.	Projekt läuft.
2	<b>Angehörigenbefragung:</b> Weiterentwicklung des Patientenbefragungs-Instruments zu einer Angehörigen- / Elternbefragung in der Kinderheilkunde.	Projekt läuft, Angehörigenbefragung wird 2005 erstmals durchgeführt.
3	<b>Behandlungspfade:</b> Entwicklung von Vorgaben, auf denen aufbauend konkrete Behandlungspfade häufiger Diagnosen erstellt werden können. Projekt in Kooperation der Krankenhäuser der Diözese Osnabrück.	Projekt läuft.
4	<b>Beschwerdemanagement:</b> Schrittweiser Auf- und Ausbau eines zentralen Beschwerdemanagements um Hemmschwellen für Beschwerden abzubauen und Beschwerden als Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten zu nutzen.	Projekt erfolgreich abgeschlossen, in Regelbetrieb überführt.
5	<b>Biostoffverordnung:</b> Vollständige Umsetzung der Biostoffverordnung im MHO	Projekt läuft, steht kurz vor dem Abschluss.
6	<b>Dezentrale Aufnahme:</b> Einführung der Aufnahme geplanter Patienten über die jeweiligen Klinik-Ambulanzen zur besseren Abwicklung der Aufnahmen.	Projekt läuft, steht kurz vor dem Abschluss.
7	<b>Einkauf- und Bestellwesen:</b> Analyse bestehender Verbesserungspotentiale hinsichtlich Einkauf und Bestellwesen und Ableitung von Maßnahmenvorschlägen.	Projekt erfolgreich abgeschlossen, Ergebnisse werden hausübergreifend umgesetzt.
8	<b>Einweiserbefragung:</b> Entwicklung, Testung und Einführung eines validen Instruments zur Einweiserbefragung: zur Erfassung der Anforderungen und Erfahrungen der niedergelassenen Ärzte im Einzugsgebiet des MHO. Projekt in Kooperation mit Franziskushospital Harderberg und Krankenhaus St. Raphael Osterkappeln.	Projekt läuft, Instrument ist entwickelt und getestet, Echtanwendung im MHO ab Herbst 2005.
9	<b>Ethik-Komitee:</b> Neukonzeption eines hausübergreifenden Ethik-Komitees als Ersatz für das frühere hausbezogenen Ethik-Komitee	Projekt läuft, neues Ethik-Komitee nimmt im 1. Halbjahr 2005 die Arbeit auf.
10	<b>Innerbetriebliches Vorschlagswesen:</b> Konzeption, Einführung und Bekanntmachung eines innerbetrieblichen Vorschlagswesens zur Annahme, Bewertung, Umsetzung und Prämierung von Mitarbeiterideen.	Projekt erfolgreich abgeschlossen, in Regelbetrieb überführt.
11	<b>Interdisziplinäre Bauchstation:</b> Gemeinsame Behandlung von Patienten mit Bauch-/ Eingeweidebeschwerden durch Internisten und Chirurgen in einer gemeinsam geleiteten Station.	Projekt erfolgreich abgeschlossen, in Regelbetrieb überführt.
12	<b>Internes Audit:</b> Fortentwicklung des internen Audit-Instruments (systematische hausinterne Überprüfung, ob Regelungen vollständig umgesetzt sind) anhand der Erfahrung aus 2003	Projekt erfolgreich abgeschlossen, in Regelbetrieb überführt.
13	<b>Katastrophenmanagement:</b> Einführung eines umfassenden Managementsystems zur Beherrschung nichtmedizinischer Notfallsituationen und externer Katastrophenfälle.	Projekt läuft, wichtige Etappenziele, z.B. Durchführung Evakuierungsübung, sind erreicht.
14	<b>Krankenhausinformationssystem:</b> Einführung und Ausbau eines internen EDV-Netzwerkes, mit dem alle patienten-relevanten Daten ohne Zeitverlust online zur Verfügung stehen. Einschließlich Einführung digitale Radiologie.	Projekt läuft, Ausbau weit fortgeschritten.

Nr.	Projektbezeichnung /-ziel	Projektstatus (Stichtag 31.12.2004)
15	<b>Laborakkreditierung:</b> Begleitung des Labors auf dem Weg zur Akkreditierung durch die DACH im Bereich Lebensmittellabor.	Projekt erfolgreich abgeschlossen, das Labor wurde akkreditiert.
16	<b>Leitbildgruppe:</b> Neukonzeption und Reorganisation der Leitbildgruppe „Arbeitsgruppe Leitlinien“ als Beratungsgremium der KHL im Hinblick auf die Leitbildumsetzung, -gestaltung und QM-Implementierung.	Projekt läuft.
17	<b>Mitarbeiterbefragung:</b> Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen aus der Mitarbeiterbefragung 2003.	Projekt erfolgreich abgeschlossen.
18	<b>Moderatorenschulung:</b> Entwicklung und Einführung eines Konzeptes zur hausinternen Schulung von Moderatoren, d.h. Personen, die nach bestimmten Regeln die Arbeitsfähigkeit von Diskussions- und Entscheidungsrunden sicherstellen.	Projekt erfolgreich abgeschlossen, ab 2005 werden Moderatorenschulungen für die Mitarbeiter des MHO angeboten.
19	<b>OP-Organisation:</b> Neuregelung der OP-Organisation unter Leitung eines OP-Managers.	Projekt läuft, steht kurz vor dem Abschluss.
20	<b>Patientenbefragung:</b> 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 abgeschlossen, in Regelbetrieb überführt.
21	<b>Patientenbroschüre:</b> Entwicklung und Gestaltung einer Informationsbroschüre mit wichtigen Informationen für Patienten und andere Interessengruppen.	Projekt erfolgreich abgeschlossen, in Regelbetrieb überführt.
22	<b>Patientensicherheit und Risikomanagement:</b> Analyse und Behebung möglicher Gefahrenquellen für Patienten und Mitarbeiter, Aufbau eines umfassenden Risikomanagements.	Projekt läuft.
23	<b>Qualitätsbericht:</b> Einführung jährlicher (!) interner und externer Qualitätsberichte des MHO.	Projekt erfolgreich abgeschlossen, in Regelbetrieb überführt.
24	<b>Seelsorgekonzept:</b> Neugestalt des Seelsorgekonzeptes für das Marienhospital Osnabrück.	Projekt läuft.
25	<b>Wartezeitbestimmung:</b> Festlegung derjenigen Bereiche, in denen eine Erhebung und ggf. Optimierung der Wartezeiten durchgeführt werden soll. Vergleichende Testung von Methoden zur Wartezeitbestimmung.	Projekt erfolgreich abgeschlossen, die Ergebnisse sind in die Gestaltung des Patientenfragebogen und den Ausbau des Beschwerdemanagements eingeflossen.
26	<b>WHO; Babyfreundliches Krankenhaus:</b> Umsetzung des entsprechenden WHO-Standards „Stillfreundliches Krankenhaus.“	Projekt beendet. Wesentliche Elemente wurden eingeführt.
27	<b>Zentrale Notaufnahme:</b> Reorganisation der Abläufe in der zentralen Notaufnahme einschließlich Verbesserung der ärztlichen Anwesenheit zur Vermeidung von Wartezeiten.	Projekt läuft, steht kurz vor dem Abschluss.

## 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 Marienhospital Osnabrück. Hier finden Sie zahlreiche aktuelle Informationen.
- **[www.proCum-Cert.de](http://www.proCum-Cert.de)**  
Internetseite der konfessionellen Zertifizierungsstelle proCum Cert. Dort finden Sie unter anderem den jeweils aktuellen MHO-Qualitätsbericht nach proCum Cert und KTQ sowie die Berichte der übrigen durch die proCum Cert zertifizierten Häuser.
- **[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

# Ausstattung

## H Ausstattung

### H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

#### H-1.1 Für alle Fachabteilungen

Ausstattung der Unterbringung (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres 2004)

Anzahl der Einbettzimmer	mit Waschgelegenheit	mit Waschgelegenheit und WC	mit Dusche und WC	
	25	9	3	13
alle mit TV und Telefon				
Anzahl der Zweibettzimmer	mit Waschgelegenheit	mit Waschgelegenheit und WC	mit Dusche und WC	
	56	5	11	40
alle mit TV und Telefon				
Anzahl der Dreibettzimmer	mit Waschgelegenheit			
	43	43		alle mit TV und Telefon*
Anzahl der Mehrbettzimmer	mit Waschgelegenheit			
	71	71		alle mit TV und Telefon*

\* TV und Telefon in Kinderheilkunde und Jugendmedizin eingeschränkt

#### H-1.2 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

(siehe auch Abschnitt B-1E)

Ein eigener **Not-Sectio-Raum** (OP-Saal für dringende Kaiserschnitte) besteht:

ja, in unmittelbarer Nachbarschaft zum Kreißaal

Die Möglichkeit der **zentralen CTG-Überwachung** (Überwachung der Herztätigkeit des ungeborenen Kindes) ist vorhanden:

ja

#### H-1.3 Spezifisch für die Fachabteilung Urologie

Keine Urologie im Marienhospital Osnabrück

#### H-1.4 Spezifisch für die Fachabteilung Orthopädie

Keine Orthopädie im Marienhospital Osnabrück

## H-2 Ausstattung an medizinischen Geräten in den Fachabteilungen

#### H-2.1 Für alle Fachabteilungen

Auf jeder Station ist ein **Notfallkoffer** bzw. -wagen mit Defibrillator, Absauger und Intubationsbesteck verfügbar:

ja

(Weitere Angaben zur Ausstattung befinden sich unter Punkt → A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten.)

# proCum Cert- und KTQ-Kriterien

## I Die proCum Cert- und KTQ-Kriterien beschrieben vom Marienhospital Osnabrück

### 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 auf [www.marienhospital.osnabrueck.de](http://www.marienhospital.osnabrueck.de) über unsere Leistungen informieren und 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 ausführliche Informationsbroschüre 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.

Unsere Chefärzte 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 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 mit 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 an der Behandlung beteiligten Mitarbeitern 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 Physiotherapie können hinzugezogen werden. In täglich stattfindenden Visiten wird der Plan überprüft, mit den Patienten besprochen und gegebenenfalls angepasst.

Für jeden stationären 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 ständig feste 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 (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 im Herzkatheterlabor 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.

### 1.3.3A Aufnahme in das Krankenhaus im Notfall und im Routinefall

In der Aufnahmesituation werden die Ängste und Sorgen der Patienten und ihrer Angehörigen einfühlsam berücksichtigt.

Mit allen unseren Patienten werden ein ärztliches und ein pflegerisches Erstgespräch geführt. Dabei geht es zum einen um den notwendigen Austausch an Informationen, wie die Erhebung der medizinischen Vorgeschichte des Patienten, und zum anderen darum, bestehende Ängste abzubauen. Angehörige werden einbezogen, wo immer sich dies anbietet oder sogar erforderlich ist.

Die Art und Weise, wie sich unsere Mitarbeiter gegenüber Patienten und Angehörigen bei Aufnahme verhalten, wird zum Beispiel im Rahmen der Patientenbefragung und in internen Audits überprüft.

### 1.3.3B Patienten unterwegs im Krankenhaus begleiten

Die Patienten werden auf ihren Wegen im Krankenhaus nicht allein gelassen.

Unsere Patienten sind bei uns nur dann ohne Begleitung unterwegs, wenn sie dazu bereit und in der Lage sind. So werden zum Beispiel Kinder zu keinem Zeitpunkt im Haus alleine gelassen. Das gleiche gilt für alle anderen Patienten, die - aus welchen Gründen auch immer - Begleitung benötigen.

Zu allen Zielen im Haus werden die Patienten durch die Pflegekräfte ihrer jeweiligen Station begleitet. Diejenigen Patienten, die ohne Begleitung im Haus unterwegs sind, können sich an der Ausschilderung orientieren und an dem Lageplan, der in der Patientenbroschüre abgedruckt ist.

### 1.3.3C Wartezeiten, Wartezonen

Die Gestaltung der Wartezeiten und Wartezonen erleichtert den Patienten den Krankenhausaufenthalt.

Unsere modernen Wartezonen sind ansprechend gestaltet und sollen die Wartezeiten, die wir so kurz wie möglich halten, angenehmer machen. So liegen zum Beispiel verschiedene Zeitschriften aus, für Kinder gibt es Spielmöglichkeiten und Getränke werden angeboten. Alle Wartezonen sind von Untersuchungs-, Aufnahme- und Behandlungsbereichen abgetrennt.

### 1.3.3D Rahmenleistungen und besondere Angebote

Den Patienten wird durch besondere Angebote der belastende Aufenthalt im Krankenhaus erleichtert.

In den Patientenzimmern kann gegen eine geringe Gebühr Fernsehen mit allen gängigen Sendern empfangen werden. Zusätzlich steht ein hauseigener Infokanal mit allgemeinen Gesundheitsinformationen zur Verfügung. Patienten und Besucher können unsere Cafeteria besuchen, im Kiosk Kleinigkeiten erwerben oder bei schönem Wetter die Grünanlage im Innenhof oder die Dachterrasse genießen. Unsere Bücherei liefert gerne den gewünschten Lesestoffen. Innere Einkehr können Patienten und Angehörige in unserer Kapelle halten, deren Empore rund um die Uhr frei zugänglich ist.

### 1.3.3E Sensibilität und Respekt im Blick auf Patienten mit anderem kulturellen und spirituellen Hintergrund

Wir achten den kulturellen und spirituellen Hintergrund unserer Patienten und begegnen ihnen einfühlsam und rücksichtsvoll.

Kulturelle und religiöse Besonderheiten unserer Patienten werden von uns beachtet. Dies bezieht sich z.B. auf spezielle Anforderungen hinsichtlich Ernährung (wie: frei von Schweinefleisch oder vegetarisch), auf Wünsche nach seelsorgerischem Beistand (gerne vermitteln wir Kontakt zu Seelsorgern der jeweiligen Glaubensgemeinschaft) und auf die Wahrung von Intimsphäre und die Beachtung des Schamgefühls.

Für fremdsprachliche Patienten und Angehörige haben wir einen Dolmetscherdienst eingerichtet, der derzeit in über 20 verschiedene Sprachen übersetzt.

### 1.3.3F Versorgung von Kindern

Die Versorgung von Kindern berücksichtigt eine kindgerechte Behandlung innerhalb des Krankenhauses.

Wir haben eine eigene Kinderheilkunde und Jugendmedizin, die speziell auf die Bedürfnisse von Patienten von 0 bis 18 Jahren zugeschnitten ist. Kinder und Jugendliche 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 zum Beispiel Frühgeborene nach modernen Standards versorgt werden, die aber auch auf die Behandlung älterer Kinder ausgelegt ist.

Eltern und andere Begleitpersonen können kostenlos übernachten.

### 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 Essen selbst wählen (Vollkost, leichte Kost, vegetarisch), einzelne Komponenten können zusätzlich ausgetauscht werden, so dass vielfältige Variationsmöglichkeiten entstehen. In der Regel ist auch eines der nicht vegetarischen Menüs frei von Schweinefleisch.

Die Essenswünsche werden täglich durch unsere Pflegemitarbeiter 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 unter anderem mit modernster Informationstechnologie. So werden Untersuchungen und Behandlungen über das Computernetzwerk, an das alle Bereiche angeschlossen sind, angemeldet und aufeinander abgestimmt.

Untersuchungsergebnisse stehen hausintern online und damit ohne jede Zeitverzögerung den Berechtigten zur Verfügung.

Für die Terminplanung und die Begleitung und den Transport der Patienten in die einzelnen Bereiche ist der 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 minimiert.

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.

### 1.3.6A Vorkehrungen für die Patientensicherheit

Das Krankenhaus setzt systematische Maßnahmen zur Vermeidung von Patientenrisiken (Risikomanagement) um.

Die Sicherheit unserer Patienten hat für uns einen hohen Stellenwert. Dies bezieht sich insbesondere auf Kinder und andere Patientengruppen, die ständige Aufsicht benötigen.

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 zentralen Bereichen ist eine Kameraüberwachung installiert.

In Kooperation mit zwei anderen Häusern ist eine Arbeitsgruppe ‚Patientensicherheit und Risikomanagement‘ eingerichtet.

### 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 insb. in regelmäßigen gemeinsamen Besprechungen und Konferenzen ab.

An der Behandlung und Betreuung der Patienten beteiligt sind neben Fachärzten und Pflegemitarbeitern 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.

### 1.3.7A Integration ehrenamtlicher Dienste in die Patientenversorgung

Vielfältige ehrenamtliche Dienste sind im Krankenhaus anerkannt und in die Patientenbetreuung integriert.

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. Hierzu gehören z.B. kleine Einkäufe, Besorgen von Bargeld von der Bank und der Gang zur Wäscherei. Der Kontakt zu den „Gelben Engeln“ kann auch über die Stationsmitarbeiter hergestellt werden. Für die einzelnen Stationen sind stets die gleichen Ehrenamtlichen tätig, so dass sie sich gut auf „ihre“ Patienten einstellen können.

### 1.3.7B Integration der Seelsorge in die Behandlung und Versorgung der Patienten sowie die Betreuung ihrer Angehörigen

Die Seelsorge leistet einen unverzichtbaren, wahrnehmbaren Beitrag zur Patientenversorgung.

Unser Seelsorgeteam mit vier katholischen und evangelischen Seelsorgern (darunter drei Seelsorgerinnen) ist für alle Patienten stets erreichbar. Selbst in der Nacht ist über Rufbereitschaft immer ein Seelsorger ansprechbar.

Das Seelsorgeteam arbeitet eng mit den Stationsmitarbeitern und dem ärztlichen Dienst zusammen. Sie sind aber auch über die in der Patientenbroschüre angegebenen Telefonnummern erreichbar und besuchen von sich aus regelmäßig die Stationen.

Dabei ist dies als positives Angebot zu verstehen und soll Patienten niemals ungewollt vereinnahmen.

### 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.

### 1.3A **Kommunikation**

Um die Bewältigung von lebensverändernden Situationen zu erleichtern, wird eine gute Information und Kommunikation gepflegt.

#### 1.3A.1 **Sprechzeiten**

Wir sind offen für die notwendigen Gespräche mit Patienten und Angehörigen und nehmen uns die entsprechende Zeit dafür.

Mitarbeiter des Pflegedienstes und die jeweiligen Stationsärzte sind die ersten Ansprechpartner für Patienten und deren Angehörige. Unser Pflegedienst arbeitet nach dem Prinzip der Bezugspflege. Das bedeutet, dass stets die gleichen Pflegekräfte als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Aus allen Kliniken können die jeweiligen Ärzte, auch leitende Ärzte, rund um die Uhr verständigt werden. Mitarbeiter des Pflegedienstes sind jederzeit anwesend. Auf Wunsch werden die Angehörigen in Gespräche eingebunden, hierfür können auch Termine vereinbart werden.

#### 1.3A.2 **Qualifizierte Gesprächsführung**

Wir verbessern unsere Gesprächskompetenz.

Das menschliche Miteinander und die einfühlsame Gesprächsführung haben bei uns einen hohen Stellenwert. Für unsere Mitarbeiter (Ärzte und Pflegenden sowie Auskunftsbereiche) führen wir regelmäßig Schulungen durch, damit sie jederzeit in der Lage sind, angemessen auf Patienten und Angehörige einzugehen.

Freundlichkeit und Einfühlungsvermögen sind zwei Punkte, die unsere Patienten - neben der Fachkompetenz unserer Mitarbeiter - im Rahmen der Patientenbefragung und in den sonstigen Rückmeldungen besonders loben.

### 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**

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.

### 1.4.3A **Sicherstellung einer Weiterbetreuung palliativer Patienten**

Wir sehen den besonderen Bedarf schwerstkranker und sterbender Patienten und kümmern wir uns um die notwendige palliative Weiterversorgung.

Die Betreuung schwerstkranker und sterbender Patienten wird nicht nur durch die jeweils unmittelbar zuständigen Mitarbeiter im ärztlichen Dienst und im Pflegedienst sichergestellt, sondern zum Beispiel auch durch unsere Schmerzambulanz, die auch stationäre Patienten versorgt, und unser Seelsorgeteam.

Können Patienten bei uns nicht mehr stationär behandelt werden, stellen wir die notwendige Weiterversorgung sicher, sei es durch ambulante Pflegedienste, stationäre Einrichtungen oder das unmittelbar benachbarte Osnabrücker Hospiz, mit dem wir eng zusammenarbeiten.

## 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.

#### 2.1A Neue Mitarbeiter gewinnen und einstellen

Wir suchen neue Mitarbeiter und berücksichtigen dabei kirchlichen Charakter und Auftrag unseres Krankenhauses.

##### 2.1A.1 Personalsuche, die unser Profil stärkt

Wir suchen Mitarbeiter, die unser Profil stärken, und vermitteln in der Personalsuche unsere christliche Werteorientierung.

Unsere 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 zumindest nicht aktiv aus einer Kirche ausgetreten sind.

##### 2.1A.2 Umgang mit Bewerbern, Einstellungsgespräch

Wir suchen im Dialog die Übereinstimmung der Wertorientierungen zwischen Betrieb und Bewerber.

Bewerbungsverfahren werden von uns professionell und sachgerecht durchgeführt. Alle Bewerbungen werden absolut vertraulich behandelt, in keinem Fall fragen wir bei aktuellen Arbeitgebern nach. Unsere Stellenanzeigen erfolgen immer offen, so dass wir stets als Empfänger der Bewerbung erkennbar sind.

Mit den potentiellen Mitarbeitern werden Vorstellungsbzw. Bewerbungsgespräche in angenehmer Atmosphäre geführt, bei denen neben fachlichen Fragen auch angesprochen wird, inwieweit die Bewerber bereit sind, unsere grundsätzliche Werteorientierung mitzutragen.



## 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.

#### 2.2.1A Förderung der sozialen Kompetenz der Mitarbeiter

Wir sehen in der Sozialkompetenz eine Schlüsselqualifikation unserer Mitarbeiter.

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 zu lassen oder selbst seelsorgerisch betreuen zu lassen.

#### 2.2.1B Förderung der spirituellen und christlich-ethischen Kompetenz der Mitarbeiter

Mit der Förderung der christlich-ethischen Kompetenzen unserer Mitarbeiter verbreitern und festigen wir die Basis gemeinsamen Handelns.

Das Marienhospital Osnabrück versteht sich seit jeher als der Kirche verbundenes aber zugleich weltoffenes Haus. Wir versuchen, nach einem Wort unseres Bischofs, das Gleichgewicht zwischen „Hightech“, also modernster Medizin, und „Hightouch“, also menschlicher und persönlicher Zuwendung, zu halten.

Da dies auch vor dem Hintergrund knapper werdender Mittel und zunehmender Leistungsverdichtung nicht immer vorbehaltlos gelingt, bemühen wir uns, die Mitarbeiter zu unterstützen, auch in Stresssituationen das Menschsein von Patienten und Angehörigen im Blick zu behalten.

### 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 an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.

Die ‚Innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung‘ bietet Schulungen für alle Mitarbeiter und Berufsgruppen 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 die entsprechenden Fachärzte aus.

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 unserer Mitarbeiter hat Anspruch auf Fort- und Weiterbildung, einschließlich einer mindestens einwöchigen Freistellung von der Arbeit je Kalenderjahr. Gleichzeitig sind alle Mitarbeiter verpflichtet, regelmäßig aktuelle Fort- und Weiterbildungen zu besuchen.

Erforderliche 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 wurde ein spezieller Raum mit 10 PC-Arbeitsplätzen eingerichtet.

Für Internetrecherchen sind viele Abteilungen, einschließlich aller ärztlichen Bereiche, mit entsprechender Computertechnik ausgestattet.

Arbeitsplatzbezogene Fachbücher sind in allen Bereichen vorhanden. Weitergehende Fachliteratur ist allen unseren Mitarbeitern, z.B. über eine zentrale Bibliothek oder durch 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.

An unser Haus ist eine Schule mit 120 Plätzen für die Ausbildung von examinierten Pflegekräften in der Erwachsenen- bzw. Kinderkrankenpflege und mit 35 Ausbildungsplätzen für Operationstechnische Assistenten angesiedelt.

In allen Ausbildungsgängen wird der Theorie-Praxis-Bezug sichergestellt. Dies geschieht durch fundierten theoretischen Unterricht, durch persönliche Anleitung der Lernenden während der Praxis Einsätze durch geschulte Mentoren und Praxisanleiter und durch den 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. Es werden in den Abteilungen Mitarbeitergespräche geführt. Unsere Mitarbeiter werden auch in langfristige Entscheidungen einbezogen.

### **2.3.1A Beteiligung der Mitarbeiter an der Entwicklung des Unternehmens im Sinne der Dienstgemeinschaft**

Wir setzen das Konzept der Dienstgemeinschaft um und beteiligen die Mitarbeiter an der Entwicklung des Krankenhauses.

Die Dienstgemeinschaft wird in unserem Haus auf vielfältige Art und Weise unterstützt und gefestigt. Dazu gehören zum Beispiel das jährliche Betriebsfest oder der jährliche Betriebsausflug für alle Mitarbeiter, unsere Mitarbeiterzeitschrift, die mehrmals im Jahr gemeinsam von unserer Hausleitung und der Mitarbeitervertretung herausgegeben wird, und eine auch in anderen Fragen gute Zusammenarbeit mit der Mitarbeitervertretung. Jubiläen und besondere Leistungen werden von uns gewürdigt. Besondere Ideen werden über unser innerbetriebliches Vorschlagswesen prämiert.

### **2.3.1B Fehler- und Konfliktkultur**

Wir mindern Risiken für Patienten, Mitarbeiter und Krankenhausträger durch eine Fehler- und Konfliktkultur.

Krankenhausleitung und Führungskräfte bemühen sich wie alle Mitarbeiter darum, Risiken für unsere Patienten und alle sonstigen Beteiligten zu minimieren. Mit Fehlern und Konflikten versuchen wir offen umzugehen. Patienten und Angehörige können auf ein strukturiertes Beschwerdemanagement zurückgreifen, über das die jeweiligen Mitarbeiter, auch vertraulich, Rückmeldung erhalten. Eine Arbeitsgruppe ‚Patientensicherheit und Risikomanagement‘ wurde eingerichtet. Unsere Führungskräfte sind unter anderem zum Konfliktmanagement geschult.

### **2.3.1C Kultur der Anerkennung**

Wir drücken unseren Mitarbeitern unsere Anerkennung und Wertschätzung aus und feiern ihre Erfolge.

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.

### **2.3.1D Hilfe zur Bewältigung persönlicher Krisen**

Wir stehen unseren Mitarbeitern in persönlichen Krisen fürsorglich zur Seite.

Kollegen, Vorgesetzte und Seelsorgeteam stehen den Mitarbeitern in Krisensituationen unterstützend zur Seite. Wenn erforderlich, können Mitarbeiter - auch vorübergehend - ihre Dienstzeiten anpassen, 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 sich einen zinslosen Gehaltsvorschuss auszahlen lassen.

### **2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten**

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Arbeitszeiten unserer Mitarbeiter werden in allen Abteilungen 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 ausgeglichen oder bezahlt.

### 2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

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

Die konkrete Einarbeitung erfolgt in den Arbeitsbereichen selbst, 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 ausbezahlt.

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.

### 2.3.A Ausscheiden von Mitarbeitern

Wir pflegen Rituale beim Ausscheiden von Mitarbeitern.

Ausscheidende Mitarbeiter werden von uns würdevoll verabschiedet. Das kann je nach Dauer der Betriebszugehörigkeit und Position des Mitarbeiters neben einer Verabschiedung im unmittelbaren Kollegenkreis auch eine allgemeine Feierstunde beinhalten.

Als Dienstgeber trennen wir uns in keinem Fall leichtfertig von Mitarbeitern, sondern suchen stets das Gespräch und das Miteinander, um belastende Situationen zu lösen.

Wenn Mitarbeiter uns aus eigenem Entschluss verlassen, interessieren wir uns für die Gründe des Fortgangs und beenden das Dienstverhältnis sachgerecht.

### 2.3.B Beziehungspflege zu ehemaligen Mitarbeitern

Wir pflegen die Beziehung zu unseren ehemaligen Mitarbeitern und erweisen ihnen damit unsere Wertschätzung.

Ehemalige Mitarbeiter werden zu Feierstunden und Betriebsfesten eingeladen, sie können an Gottesdiensten und Fachveranstaltungen teilnehmen und sich unsere Mitarbeiterzeitschrift kostenlos nach Hause zuschicken lassen. Vorgesetzte und Kollegen halten persönlichen Kontakt zu Ehemaligen, wenn dies beiden Seiten angemessen erscheint.

### 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 veranlasst. 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 von stets aktuellen Flucht- und Rettungswegeplänen 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 jedem Telefon aufgeklebt ist, kann jederzeit eines von drei besonders geschulten Reanimationsteams, das innerhalb kürzester Zeit mit zusätzlicher Ausrüstung zur Verfügung steht, herbeigerufen werden. 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.

Die Sicherheit unserer Patienten hat für uns einen hohen Stellenwert. Dies bezieht sich insbesondere auf Kinder und andere Patientengruppen, die ständige Aufsicht benötigen. Beispielsweise werden Kinder, die zu Untersuchungen aufgerufen werden, von einer Pflegekraft begleitet und zu keinem Zeitpunkt alleine gelassen.

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 zentralen 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 Vorsitzender der Hygienekommission ist. 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. Gemeinsam mit allen Mitarbeitern stellen die Verantwortlichen unseren hohen Standard in hygienischen Belangen sicher.

### 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 vielfältige 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 ausschließlich 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. Allen Bereichen liegen die gültigen Hygienerichtlinien vor, die einzuhalten sind. 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 konkrete Auffrischungsschulung am Einzelfall.

### 3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Unsere hauseigenen Hygienerichtlinien stehen in allen Teilen 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, die eingehalten werden. 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 unsere eigene 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. Alle 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 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 zur Energieeinsparung und Abfallvermeidung macht. Alle natürlichen 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, 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 stets aktuell und eindeutig 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 alle im Haus verfügbaren Patientendaten kann von berechtigten Mitarbeitern zeitlich uneingeschränkt zurückgegriffen werden. Die aktuellen Akten anwesender Patienten 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 in unserem Zentralarchiv verwahrt, aus dem sie jederzeit verfügbar sind, wenn ein Patient wieder aufgenommen wird.

### 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. Jeder Mitarbeiter kann stets auf alle von ihm benötigten 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 Mitarbeitern 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.marienhospital.osnabrueck.de](http://www.marienhospital.osnabrueck.de)) finden Interessierte viele aktuelle Informationen zu 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.

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.

Alle 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, dies 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.

#### 5.1.1A Verankerung der christlichen Werteorientierung im Unternehmensleitbild

Die christliche Werteorientierung bestimmt das Unternehmensleitbild, seine Entwicklung, Umsetzung und Kommunikation.

Unser Leitbild, die ‚Leitlinien der Zusammenarbeit‘, beruht auf folgenden Grundüberzeugungen:

- 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.

[Weitere Aussagen zum Leitbild befinden sich in Abschnitt D, Qualitätspolitik.]

### 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 die in Vorbereitung befindlichen Kooperationen und Zusammenschlüsse und der umfangreiche Neu- und Umbau unserer Gebäude.

Unser medizinisches Spektrum wird maßgeblich von und durch unsere Chefarzte 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 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 führen würde, wird die entsprechende Umgestaltung angestrebt. So gehen wir z.B. aktiv interne 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.

#### 5.2.3A Finanzierung besonderer Aufgaben

Das Krankenhaus stellt Mittel für besondere, profilierende Aufgaben zur Verfügung.

Finanzielle Mittel für besondere Aufgaben werden von unserer Hausleitung zur Verfügung gestellt. Dazu gehört die Finanzierung unseres großen Seelsorgeteams, die Ermöglichung humanitärer Aufgaben wie der kostenlosen Behandlung von Kindern aus Krisenregionen und die tägliche Armenspeisung, die Unterstützung und Förderung unserer ehrenamtlichen Mitarbeiter ebenso wie die Kontaktpflege zur Öffentlichkeit und zu Gemeinden.

### 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 jeweils definierte Aufgaben erfüllen. Neben der Krankenhausleitung als Beratungsgremium der 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 der Gremien und der Austausch untereinander erfolgen koordiniert, z.B. durch personelle Verflechtung.

#### 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, Pflegedirektorin, 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. Die Umsetzung der gefassten Beschlüsse wird kontrolliert.

#### 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, Pflegedirektorin, 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 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.

### 5.3.4A Kommunikationsstrukturen

Wir schaffen effektive und vertrauensfördernde Kommunikationsstrukturen.

Der Austausch zwischen den Mitarbeitern findet nicht nur über den ‚Dienstweg‘ sondern auch im persönlichen Miteinander statt.

Es stehen über zahlreiche regelmäßige Sitzungen, Besprechungen und Konferenzen sowie über schriftliche Informationsmöglichkeiten aber auch ausreichend ‚formelle‘ Kommunikationswege zur Verfügung.

## 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, in denen sie auftreten, besprochen. Dazu können die unmittelbar beteiligten Mitarbeiter auch die Unterstützung ihrer Vorgesetzten sowie anderer Berufsgruppen, wie zum Beispiel von Seelsorgern und Psychologen 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 Managementkompetenz und Leitungsverantwortung im kirchlichen Krankenhaus**

Das Management der Einrichtung führt das Krankenhaus werte- und leitbild-orientiert.

### **5.A.1 Formulierung und Umsetzung von Führungsgrundsätzen**

Die Leitung des Krankenhauses orientiert ihre Führungsgrundsätze an allen Mitarbeitern.

Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind unser wichtigstes Potenzial. Daran orientieren sich auch unsere Führungskräfte. Unser Leitbild, die ‚Leitlinien der Zusammenarbeit‘, geht ausführlich auf die Führungsgrundsätze und den von uns angestrebten kooperativen Führungsstil ein. Wie weit allen Führungskräften gelingt, diese Grundsätze umzusetzen, wird z.B. im Rahmen von Mitarbeiterbefragungen erhoben. So haben bei der jüngsten Befragung 88 % der Mitarbeiter bestätigt, dass sie auf klare gemeinsame Ziele hinarbeiten.

### **5.A.2 Beachtung ethischer Prinzipien im Geschäftsverkehr und in der Betriebsführung**

Im Geschäftsverkehr und in der Betriebsführung werden ethische Prinzipien beachtet.

Von uns geschlossene Verträge halten wir ein, unseren Zahlungsverpflichtungen kommen wir pünktlich nach. Unsere Mitarbeiter werden tarifgerecht entlohnt, als kirchliches Haus sind wir über unseren Gesellschaftsvertrag an die kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien (AVR) gebunden. Notwendige Rationalisierungen werden von uns menschlich vorgenommen, wenn sich ein Personalabbau nicht vermeiden lässt, geschieht dies zumeist über die normale Fluktuation und ohne Kündigungen. Der Umweltschutz wird beachtet.

### **5.A.3 Beachtung besonderer ethischer und sozialer Gesichtspunkte in der Personalführung**

In der Personalführung werden ethische und soziale Gesichtspunkte berücksichtigt.

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 soziale Verpflichtung wahr. Beispielsweise bemühen wir uns, Schwerbehinderte einzustellen und einen angemessenen Arbeitsplatz zu bieten, wo immer dies möglich ist. Geschlossene Dienstverhältnisse beenden wir niemals leichtfertig, sondern prüfen z.B. immer sehr genau, ob Mitarbeitern nicht eine andere Stelle angeboten werden kann.

### **5.A.4 Wahrnehmung der Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter**

Die Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter wird bewusst wahrgenommen.

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.

### **5.A.5 Stärkung und Gestaltung der Dienstgemeinschaft**

Wir erfüllen den gemeinsamen Auftrag als Dienstgemeinschaft.

Zahlreiche Veranstaltungen und 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.6 Ethische Profilierung und Förderung ethischer Kompetenz**

Wir handeln ethisch verantwortlich und schaffen dafür die notwendigen Strukturen.

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 Psychologen, 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.A.7 Förderung einer umfassenden Qualitätsorientierung**

Die Krankenhausleitung fördert eine umfassende Qualitätsorientierung und Risikoprävention.

Der Qualitätsgedanke ist in unserem Haus, z.B. dank der jährlichen internen Audits, in denen die Umsetzung qualitätsrelevanter Vorgaben überprüft wird, weit verbreitet. Entsprechende Schulungen für unsere Mitarbeiter bieten wir an. Risiken werden von uns vermieden und gemindert, wo immer möglich. Mit Beschwerden gehen wir offen und strukturiert um.

### **5.A.8 Sicherstellung einer umfassenden Versorgung auf gemeinsamer Werte- und Qualitätsbasis**

Wir organisieren Versorgungsketten auf einer gemeinsamen Werte- und Qualitätsbasis.

Wir arbeiten mit vielen ambulanten und stationären Leistungserbringern zusammen, um unseren Patienten eine durchgehend gute Versorgung zu bieten. Mit zwei anderen Häusern der Region, dem Franziskushospital Harderberg (Georgsmarienhütte) und dem Krankenhaus Sankt Raphael Ostercappeln sind wir eine enge Kooperation unter dem Dach der Managementgesellschaft Katholischer Krankenhäuser der Region Osnabrück eingegangen, um unsere Leistungsangebote weitestgehend aufeinander abzustimmen und miteinander zu verknüpfen und so noch effizientere Angebote machen zu können.

## 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 deutschlandweit erstes Krankenhaus das Qualitätszertifikat der KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) erhielten und zugleich nach den zusätzlichen proCum Cert-Anforderungen zertifiziert wurden.

Dieses Zertifikat wurde aktuell bestätigt und um weitere drei Jahre verlängert.

#### 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 Verfahrensweisungen sind generelle Ziele benannt. Weitere, eindeutig messbare und zeitlich bestimmte Ziele wurden festgelegt.

Hausweit gültige Qualitätsziele werden im jährlichen internen Qualitätsbericht veröffentlicht. Die Erreichung von Qualitätszielen wird überprüft. So lautet eines der Ziele, dass mindestens 95 % unserer Patienten uns weiterempfehlen würden. Tatsächlich sind es 96 %.

### 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, die alle grundlegenden Entscheidungen zum Qualitätsmanagement trifft, und der weiteren Leitungspersonen.

Ende der 1990er-Jahre wurde eine hauptamtlich besetzte Abteilung, Koordination Qualitätsmanagement, als organisatorisch beim Geschäftsführer / Verwaltungsdirektor angesiedelten Stab eingerichtet. Zusätzlich wurden im Haus abteilungsbezogene Qualitätsbeauftragte benannt. Für alle unsere Mitarbeiter werden Schulungen zum Qualitätsmanagement angeboten.

#### 6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

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

Besondere Bedeutung haben unsere internen Audits, in denen jährlich 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 eine Vielzahl relevanter 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. So wurden in den jüngsten Audits über 900 bereichsbezogene Inhalte im Haus erhoben.

### 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. Das 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 für uns 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 nur geringfügig unter 100 %. Die Datenerfassung und Übermittlung erfolgt EDV-gestützt, um möglichst zutreffende Informationen zu erheben und weiterzuleiten.

## 6.4.2 Umgang mit den 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 allen Mitarbeitern zugänglich gemacht und seit 2004 in unserem jährlichen Qualitätsbericht veröffentlicht. In fast allen Qualitätsbereichen erzielen wir im Landesvergleich überdurchschnittliche Ergebnisse, die in der mehrjährigen Betrachtung positive Tendenzen aufweisen oder gleich bleibend auf hohem Niveau liegen.

## 7 Spiritualität und Kirchlichkeit

Die Atmosphäre des Krankenhauses und alle Prozesse werden nachhaltig durch eine authentische christliche Spiritualität geprägt. Diese Spiritualität wird gepflegt und weiter entwickelt. Die Zugehörigkeit des Krankenhauses zur Kirche kommt für Patienten, Mitarbeiter und Öffentlichkeit erkennbar zum Ausdruck.

### 7.A Spirituelle Unternehmenskultur

Eine spirituelle Unternehmenskultur zeichnet das Krankenhaus aus und bildet den Rahmen der Leistungserbringung bzw. der Arbeit.

#### 7.A.1 Entwicklung und Pflege einer spirituellen Unternehmenskultur

Eine authentische spirituelle Unternehmenskultur wird gepflegt und Mitarbeitern, Patienten sowie der Öffentlichkeit vermittelt. Dazu leisten alle Mitarbeiter den ihren Möglichkeiten entsprechenden Beitrag.

Unser Krankenhaus und unser tägliches Miteinander versuchen wir im christlichen Sinne menschlich zu prägen. Einen wichtigen Beitrag leisten unsere Seelsorger, die Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern beratend zur Seite stehen. Unterstützt werden sie von Ordensschwestern und Ehrenamtlichen.

Alle unsere Mitarbeiter wissen um die Verknüpfung von Körper und Seele und sind über unser Leitbild aufgefordert, niemals nur ein körperliches Leiden, sondern immer den ganzen Menschen im Blick zu behalten.

#### 7.A.2 Spirituelle Begleitung und Förderung der Mitarbeiter

Die Mitarbeiter erfahren verlässliche, ihrer Situation und ihren Möglichkeiten entsprechende spirituelle Begleitung und Förderung.

Die Angebote unserer Seelsorge richten sich auch an unsere Mitarbeiter. Dies umfasst z.B. regelmäßige Gottesdienste, an denen Mitarbeiter teilnehmen können, das Einzelgespräch bei persönlichen Krisen sowie Fortbildungsangebote, bei denen auch religiöse Themen und spirituelle Aspekte angesprochen werden.

Für Besinnungstage und Exerzitien werden Mitarbeiter freigestellt.

#### 7.A.3 Ästhetik von Gebäuden und Räumen

Gebäude und Räume strahlen eine Atmosphäre aus, in der Mitarbeiter und Patienten sich willkommen und gut aufgenommen fühlen. Es werden lebensfördernde Kräfte und Impulse freigesetzt und verstärkt.

Unter anderem über Symbole, Zeichen und Bilder versuchen wir eine angenehme Atmosphäre zu schaffen. Neben allgemeinen Räumlichkeiten wie Sitzcken und Cafeteria ist unsere Kapelle ständig 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 aufgearbeitet.

### 7.B Spiritualität in der Begleitung und Versorgung der Patienten sowie im Umgang mit den Patienten

In der Begleitung und Versorgung der Patienten sowie im Umgang mit den Patienten wird die spirituelle Dimension umfassend berücksichtigt.

#### 7.B.1 Berücksichtigung der spirituellen Dimension von Krankheit und Krankheitsbewältigung

Wir berücksichtigen die spirituelle Dimension von Krankheit und Krankheitsbewältigung sowie entsprechende Bedürfnisse der Patienten.

Während des Krankenhausaufenthaltes haben Patienten viel Zeit zum Nachdenken. Die Gedanken kreisen oft um Sorgen, Ängste, Fragen und Probleme. Vieles davon wird leichter, wenn man die Gedanken mit jemandem teilen und darüber sprechen kann. Alle unserer Mitarbeiter versuchen, immer ein offenes Ohr für die Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen zu haben. Darüber hinaus sind bei uns vier Seelsorger und Seelsorgerinnen beschäftigt, die mit Patienten und Angehörigen sprechen, mit ihnen beten oder Segen und Sakramente spenden.

## **7.B.2 Spirituell geprägte Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen**

Wir gestalten die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen unter spirituellen Gesichtspunkten.

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.

## **7.C Seelsorge im Rahmen der spirituellen Unternehmenskultur**

Die Seelsorge leistet einen wesentlichen Beitrag zur Unternehmenskultur.

### **7.C.1 Integration der Seelsorge ins Krankenhaus**

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

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.

Organisatorisch sind unsere Seelsorger bei der Oberin / Pflegedirektorin angebunden, der regelmäßige Austausch mit der Hausleitung ist sichergestellt.

### **7.C.2 Strukturelle Rahmenbedingungen und Organisation der Seelsorge**

Wir schaffen Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige Seelsorge.

Unmittelbar in unserem Haus befindet sich eine großzügig ausgestattete Kapelle. Die Mitglieder unseres Seelsorgeteams haben angemessene Büroräume mit Besprechungsmöglichkeiten, damit vertrauliche und völlig ungestörte Gespräche möglich sind. Alle unsere Seelsorger haben gemäß der Vorgabe unseres Seelsorgekonzepts die Zusatzausbildung „Klientenzentrierte Gesprächsführung / Klinische Seelsorge“ abgeschlossen und verfügen individuell über weitere Qualifikationen wie Ausbildung zum Supervisor oder Ausbildung in Gestalttherapie.

## **7.D Einbindung des Krankenhauses in die Kirche und Gestaltung der Beziehungen zur Kirche**

Wir bringen einladend und überzeugend zum Ausdruck, dass das Krankenhaus eine kirchliche Einrichtung ist, und pflegen die Beziehungen zur Kirche.

### **7.D.1 Gottesdienste und liturgische Angebote**

Wir sorgen für ein vielfältiges Angebot gottesdienstlicher, liturgischer und anderer Veranstaltungen.

Gottesdienste werden nahezu 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.D.2 Kommunikation des christlichen Glaubens**

Wir gestalten unsere Arbeit so und schaffen die Voraussetzungen, dass Menschen positive Erfahrungen mit dem christlichen Glauben, bzw. Entwicklungen im christlichen Glauben machen können.

Für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter machen wir zahlreiche Angebote. Der christliche Glaube ist ein wesentliches Fundament unserer täglichen Arbeit. Alle unsere Mitarbeiter tragen die christlichen Werte und die Grundsätze der katholischen Kirche mit.

### 7.D.3 Gestaltung der Beziehungen zu Kirchengemeinden vor Ort

Wir suchen und pflegen die Verbindung zu Kirchengemeinden vor Ort und geben ihr Ausdruck.

Zu den umliegenden Kirchengemeinden pflegen wir vielfältige Kontakte, allen voran zur benachbarten Kirchengemeinde St. Johann, deren früheres Dechantenhaus die Keimzelle des Marienhospitals ist.

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

Das Krankenhaus wird seiner besonderen gesellschaftlichen Verantwortung gerecht.

### 8.A Wahrnehmung des Ausbildungsauftrags durch das Krankenhaus

Das Krankenhaus übernimmt aus seiner Verantwortung für die Gesellschaft heraus Bildungsaufgaben.

#### 8.A.1 Ausbildungskonzepte

Das Krankenhaus vermittelt eine christliche Werteorientierung und setzt dies mit entsprechenden Ausbildungskonzepten um.

Die Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeschule am Marienhospital Osnabrück setzt das christlich geprägte Curriculum „Pflegen können“ um, in dem auch ausdrücklich religiöse Inhalte vorgesehen sind. Durch einen unserer Seelsorger und einen weiteren Geistlichen werden folgende Themenblöcke unterrichtet: Frage nach Gott, Individuelle Interpretation des Glaubens, Christliche Anthropologie, Christliches Menschenbild, Leben und Tod, Einführung in die Religionen und Einführung in die Krankenhaus-Seelsorge.

#### 8.A.2 Teilnahme am christlichen Lebensvollzug der Einrichtung

Das Krankenhaus ermöglicht seinen Auszubildenden die Teilnahme am christlichen Lebensvollzug des Hauses.

Die Schülerinnen und Schüler in den Berufen Gesundheits- und Krankenpflege sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflege sind wie alle Mitarbeiter in das religiöse Leben und das christliche Selbstverständnis im Marienhospital Osnabrück eingebunden.

Zur Feier der Examen finden zweimal im Jahr besondere Gottesdienste statt, die von den jeweiligen Schülerinnen und Schülern weitestgehend selbst gestaltet werden.

#### 8.A.3 Interkollegialität und Integration der Ausbildungsstätten in die Einrichtung

Das Krankenhaus ermöglicht seiner Ausbildungseinrichtung die Mitwirkung in Entscheidungsgremien und eine enge Anbindung an den täglichen Dienstbetrieb.

In den Ausbildungsgängen ist die Anbindung an die Praxis sichergestellt. Dies geschieht durch fundierten theoretischen Unterricht, durch persönliche Anleitung der Lernenden während der Praxis-einsätze durch geschulte Mentoren und Praxisanleiter und durch den ständigen Kontakt und Austausch der Ausbildungsstätte mit den übrigen Abteilungen.

Die Ausbildungsinhalte und -angebote werden in enger Abstimmung mit kooperierenden Einrichtungen festgelegt. Das Curriculum ‚Pflegen können‘ wird von uns auf Basis unserer Erfahrungen weiterentwickelt.

#### 8.A.4 Auswahlkriterien

Das Krankenhaus achtet bei der Auswahl der Auszubildenden und Praktikanten auf die Einstellung zu christlichen Werten und zur Kirche.

Von uns werden keine Bewerber angenommen, die sich willentlich gegen eine Glaubensgemeinschaft gestellt haben, die Zugehörigkeit zu einer christlichen Kirche ist aber nicht zwingende Voraussetzung. Es werden beispielsweise auch Muslime ausgebildet. Konfessionslose werden aufgenommen, wenn die Konfessionslosigkeit ohne eigenes Zutun des Bewerbers zustande gekommen ist.

Neben den formalen Ausbildungsvoraussetzungen legen wir großen Wert auf die soziale Kompetenz der Bewerber.

### 8.A.5 Angebot von Praktika

Das Krankenhaus bietet Praktikumsplätze an und sorgt für eine intensive Begleitung der Praktikanten.

Wir bieten vielfältigste und unterschiedlichste Praktika an z.B. für Medizinstudenten, Rettungsanwärter und Rettungsassistenten, angehende Physiotherapeuten und Laboranten, für Theologiestudenten und Gemeindefereenten, für Betriebswirtschafts- bzw. Krankenpflegemanagement-Studenten, für Pflegekräfte in Fachweiterbildung und für Schüler allgemeinbildender Schulen.

Allein in der Pflege sind dies über 150 Praktikanten jährlich.

Wir kooperieren mit Schulen, Ausbildungsträgern und Hochschulen, aber auch freiwillige Praktika werden von uns ermöglicht.

### 8.A.6 Kooperationen / Austauschprogramme

Das Krankenhaus achtet bei der Auswahl der Kooperationspartner im Rahmen der Ausbildung auf die Eignung hinsichtlich der Umsetzung der eigenen Ausbildungsziele.

Die Ausbildungsstätte am Marienhospital Osnabrück hat sich zusammen mit der Schule am Klinikum Sankt Georg (Franziskushospital Harderberg und Krankenhaus St. Raphael Ostercappeln) und der Altenpflegeschule des Caritasverbandes Osnabrück, mit denen wir eng zusammenarbeiten, ein gemeinsames, christlich orientiertes Leitbild gegeben. Die Ausbildungsinhalte und -ziele werden darüber hinaus mit weiteren ambulanten und stationären Kooperationspartnern abgestimmt.

### 8.A.7 Medienpräsenz / Marketing

Das Krankenhaus betreibt mit seiner Ausbildungsstätte aktive Öffentlichkeitsarbeit und bindet seine Auszubildenden ein.

Unsere Ausbildungsstätte beteiligt sich an unserer Öffentlichkeitsarbeit zum Beispiel über die Teilnahme am Internetauftritt und durch Presseerklärungen aus Anlass von Examensfeiern oder wegen der Einrichtung neuer Aus- oder Weiterbildungslehrgänge, wie der Weiterbildung zum Chirurgen Assistenten.

Lehrende gehen in allgemeinbildende Schulen und Berufsfachschulen und informieren dort über Ausbildungsinhalte und Berufsbilder.

Zusammen mit dem Arbeitsamt bieten wir einmal jährlich einen Informationsnachmittag für potenzielle Bewerber an.

## 8.B Einbindung in die Region (Gesamtkrankenhaus)

Das Krankenhaus ist auf vielfältige Weise in sein regionales Umfeld eingebunden und vernetzt.

### 8.B.1 Gestaltung der Kooperation mit anderen Leistungserbringern in komplementären und angrenzenden Versorgungsbereichen

Das Krankenhaus bringt sich als Teil eines regionalen Versorgungs-Netzwerkes mit seinen Ressourcen ein.

Das Marienhospital Osnabrück ist eingebunden in Kooperationsbeziehungen und Versorgungsnetze, z.B. im Rahmen der integrierten Versorgung, bei der bestimmte Angebote über die Grenzen mehrerer Leistungserbringer hinweg abgestimmt und mit den Kassen abgerechnet werden.

Wir arbeiten mit ambulanten und stationären Diensten zusammen sowie mit Selbsthilfegruppen und anderen Einrichtungen. Mit Gebietskörperschaften und Behörden wird eine vertrauensvolle Zusammenarbeit gepflegt.

## 8.B.2 Förderung ehrenamtlichen und zivilgesellschaftlichen Engagements

Das Krankenhaus fördert bürgerschaftliches Engagement.

Ehrenamtliches und soziales Engagement wird von uns in vielfältiger Hinsicht ermöglicht und gefördert. Beispielsweise haben wir einen Freibettenfond in der Kinderheilkunde und Jugendmedizin eingerichtet, über den Kinder aus Krisenregionen kostenlos gehandelt werden können.

Unsere Mitarbeiter können sich für ehrenamtliche Tätigkeiten vom Dienst freistellen lassen, z.B. um Behindertenfreizeiten als Betreuer zu begleiten.

In unserem Haus selbst ist die Katholische Krankenhaushilfe tätig, die für ihr ehrenamtliches Engagement die erforderliche Unterstützung erhält.

## 8.C Umgang mit Ressourcen und Förderung des Umweltbewusstseins

Das Krankenhaus schont die Umweltressourcen und fördert das Umweltbewusstsein.

### 8.C.1 Förderung eines christlich begründeten Umweltbewusstseins

Das Krankenhaus geht aus christlicher Verantwortung für die Schöpfung schonend mit Umweltressourcen um.

Für die Wahrung des Umweltschutzes werden von uns zahlreiche Maßnahmen ergriffen. Alle unsere Mitarbeiter besitzen unsere ‚Umweltfibel‘, die beispielsweise Vorgaben zur Energieeinsparung und Abfallvermeidung macht. Alle natürlichen 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.

## 8.D Mitwirkung im Rahmen der Forschung

Das Krankenhaus beachtet ethische Vorgaben im Rahmen von Forschungstätigkeit.

### 8.D.1 Forschungsaktivitäten

Das Krankenhaus dokumentiert und steuert alle Forschungsprojekte umfassend.

Das Marienhospital Osnabrück hat keinen Forschungsauftrag. Daher sind z.B. Forschungsziele nicht zu benennen und eine Forschungsplanung nicht erforderlich.

### 8.D.2 Ethische Begleitung der Forschung

Forschungsprojekte werden unter Beachtung ethischer Vorgaben begleitet und gesteuert.

Das Marienhospital Osnabrück hat keinen Forschungsauftrag. Daher ist eine ethische Begleitung von Forschung nicht erforderlich.

### 8.D.3 Einbeziehung von Patienten

Das Krankenhaus bindet teilnehmende Patienten intensiv in Forschungsprojekte ein, achtet auf die Wahrung ihrer Rechte und schutzwürdigen Interessen und sorgt für Transparenz.

Das Marienhospital Osnabrück hat keinen Forschungsauftrag. Daher ist z.B. die Einbeziehung von Patienten in Forschungsvorhaben nicht erforderlich.



## 9 Trägerverantwortung

Der Träger nimmt seine besondere Verantwortung für das Profil, die Orientierung der Arbeit am Leitbild und die Entwicklung des Krankenhauses wahr.

### 9.A Verantwortung des Trägers für den Inhalt des Versorgungsauftrags

Der Träger macht Vorgaben zur Wahrnehmung des Versorgungsauftrags und kontrolliert ihre Umsetzung.

#### 9.A.1 Präzisierung von Versorgungszielen und -aufgaben sowie Vorgaben für besondere Zielgruppen

Es sind Leitlinien und Ziele formuliert, wie das Krankenhaus im Rahmen seiner Einbindung in die allgemeinen Versorgungsstrukturen und im Blick auf bestimmte Zielgruppen seinen Versorgungsauftrag wahrnimmt.

Träger des Marienhospitals ist die Marienhospital Osnabrück GmbH, die mit den getroffenen Leitlinien und Zielen in vollständigem Einklang steht. Gesellschafter der Marienhospital Osnabrück GmbH sind die Managementgesellschaft Katholischer Krankenhäuser der Region Osnabrück mbH (MKO) und der Bischöfliche Stuhl zu Osnabrück. Die MKO nimmt über Geschäftsführung und Aufsichtsrat die Aufsichtverantwortung wahr und sorgt für in den Kooperationsbeziehungen abgestimmte Versorgungsstrukturen.

[Siehe auch Abschnitt D, Qualitätspolitik, Unsere Perspektive]

#### 9.A.2 Profilierende Leistungs- und Versorgungsangebote

Es sind Leitlinien und Ziele für besondere Leistungen und Versorgungsangebote formuliert, die das Krankenhaus nach Inhalt, Durchführung und Qualität seines Leistungsangebots profilieren.

Ganzheitliche Versorgung und Betreuung ist uns ein grundlegendes Anliegen. Patienten in Grenzsituationen, wie sie lebensbedrohliche oder nicht mehr therapierbare Erkrankungen oder Schwangerschaften, die mit starken persönlichen oder familiären Konflikten einhergehen, darstellen, werden von uns in besonderer Weise betreut und versorgt. Dabei legen wir, im Einklang mit dem christlichen Menschenbild, Wert auf eine würdige und ganzheitliche Behandlung nach modernen Gesichtspunkten, die in jedem Fall lebensbejahend erfolgt.

#### 9.A.3 Vorgaben für als problematisch oder kontrovers beurteilte Leistungsangebote und für Leistungsausschlüsse

Es sind Leitlinien und Ziele formuliert, die das Verfahren und Verhalten in problematisch zu beurteilenden Behandlungs- und Entscheidungssituationen regeln.

In unmittelbarer Nachbarschaft zu uns befindet sich am Kinderheim St. Johann unsere Babyklappe. Mütter, die sich in Not- und Krisensituationen von ihrem Neugeborenen trennen müssen, können dort den Säugling in ein stets bereitstehendes Wärmebett legen, das über einen Sensor Hilfe verständigt.

Über die regionale Presse teilen wir den Müttern in den folgenden Tagen mit, dass es ihren Kindern gut geht und wie sie ihre Entscheidungen ggf. wieder rückgängig machen können.

Schwangerschaftsabbrüche werden von uns nur nach klarer medizinischer Indikation durchgeführt.

### 9.B Verantwortung des Trägers für die unternehmerische Umsetzung des Versorgungsauftrags

Der Träger macht Vorgaben für die unternehmerische Umsetzung des Versorgungsauftrags und kontrolliert ihre Einhaltung.

#### 9.B.1 Ethische Grundsätze und Richtlinien für die Betriebsführung und die Wahrnehmung des Versorgungsauftrags

Es sind ethische Grundsätze sowie Richtlinien für die Betriebsführung und die Wahrnehmung des Versorgungsauftrags formuliert.

Als kirchliches Haus ist das Marienhospital Osnabrück den Grundwerten der katholischen Kirche in gleicher Weise verpflichtet wie die Gesellschafter der MHO GmbH, die 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: Abschnitt D, Qualitätspolitik, Leitbild]

## 9.B.2 Vorgaben für die strategische und operative Unternehmensführung

Es sind Vorgaben für die Unternehmensführung und -strategie formuliert.

Unter dem Dach der MKO stimmen wir unsere Leistungsspektren und Versorgungsangebote aufeinander ab. Ziel ist, dass in allen beteiligten Häusern eine hochwertige Grundversorgung vorgehalten wird, besondere Spezialitäten aber 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.B.3 Gemeinwohlorientierung und Bewahrung der Schöpfung

Es sind Grundsätze und Leitlinien für die Wahrnehmung von gesellschaftlicher und Umweltverantwortung formuliert.

Das Marienhospital Osnabrück ist ein gemeinnütziges Krankenhaus. Im Gesellschaftsvertrag der MHO GmbH ist festgeschrieben: „Die Gesellschaft verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige, mildtätige und kirchliche Zwecke [...]. Die Tätigkeit der Gesellschaft ist darauf gerichtet, die Allgemeinheit auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens selbstlos zu fördern. Sie verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke. Mittel der Gesellschaft dürfen nur für in diesem Vertrag aufgeführte Zwecke verwendet werden.“

Der Umweltschutz wird beachtet.

## 9.B.4 Leitlinien und Ziele für die Beteiligung an der Forschung (Medizin, Pflege u.a.)

Es sind Leitlinien und Ziele für die Beteiligung an der Forschung formuliert.

Das Marienhospital Osnabrück hat keinen Forschungsauftrag. Daher sind Leitlinien für Forschungsvorhaben nicht erforderlich.

## 9.C Verantwortung des Trägers für die Spiritualität der Einrichtung und die Gestaltung ihrer Zugehörigkeit zur Kirche

Der Träger macht Vorgaben für die Pflege der Spiritualität der Einrichtung sowie die Gestaltung ihrer Zugehörigkeit zur Kirche und nimmt Anteil an ihrer Umsetzung.

### 9.C.1 Vorgaben zur spirituellen Prägung der Unternehmenskultur und ihrer Vermittlung

Für die spirituelle Prägung der Unternehmenskultur und ihre Vermittlung sind Leitlinien und Ziele formuliert sowie Konzepte entwickelt.

Die in diesem Qualitätsbericht an anderer Stelle beschriebenen Aktivitäten, Angebote und Maßnahmen zur Unternehmenskultur stehen in Übereinstimmung mit den Zielen und Vorgaben des Trägers und seiner Gesellschafter. Hierfür tragen die verschiedenen Gremien in Marienhospital Osnabrück und Managementgesellschaft Katholischer Krankenhäuser der Region Osnabrück mbH (MKO) aktiv Sorge.

### 9.C.2 Vorgaben zur Gestaltung der Beziehungen zur Kirche

Für die Gestaltung der Beziehungen zur Kirche sind klare Vorgaben und Ziele formuliert.

Die unter Kategorie 7 - Spiritualität und Kirchlichkeit - beschriebenen Aktivitäten und Angebote stehen, wie auch das zugrundeliegende Seelsorgekonzept, in Übereinstimmung mit den Zielen und Vorgaben des Trägers und seiner Gesellschafter. Hierfür tragen die verschiedenen Gremien in Marienhospital Osnabrück und Managementgesellschaft Katholischer Krankenhäuser der Region Osnabrück mbH (MKO) aktiv Sorge.

## 9.D Wahrnehmung von Aufsichtsverantwortung

Der Träger nimmt seine Aufsichtsverantwortung gegenüber der Geschäftsführung wahr.

### 9.D.1 Wahrnehmung von Personalverantwortung, Besetzung von Leitungspositionen

Träger nimmt seine Verantwortung bei der Besetzung der Leitungspositionen wahr.

Die weiter oben 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

## 9.D.2 Wahrnehmung der Aufsichtsverantwortung

Der Träger nimmt seine Aufsichtsverantwortung gegenüber der Geschäftsführung wahr.

Die Aufsicht über unsere Geschäftsführung hat die MKO inne, 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 rechen-schaftspflichtig.