



## **proCum Cert/KTQ -** **QUALITÄTSBERICHT**

**Krankenhaus:** Marienhospital Ankum-Bersenbrück GmbH

Institutionskennzeichen: 260340012

Anschrift: Lingener Straße 11  
49577 Ankum

**Ist zertifiziert nach proCum Cert inklusive KTQ**  
**durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle**  
**proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft**

**mit der Zertifikatnummer: 2005-0102-ANKU-11-K-00052**

**Datum der Ausstellung: 26.01.2005**

**Gültigkeitsdauer: 25.01.2008**

## Inhaltsverzeichnis

Vorwort der proCum Cert .....	3
Vorwort der KTQ® .....	4
Einleitung .....	6
Teil A: Allgemeine Merkmale .....	8
Teil B: Allgemeine Leistungsmerkmale.....	11
Teil C: Personalbereitstellung .....	16
Teil D: Ausstattung.....	19
1. Patientenorientierung in der Krankenversorgung und Kompetenz im Umgang mit Patienten .....	21
2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung und Umgang mit Mitarbeitern (Sozialkompetenz) .....	26
3. Sicherheit im Krankenhaus .....	29
4. Informationswesen.....	32
5. Trägerverantwortung, Krankenhausführung und Leitung .....	34
6. Qualitätsmanagement .....	41
7. Spiritualität .....	43
8. Verantwortung gegenüber der Gesellschaft .....	45

## **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 dem 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. Hiefür wurden 33 weitere Qualitätskriterien formuliert, die es in dem KTQ-Manual mit seinen derzeit 70 Kriterien nicht gibt.

Das KTQ-Manual ist vollumfänglicher Bestandteil des proCum Cert-Qualitätshandbuchs. 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 70 Kriterien des KTQ-Kataloges.

---

<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.

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

## Einleitung

### Tradition und Moderne

Bereits 1860 wurde das Marienhospital Anklam-Bersenbrück als katholisches Krankenhaus gegründet.

Im Laufe der Zeit wurde es kontinuierlich erweitert. Die Weiterentwicklung erfolgte analog der örtlichen Gegebenheiten immer mit großer ideeller und finanzieller Unterstützung der Bevölkerung.



Im Jahre 2002 wurde das Haus in eine GmbH umgewandelt. Gesellschafter ist die Nikolaus-Kirchengemeinde in Anklam (95 %) und der Bischöfliche Stuhl zu Osnabrück (5%). Heute, in 2005, ist das Haus der Grund- und Regelversorgung mit 120 Betten ausgestattet und besitzt mit der neuen Intensiv- und OP-Abteilung eine moderne Infrastruktur. Es bietet ein zeitgemäßes medizinisches und pflegerisches Leistungsspektrum und hat damit einen festen Platz in der Versorgung der Patienten der Region.



### Leitbild und Auftrag

In unserem Leitbild haben wir die Verpflichtung verankert, dass die Patienten stets im Mittelpunkt unserer Bemühungen stehen. Mit unserem Handeln übernehmen wir Verantwortung für die Mitgestaltung der gesellschaftlichen Verhältnisse in der Region.



Im betrieblichen Alltag ist unsere Arbeit durch gegenseitige Wertschätzung, berufsübergreifende Zusammenarbeit und fachliche Kompetenz geprägt.

Durch die Sicherung der Wirtschaftlichkeit und der Aufgeschlossenheit gegenüber neuen Entwicklungen passen wir uns dem medizinischen Fortschritt jederzeit an.



Trotz wirtschaftlicher Zwänge und schwierigen politischen Vorgaben stellen wir als karitative Einrichtung der Kirche für den Patienten die bewährte familiäre Versorgung auf der bisherigen Basis sicher.

## Leistungsangebot und Qualitätsmanagement

Im Marienhospital werden jährlich über 6.100 Patienten stationär und über 7.500 Patienten ambulant versorgt. Dafür werden die Fachabteilungen Innere Medizin, Allgemein-, Unfall- und Handchirurgie, die Anästhesie sowie die Gynäkologie/Entbindung vorgehalten.



Die Gynäkologie/Entbindung wird als Belegabteilung mit 5 Beleg-Ärzten und 38 Betten geführt. Hervorzuheben ist die für die Hausgröße sehr hohe Anzahl von 929 Entbindungen in 2004.



Neben aktuellen Behandlungsangeboten wie dem Ambulanten Operieren und der Vor- und Nachstationären Behandlung, bietet das Haus moderne Diagnoseverfahren, z.B. auch die Computertomographie.

Die Notfallversorgung der Patienten ist rund um die Uhr in allen Disziplinen sichergestellt.

Wichtige Kooperationspartner sind die katholischen Kliniken und Altenheime der Region sowie die umliegenden niedergelassenen Ärzte. Die Einbindung der Klinik in die Region ist eine wichtige Strategie zur Standorterhaltung.



Für den reibungslosen Ablauf der Patientenbehandlung und die Verbesserung der innerbetrieblichen Prozessgestaltung übernimmt das Qualitätsmanagement eine wichtige Aufgabe.

Nur über dieses Instrument der Organisationsentwicklung kann sich das Haus den jeweiligen Veränderungen in der erforderlichen Schnelligkeit anpassen. Gute interdisziplinäre Zusammenarbeit ist somit ein Stück Zukunftssicherung.

Für umfassende Informationen besuchen Sie unsere Internetseiten [www.mha.de](http://www.mha.de) .

## Strukturerhebungsbogen

# TEIL A: ALLGEMEINE MERKMALE

## A-1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

*A-1.1 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?*

260340012

*A-1.2 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?*

Marienhospital Ankum-Bersenbrück GmbH

*A-1.3 Welche Versorgungsstufe hat das Krankenhaus nach dem Landeskrankenhausplan?*

Grundversorgung

*A-1.3.1 Werden psychiatrische Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten für das Krankenhaus ausgewiesen?*

Nein

*A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?*

Nein

*A-1.5 Arbeiten sonstige Einrichtungen mit dem Krankenhaus zusammen wie*

- Rehabilitationsklinik?
- Psychiatrische Einrichtung?
- Tagesklinik?
- Pflegeeinrichtung?
- Dialysezentrum?
- Anerkannte Fort- und Weiterbildungseinrichtung?
- Arztpraxen?
- Vertragliche Kooperationszentren (z.B. Apparatgemeinschaften)
- Sonstige?

*A-1.6 Gibt es an Ihrem Krankenhaus*

- eine Krankenpflegeschule?
- eine Kinderkrankenpflegeschule?
- eine Krankenpflegehilfeschule?

*A-1.7 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag)*

130

### A-1.7.1 Anzahl der Betten für den Maßregelvollzug

0

### A-1.8 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten

5020

Ambulante Patienten

6238

davon Privatpatienten

1675

## A-2 Allgemeine Merkmale der Fachabteilung

### A-2 (Matrix)

Nr	Fachabteilung	Nicht bettenführ. Abt. mit fachl. n.weisungsg. Leitung (nb) eingetragen	Bettenzahl	Abteilungsart	Poliklinik/ Ambulanz?	Notfallaufnahme?
0100	Innere Medizin		49	ha	<b>p</b>	<b>p</b>
1500	Allgemeine Chirurgie		43	ha	<b>p</b>	<b>p</b>
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe		38	ba	..	<b>p</b>
3600	Intensivmedizin			ha	..	<b>p</b>
XXXX	Anästhesie	Nb			..	..

### A-2.6 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

#### A-2.6 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Existiert eine Neugeborenen Intensivstation im Gebäude?

Nein

Ist ein Zugriff auf die Pädiatrie oder die pädiatrische Notfallversorgung möglich?

Ja

### A-2.7 Spezifisch für die Fachabteilung Intensivmedizin

#### A-2.7.1 Art der Intensivstation?

.. interdisziplinär operativ

.. fachgebunden operativ

**p** interdisziplinär operativ/konservativ

.. fachgebunden konservativ

#### A-2.7.2 Haben sie zusätzlich eine Wachstation ("Intermediate Care")?

Nein

*A-2.7.3 Existieren folgende erweiterte therapeutische Möglichkeiten?*

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

## TEIL B: ALLGEMEINE LEISTUNGSMERKMALE

### B-1 Allgemeine Leistungsmerkmale des Krankenhauses

#### B-1.1 Was umfasst das medizinische Leistungsspektrum des Krankenhauses?

Erweiterte medizinische Grundversorgung in der Inneren Medizin, in der Chirurgie sowie in der Gynäkologie und Geburtshilfe

#### B-1.2 Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte werden vom Krankenhaus wahrgenommen (z.B. Brandverletzungen, AIDS, Hospizeinrichtungen)?

Momentan wird ein Hospizzimmer im Marienhospital - Bersenbrück errichtet.

#### B-1.3 Welche Leistungsangebote bestehen?

- .. Stomatherapeuten?
- .. Diabetikerschule
- .. Pflegeeinrichtung als separate Einrichtung?
- .. ambulante Pflege?

**p** unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause Geburtsvorbereitungskurse?

**p** unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause die Möglichkeit einer ambulanten Entbindung mit Nachsorge durch hausinterne Hebammen?

**p** unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie eine Stillberatung bzw. ein Elternzentrum?

**p** Inkontinenzberatung?

.. Pflgetelefonberatung?

.. Hospizeinrichtungen bzw. eine Palliativpflege?

**p** Mutter-Kind-Beratung?

Sonstige?

Stillberatung, Baby-Massage-Kurse, Kurse für die Erste Hilfe beim Kind, Babyschwimmen, Kreißsaalführung

## B-2 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

### B-2 (Matrix)

Nr	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer (VD) (Angabe in Tagen)	Spezielle Kinderbetten	Kinderkrankenschwester/-pfleger?
0100	Innere Medizin	7.71	**	**
1500	Allgemeine Chirurgie	7.90	**	**
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5.97	**	<b>p</b>
3600	Intensivmedizin		**	**
XXXX	Anästhesie		**	**

### B-2.4 Tätigkeitsschwerpunkte

Nr	Fachabteilung	Tätigkeitsschwerpunkte der Abteilung
0100	Innere Medizin	Kardiologie, Gastroenterologie
1500	Allgemeine Chirurgie	Unfallchirurgie, Allgemeinchirurgie, Handchirurgie
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Allgemeine gynäkologische Operationen bis zu Uterusexstirpationen, endoskopische Operationsverfahren, Mamma-OP
3600	Intensivmedizin	
XXXX	Anästhesie	Schmerztherapie

### B-2.5 Spezifisch für die Fachabteilung Innere Medizin

#### B-2.5.1 Die 5 häufigsten Diagnosen pro Jahr

##### 0100 Innere Medizin

LfdNr	ICD Nr	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	I50	108	Herzschwäche
2.	I10	94	Bluthochdruck
3.	J18	63	Lungenentzündung
4.	I48	58	Rhythmusstörungen des Herzens
5.	I20	56	anfallsartige Enge in der Brust

##### 3600 Intensivmedizin

LfdNr	ICD Nr	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	I21	64	Herzinfarkt
2.	K80	32	Gallenblasenentzündung/ -stein
3.	S72	27	Oberschenkelbruch
4.	I20	23	anfallsartige Enge in der Brust (Angina pectoris)
5.	J18	23	Lungenentzündung

#### B-2.5.2 Die 5 häufigsten Diagnosen entsprechend der angegebenen Schwerpunkte der genannten Fachabteilung (vgl. B-2.4) pro Jahr

##### 0100 Innere Medizin

LfdNr	ICD Nr	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	I50	108	Herzschwäche (Schwerpunkt Kardiologie)
2.	I10	94	Bluthochdruck (Schwerpunkt Kardiologie)
3.	I48	58	Rhythmusstörungen des Herzens (Schwerpunkt Kardiologie)
4.	K29	56	Magenschleimhautentzündung (Schwerpunkt Gastroenterologie)
5.	K52	39	Brechdurchfall (Schwerpunkt Gastroenterologie)

##### 3600 Intensivmedizin

LfdNr	ICD Nr	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	I21	64	Herzinfarkt
2.	K80	32	Gallenblasenentzündung / -stein
3.	S72	27	Oberschenkelbruch
4.	I20	23	anfallsartige Enge in der Brust (Angina pectoris)
5.	J18	23	Lungenentzündung

## B-2.6 Spezifisch für die operativen Fachabteilungen

### B-2.6.1 Die 5 häufigsten Operationen pro Jahr

#### 1500 Allgemeine Chirurgie

LfdNr	OPS-301	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	5-470	94	Blinddarm-Operation
2.	5-530	85	Leistenbruch-Operation
3.	5-511	79	Gallenblasenentfernung
4.	5-787	63	Entfernung von Metallnägeln, -drähten und -platten aus einem Knochen
5.	5-812	63	Spiegelung des Kniegelenkes mit operativem Eingriff

#### 2400 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

LfdNr	OPS-301	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	5-740/ 49	262	Kaiserschnitt
2.	5-683	241	Gebärmutterentfernung
3.	5-690	91	Ausschabung der Gebärmutter
4.	5-651	31	Entfernung von Eierstockgewebe
5.	5-870	28	brusterhaltende Operation

### B-2.6.2 Die 5 häufigsten Operationen entsprechend der angegebenen Schwerpunkte der genannten Fachabteilung (vgl. B-2.4)

#### 1500 Allgemeine Chirurgie

LfdNr	OPS-301	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	5-470	94	Blinddarmentfernung (Schwerpunkt Allgemeine Chirurgie)
2.	5-530	85	Leistenbruch (Schwerpunkt Allgemeine Chirurgie)
3.	5-787	63	Entfernung von Metallnägeln, -drähten und -platten aus einem Knochen (Schwerpunkt Unfallchirurgie)
4.	5-812	63	Spiegelung des Kniegelenkes mit operativem Eingriff (Schwerpunkt Unfallchirurgie)
5.	5-842	27	Operation am Bindegewebe an Hand und Fingern (Schwerpunkt Handchirurgie)

#### 2400 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

LfdNr	OPS-301	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.			siehe B-2.6.1 zu Nr. 2400
2.			
3.			
4.			
5.			

### B-2.6.3 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V. Anzahl der ambulanten Operationen pro Jahr

451

#### 1500 Allgemeine Chirurgie

LfdNr	EBM-Nr	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.	2361	92	Entfernung von Metallimplantaten (Schrauben, Drähte) aus einem Knochen
2.	2220	80	Überbeinoperation an Hand-, Fuß- und Fingergelenk, Tumoroperation an Finger- oder Zehenweichteilen oder Operation einer Sehnscheideneinengung
3.	2145	73	Eröffnung eines tiefliegenden abgekapselten Geschwulst (Abszeß)
4.	2275	54	Operation eines Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms (Nerven- und Sehneinklemmung) an Gelenken
5.	2106	34	"Ausräumung" einer großen Geschwulst mit Entfernung von Muskeln oder Muskelteilen

#### 2400 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

LfdNr	EBM-Nr	Fälle	In umgangssprachlicher Klarschrift
1.			Anmerkung: Abrechnungsdaten der Krankenversicherungen stehen ausschließlich den Praxen der einzelnen Belegärzte zur Verfügung
2.			
3.			
4.			
5.			

### B-2.6.5-2.10

#### B-2.6.5 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V. Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr

1952 Behandlungen durch KV-ermächtigte Ärzte; 3833 Behandlungen durch KV-ermächtigte Institutsambulanz des Krankenhauses

#### B-2.7 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Anzahl der Geburten pro Jahr

854

#### B-2.8 Spezifisch für die Fachabteilung Urologie

##### B-2.8.1 Wird in Ihrer Abteilung Kinderurologie betrieben?

Nein

##### B-2.8.2 Wird in Ihrer Abteilung urologische Onkologie betrieben?

Nein

#### B-2.9 Spezifisch für die Fachabteilung Intensivmedizin

##### B-2.9.1 Anzahl der Intensivpatienten pro Jahr

544

##### B-2.9.2 Durchschnittliche Beatmungsdauer pro Patient (Angabe in Min.)

4544

## B-2.10

### B-2.10.1 Anzahl der Anästhesien insgesamt

3328

differenziert nach:

Anzahl der Allgemeinanästhesien	2636
Anzahl der Regionalanästhesien	692

### B-2.10.2 Differenzierung der Anästhesien nach ASA-Klassifikation in % Anteil pro Jahr

ASA 1	16
ASA 2	55
ASA 3	20
ASA 4	9
ASA 5	0

## TEIL C: PERSONALBEREITSTELLUNG

### C-1 Personalbereitstellung im Krankenhaus

*C-1.1 Wie hoch war die Stellenbesetzung im vergangenen Jahr in folgenden Bereichen?*

Ärztlicher Dienst?	17,86 VK
Pflegedienst?	73,57 VK
Medizinisch-Technischer Dienst?	28,65 VK
Funktionsdienst?	15,99 VK
Klinisches Hauspersonal?	4,11 VK
Wirtschafts- und Versorgungsdienst?	18,57 VK
Technischer Dienst?	4 VK
Verwaltungsdienst?	14,16 VK
Sonderdienste?	0
Sonstiges Personal?	0,75 VK

*C-1.2 Welche weitergebildeten Mitarbeiter waren im vergangenen Jahr beschäftigt, z.B.:*

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie	3 Fachärzte, 2 Fachkrankenschwester
Anzahl der Mitarbeiter im OP	3 Fachkrankenschwesterkräfte für den Operationsdienst
Anzahl der weitergeb. Mitarbeiter im Verwaltungsdienst	1
Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene	0
Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung	0
Anzahl der Stomatherapeut(en)	0
Anzahl der Sozialarbeiter	1
Anzahl der Diabetesfachschwester(n)	0
Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege	0
Anzahl der Qualitäts-/Prozessberater	1 QMB
Anzahl der Dipl.-Psychologen	0
Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)	0
Sonstige	0

### C-1.3 Wie war der Ausbildungsstand des Pflegepersonals im vergangenen Jahr?

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über eine dreijährige Ausbildung verfügen

99%

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über eine zweijährige Ausbildung verfügen

0

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über eine einjährige Ausbildung verfügen

1%

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen

0

Prozentualer Anteil der fachweitergebildeten Pflegekräfte im vergangenen Jahr

16%

### C-1.4

Prozentualer Anteil der Ärzte mit Facharztstatus im vergangenen Jahr

39 %

### C-1.5

Prozentualer Anteil der psychologischen Psychotherapeuten (gemessen an der Gesamtzahl der Dipl.-Psychologen)

0

## C-2 Personalbereitstellung in der Fachabteilung

### C-2 Personalbereitstellung in der Fachabteilung (Ärzte)

Nr	Fachabteilung	Ärztliche Leitung	Anzahl Ärzte (voll approbiert)	Anzahl Fachärzte	Anzahl Ärzte mit fak. Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit Praktikum	Liegt ein Weiterbildungs-befugnis vor?
0100	Innere Medizin	<b>p</b>	8	4		1	<b>p</b>
1500	Allgemeine Chirurgie	<b>p</b>	8	3		1	<b>p</b>
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	..	5	5			<b>p</b>
3600	Intensivmedizin	<b>p</b>					..
XXXX	Anästhesie	<b>p</b>	3	3			..

### C-2.7 Personalbereitstellung in der Fachabteilung (Pflegekräfte)

Nr	Fachabteilung	Anzahl Pflegekräfte	Anzahl exam. Krankenschw./-pfleger	Anzahl Krankenschw./-pfleger mit Fachweiterbildung	Anzahl Sonstige	Wird Hilfspersonal eingesetzt?
0100	Innere Medizin	35	35	0	0	<b>p</b>
1500	Allgemeine Chirurgie	28	27	2	1	<b>p</b>
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	38	37	1	1	<b>p</b>
3600	Intensivmedizin	15	15	3		<b>p</b>
XXXX	Anästhesie	4	4	2		..

### **C-3 Zulassungen - Spezifisch für die Fachabteilungen Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie**

*C-3.1 Besteht die Zulassung zum D-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?*

Ja

*C-3.2 Besteht die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaft?*

Nein

## TEIL D. AUSSTATTUNG

### D-1 Diagnostische Möglichkeiten im Krankenhaus

#### D-1.1 Im Krankenhaus verfügbar:

- .. CT im Regeldienst
- .. CT im Bereitschaftsdienst
- .. Kernspin im Regeldienst
- .. Kernspin im Bereitschaftsdienst
- Ⓟ Sonographie im Regeldienst
- Ⓟ Sonographie im Bereitschaftsdienst
- Ⓟ Röntgen im Regeldienst
- Ⓟ Röntgen im Bereitschaftsdienst
- Ⓟ Broncho-/Endoskopie im Regeldienst
- Ⓟ Broncho-/Endoskopie im Bereitschaftsdienst
- Ⓟ Echoskopie/TEE im Regeldienst
- Ⓟ Echoskopie/TEE im Bereitschaftsdienst
- .. Mikrobiologie im Regeldienst
- .. Mikrobiologie im Bereitschaftsdienst

### D-2 Räumliche Ausstattungen in den Fachabteilungen

#### D-2.1 Für alle Fachabteilungen. Ausstattung der Unterbringung

##### D-2.1.1 Anzahl der Einbettzimmer

Nr	Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
0100	Innere Medizin	3	0	0	0	2	0	0	0
1500	Allgemeine Chirurgie	3	0	0	0	3	0	0	0
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2	0	0	0	5	0	0	0
3600	Intensivmedizin	0	0	0	0	0	0	0	0
XXXX	Anästhesie	0	0	0	0	0	0	0	0

##### D-2.1.2 Anzahl der Zweibettzimmer

Nr	Fachabteilung	WG WC TV TEL	WG WC	WG WC TV	WG WC TEL	DU WC TV TEL	DU WC	DU WC TV	DU WC TEL
0100	Innere Medizin	5	0	0	0	3	0	0	0
1500	Allgemeine Chirurgie	10	0	0	0	2	0	0	0
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	4	0	0	0	0	0	0	0
3600	Intensivmedizin	3	0	0	0	0	0	0	0
XXXX	Anästhesie	0	0	0	0	0	0	0	0

#### D-2.2 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gibt es einen eigenen Not-Section-Raum?

Nein

## D-3 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

### D-3.1-3.5 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

*D-3.1 Verfügt das Krankenhaus über eine krankengymnastisch/balneophysikalische Ausstattung?*

Ja

Wenn ja, in Form von

Bewegungsbad

Ergotherapie

Räume für balneophysikalische Therapie

*D-3.3 Spezifisch für die Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe*

Ist die Möglichkeit einer zentralen CTG-Überwachung vorhanden?

Nein

*D-3.4 Spezifisch für die Fachabteilung Urologie*

Verfügt die Abteilung über ein Gerät zur extrakorporalen Stoßwellen-Lithotrypsie (ESWL) und zur Ureterrenoskopie?

Nein

*D-3.5 Spezifisch für die Fachabteilung Orthopädie*

Haben sie eine Knochenbank?

Nein

**D-3.2 Ist auf jeder Station ein Notfallkoffer bzw. -wagen mit Defibrillator, Absauger und Intubationsbesteck verfügbar?**

Nr	Fachabteilung	Vorhanden
0100	Innere Medizin	<input checked="" type="checkbox"/>
1500	Allgemeine Chirurgie	<input checked="" type="checkbox"/>
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<input checked="" type="checkbox"/>
3600	Intensivmedizin	<input checked="" type="checkbox"/>
XXXX	Anästhesie	<input checked="" type="checkbox"/>

# 1. Patientenorientierung in der Krankenversorgung

## 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.*

Die Anmeldung von Patienten erfolgt direkt in der Aufnahme oder telefonisch durch den Haus- oder Facharzt. Bereits vorhandene Vorbefunde sollten mitgebracht werden, da diese wichtig für die umgehende und intensive Behandlung sind. Über die Leistungen des Marienhospitals können sich Patienten und Besucher im Vorfeld z.B. bei Besichtigungen des Kreißsaals informieren. Außerdem erhalten alle Patienten bei der Aufnahme Informationsmaterial über das Krankenhaus sowie einen Frage- und Bewertungsbogen, denn Ihre Meinung ist uns wichtig.

### 1.1.2. Orientierung im Krankenhaus

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

Die Mitarbeiter der Information am Haupteingang sind allen Patienten und Besuchern stets behilflich, schnell und problemlos den richtigen Weg zu finden. Zur besseren Orientierung gibt es im gesamten Krankenhaus einheitliche Schilder. Am Haupteingang befindet sich eine Abteilungsübersicht. Zusätzlich sind alle Räume, Flure, Fahrstühle, Treppenhäuser und Patientenzimmer beschildert. Sollten Patienten darüber hinaus Hilfe benötigen, werden sie von Mitarbeitern der Station gern abgeholt und begleitet.

### 1.1.3. Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Patienten werden von den freundlichen Mitarbeitern der Zentrale empfangen und an die Aufnahme oder zuständige Fachabteilung weitergeleitet. Dort erfolgt eine zügige formale Aufnahme in ruhiger Atmosphäre. Für eventuelle Wartezeiten gibt es ausreichend Sitzmöglichkeiten sowie einen Kiosk. In den Fachabteilungen wird der Patient von der zuständigen Bereichsschwester empfangen, auf sein Zimmer begleitet und über den täglichen Stationsablauf informiert. Im Anschluss daran erfolgt ein Aufnahmegespräch mit der betreuenden Pflegekraft und dem zuständigen Arzt.

### 1.1.4. Ambulante Patientenversorgung

*Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen von Notfallambulanz, Wiedereinbestellungsambulanz oder Ermächtigungsambulanz ist koordiniert integriert in die Patientenversorgungsabläufe des Krankenhauses unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.*

Neben dem stationären Bereich gibt es im Marienhospital eine Chirurgische und Interne Ambulanz. Von niedergelassenen Ärzten zugewiesene Patienten und Notfallpatienten werden in der Notaufnahme von qualifiziertem Personal erstversorgt. Im Anschluss daran wird entschieden, ob eine stationäre Aufnahme erforderlich ist, oder ob der Patient wieder entlassen werden kann. Alle Ergebnisse von Untersuchungen werden dem niedergelassenen Haus- oder Facharzt schriftlich mitgeteilt.

## 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.*

Während der Aufnahme werden alle Patienten gründlich ärztlich untersucht, wobei der Facharztstandard zeitnah gewährleistet ist. Außerdem wird in Gesprächen die medizinische Vorgeschichte erfragt. Dafür besteht ausreichend Zeit, so dass Patienten die Möglichkeit haben, aktuelle Probleme und Aspekte ihrer persönlichen Entwicklung mit dem Arzt zu besprechen. Wir legen großen Wert auf Diskretion. Auf Wunsch können Angehörige an den Gesprächen teilnehmen. Die Untersuchungen und Gespräche sind die Grundlage für eine gezielte Planung der weiteren Behandlung.

### 1.2.2. Nutzung von Vorbefunden

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

Vorliegende sowie vom Patienten mitgebrachte Unterlagen über frühere Untersuchungen und Behandlungen liefern wichtige Erkenntnisse über die aktuelle Krankheit eines Patienten. Zudem hilft die sinnvolle Nutzung vorhandener Unterlagen, Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Aus diesem Grund werden Vorbefunde von Beginn der Behandlung an berücksichtigt. Sie können bei der Aufnahme von Patienten jederzeit aus dem Archiv geholt oder, falls erforderlich, zusätzlich bei niedergelassenen Ärzten telefonisch oder schriftlich angefordert werden.

### 1.2.3. Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Der aufnehmende Arzt legt in Abstimmung mit dem Facharzt und weiteren Berufsgruppen den Behandlungsprozess fest. Anhand der vorliegenden Unterlagen und des körperlichen Untersuchungsergebnisses werden weitere Untersuchungen veranlasst und gleichzeitig die akuten Beschwerden behandelt. Für alle Patienten wird ein Pflegeplan erstellt. Bei den täglichen Visiten und den Besprechungen erfolgt eine Abstimmung über den jeweiligen Behandlungsverlauf zwischen Ärzten, Pflegenden und weiteren Berufsgruppen sowie mit dem Patienten.

### 1.2.4. Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

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

Von Beginn an wird jeder Patient in die Behandlungsplanung eingebunden. Er wird umfassend informiert und aufgeklärt. Seine Wünsche sowie seine persönliche Situation werden berücksichtigt. Sowohl Ärzte als auch Pflegekräfte nehmen sich zu vereinbarten Terminen Zeit für ausführliche Gespräche mit den Patienten und seinen Angehörigen. Durch eine einfühlsame Gesprächsführung kann so ein möglichst umfassendes Bild vom Zustand des Patienten und seines Umfeldes gewonnen werden und dies entsprechend in der Planung der Behandlung berücksichtigt werden.

### 1.3. DURCHFÜHRUNG DER PATIENTENVERSORGUNG

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

#### 1.3.1. Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

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

Wir legen großen Wert auf eine Behandlung nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Empfehlungen. Aus diesem Grund orientiert sich die Behandlung aller Patienten an den aktuellen Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften und wird individuell für jeden Patienten geplant. Es steht zeitnah ein entsprechender Facharzt zur Verfügung. Zudem gibt es für unser Haus festgelegte Standards für die Behandlung von Schmerzen sowie Regelungen für Behandlungsformen mit und ohne Medikamente.

#### 1.3.2. Anwendung von Leitlinien

*Der Patientenversorgung werden Leitlinien und wo möglich Evidenzbezug zugrundegelegt.*

Unsere Patientenversorgung folgt den standardisierten Leitlinien der Fachgesellschaften und wird den Besonderheiten der Erkrankungen der Patienten entsprechend, daran ausgerichtet. In der Chirurgie und Inneren Medizin gibt es Sammelordner, in denen relevante Leitlinien hinterlegt sind. Dazu gehören neben den Leitlinien der Fachgesellschaften Pflegestandards, Schmerzschemas sowie Standards zur Versorgung der Patienten nach bestimmten Operationen.

#### 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.*

Das Krankenhaus ist renoviert und die Patientenzimmer sind modern, hell, geräumig und funktional ausgestattet. Es gibt eine Cafeteria mit Spielecke, eine Kapelle sowie eine Parkanlage mit Sitzbänken. Unsere Patienten können täglich zwischen 10.00 und 20.15 Uhr, teilweise auch länger, Besuch empfangen. Wichtigste Ansprechpartner sind die jeweiligen Bereichspflegepersonen sowie die entsprechenden ärztlichen Mitarbeiter, die sich allen Patienten mit Handschlag vorstellen und durch angenähte Namensschilder auf ihrer Dienstkleidung jederzeit zu erkennen sind.

#### 1.3.4. Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Das Essen wird täglich frisch zubereitet. Bestimmte Nahrungsmittel werden bewusst von Herstellern der Region bezogen. Die vollwertige, abwechslungsreiche und ausgewogene Kost ist schmackhaft und kann Unverträglichkeiten und Diätformen angepasst werden. Es stehen täglich mehrere Menüs, einschließlich vegetarischer Kost zur Wahl. Die Wöchnerinnen bedienen sich morgens an einem reichhaltigen Frühstücksbuffet. Selbstverständlich werden auch Sonderwünsche oder Einschränkungen auf Grund einer bestimmten Religion bei der Nahrungsversorgung berücksichtigt.

#### 1.3.5. Koordinierung der Behandlung

*Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.*

Der aufnehmende Arzt sowie die weiterbehandelnden Ärzte stimmen alle Untersuchungen und Behandlungen der Patienten so ab, dass ein ausgewogener Tagesablauf möglich ist. Bei geplanten Krankenhausaufenthalten werden benötigte Untersuchungsergebnisse (z.B. Röntgenbilder) bereits im Vorfeld erstellt, um eine möglichst rasche Patientenversorgung sicherzustellen. Sowohl bei der Aufnahme als auch während des gesamten stationären Aufenthalts werden Patienten bei Bedarf von unseren Mitarbeitern zu den einzelnen Maßnahmen begleitet.

### 1.3.6. Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

*Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert*

Die OP-Planung erfolgt in den einzelnen Abteilungen und wird durch einen Verantwortlichen koordiniert. Unsere OP-Säle sind fest den beiden operierenden Abteilungen zugeordnet. Der dritte Saal wird nach Bedarf belegt. Notfalloperationen sowie die mögliche intensivmedizinische Betreuung von Patienten nach Operationen werden in unseren Planungen berücksichtigt. Patienten werden durch den Narkosearzt für die Operation aufgeklärt und von dem Pflegepersonal vorbereitet. Im Anschluss an die OP werden die Patienten im Aufwachraum betreut, bis eine Verlegung auf Station erfolgen kann.

### 1.3.7. Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Mehrmals im Jahr finden innerhalb der Stationen sowie zwischen den einzelnen Abteilungen Besprechungen zwischen allen an der Patientenversorgung Beteiligten statt. Auf Grund der Überschaubarkeit des Krankenhauses, sind sich fast alle Mitarbeiter untereinander bekannt und tauschen täglich in unterschiedlicher Form Informationen aus. Dafür werden auch die Visiten und Übergaben genutzt. Unterstützung aus anderen Fachgebieten kann durch die Anforderung, Durchführung und Befundung eines Konsils hinzugezogen werden.

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

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

Es finden täglich, zu festgelegten Zeiten, in allen Abteilungen Visiten mit der jeweiligen Bereichspflegeperson statt. An den wöchentlichen Chefarzt-Visiten nehmen zusätzlich Stationsleitung und Krankengymnastik teil. Visiten sollen in einem für den Patienten angenehmen Rahmen erfolgen. Deshalb werden Besucher und gefährliche Mitpatienten gebeten, solange das Zimmer zu verlassen. Alle Beteiligten der Visite stellen sich dem Patienten vor. Er wird über seinen aktuellen Gesundheitszustand sowie über weitere erforderliche Therapiemaßnahmen informiert.

## 1.4. ÜBERGANG 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.*

Bereits bei der Aufnahme wird vom zuständigen Arzt die voraussichtliche Verweildauer festgelegt. Anhand dieses Termins ist eine frühzeitige Planung und Organisation der Entlassung in Absprache mit dem Patienten und ggf. den Angehörigen möglich. Am Tag der Entlassung erfolgt ein Entlassungsgespräch zwischen Arzt und Patient bzw. Pflege und Patient. Dabei wird die optimale nachfolgende Versorgung unter Berücksichtigung der Wünsche des Patienten besprochen. Ist z.B. Kurzzeitpflege erforderlich, kann der Sozialdienst hinzugezogen werden.

### 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.*

Alle Patienten werden mit einem vollständigen Arztbrief, ggf. mit entsprechenden Anlagen (z.B. Röntgenbilder) entlassen oder verlegt. Bei Verlegungen innerhalb des Hauses oder in eine andere Einrichtung wird zusätzlich ein Pflegeverlegungsbericht erstellt. Der Sozialdienst achtet darauf, dass alle benötigten Informationen an die nachsorgende Einrichtung weitergeleitet werden. Alle Unterlagen werden zum Zeitpunkt der Verlegung bereitgestellt. Handelt es sich um eine Notfallverlegung, wird ein vorläufiger Bericht erstellt.

### 1.4.3. Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Die weiterbetreuenden Ärzte erhalten alle wichtigen Informationen schriftlich in Form des Arztbriefs und des Pflegeverlegungsberichts. Bei Bedarf wird zusätzlich telefonisch Kontakt aufgenommen. Vor der Entlassung in eine ambulante oder stationäre Pflege erfolgt eine mündliche Informationsweitergabe direkt mit dem Patienten. Entlassungen werden gemeinsam mit den weiterbetreuenden Einrichtungen vorbereitet. Es erfolgen Terminabsprachen und erste mündliche Übergaben.

## 2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

### 2.1. PLANUNG DES PERSONALS

*Die Personalplanung sorgt für eine kontinuierliche Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern.*

#### 2.1.1. Planung des Personalbedarfs

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

Durch eine gezielte Personalplanung werden in allen Bereichen des Marienhospitals auf allen Arbeitsplätzen motivierte und qualifizierte Mitarbeiter beschäftigt. Auf der Grundlage eines jährlichen Stellenplans wird der Personalbedarf ermittelt. Von unseren Mitarbeitern wünschen wir uns, dass sie die christliche Ausrichtung unseres Krankenhauses unterstützen. Niedrige Fluktuationsraten und das Erreichen hoher Dienstjubiläen zeigen, dass unsere Mitarbeiter mit den Arbeits- und Rahmenbedingungen einverstanden sind.

### 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*

Das Marienhospital bietet seinen Mitarbeitern angemessene Perspektiven für die berufliche Weiterentwicklung. Dabei sind wir besonders auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter in Einklang mit den Zielen unseres Hauses bedacht. Deshalb haben die Mitarbeiter immer die Möglichkeit, Wünsche und Planungen für ihre berufliche und persönliche Entwicklung ihren Vorgesetzten mitzuteilen. Alle Mitarbeiter werden entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit und dem Anforderungsprofil ihrer Position gefördert. Hierfür bieten wir zahlreiche Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten.

#### 2.2.2. Festlegung der Qualifikation

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

Die Qualifikation aller Mitarbeiter wird vom Aufsichtsrat, dem Geschäftsführer sowie den jeweiligen Abteilungsleitungen festgelegt und orientiert sich am aktuellen Bedarf sowie an den in unserem Leitbild festgelegten Werten und Fähigkeiten. Für leitende Mitarbeiter ist die Zugehörigkeit zu einer christlichen Kirche Einstellungsvoraussetzung. Alle Mitarbeiter sollen für die Ausführung ihrer Aufgaben optimal qualifiziert sein. Zahlreiche Fort- und Weiterbildungsangebote ermöglichen ihnen, ihr Wissen und ihre Fähigkeiten auf dem aktuellen Stand zu halten.

#### 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.*

Unsere Fort- und Weiterbildungsangebot stellt sicher, dass unsere Mitarbeiter bestmöglich auf die Erfüllung der gestellten Aufgaben vorbereitet sind und über aktuelles Fachwissen verfügen. Dies schließt die Vorbereitung auf besonders belastende Situationen sowie ethische Fragestellungen mit ein. Alle gesetzlich vorgeschriebenen Qualifikationen sind vorhanden. Die Basis für Fort- und Weiterbildungsangebote ist unser Leitbild, in dem die Verpflichtung zur Weiterqualifizierung für alle Mitarbeiter und die diesbezügliche Unterstützung durch die Vorgesetzten festgeschrieben sind.

#### 2.2.4. Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

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

Unsere Mitarbeiter sollen sich mit möglichst geringen finanziellen Belastung weiterbilden können. Bei Maßnahmen und Veranstaltungen beteiligt sich das Marienhospital aus diesem Grund z.B. an den finanziellen Aufwendungen. Zum Teil werden Kosten für Maßnahmen vollständig übernommen. Neben der Kostenübernahme unterstützen wir Qualifikationsmaßnahmen unserer Mitarbeiter durch Freistellungen vom Dienst. Ferner besteht in Einzelfällen die Möglichkeit, im Vorfeld verbindliche Vereinbarungen über Fort- und Weiterbildungen mit dem Vorgesetzten zu treffen.

#### 2.2.5. Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien

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

Um allen Mitarbeitern fachlich aktuelle Wissensquellen zur Verfügung zu stellen, sind in allen Bereichen des Krankenhauses zahlreiche Fachbücher vorhanden und einsehbar. Es besteht jederzeit die Möglichkeit, zusätzlich notwendige Fachliteratur zu bestellen. Außerdem haben wir die wichtigsten Fachzeitschriften abonniert. Zeitgemäße technische Medien zur Nutzung von Videos, Dias und CDs werden als Weiterbildungsmaterialien ebenfalls bereitgestellt. Unsere Mitarbeiter können von allen Arbeitsplätzen aus das Internet sowie das Intranet nutzen.

### 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 von Mitarbeitern berücksichtigt.*

Das Marienhospital wird mitarbeiterorientiert geführt. Wir haben auf der Grundlage unseres Leitbildes Führungsgrundsätze entwickelt, in denen wir uns verpflichten, einen kooperativen Führungsstil sowie die fachliche Kompetenz und persönliche Entwicklung unserer Mitarbeiter zu fördern. Gegenseitige Wertschätzung und das Miteinander im Team sind uns besonders wichtig. Alle Mitarbeiter werden an Entscheidungen beteiligt oder über die Hintergründe für eine Entscheidung informiert.

#### 2.3.2. Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

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

In allen Bereichen der Patientenversorgung sind die Arbeitszeiten anhand von Dienstplänen geregelt. Dabei werden alle rechtlichen und vertraglichen Vorgaben eingehalten. Bei der Gestaltung der Dienstpläne wird darauf geachtet, eine optimale personelle Betreuung zu gewährleisten und gleichzeitig Wünsche von Mitarbeitern zu berücksichtigen sowie Mehrarbeit zu vermeiden. In Zusammenarbeit mit der Mitarbeitervertretung wurden Teilzeitarbeitsmodelle eingeführt, die auf die unterschiedlichen Bedürfnisse unserer Mitarbeiter eingehen.

#### 2.3.3. Einarbeitung von Mitarbeitern

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

Neue Mitarbeiter sollen sich möglichst schnell in die Abläufe unseres Hauses einleben ohne überfordert zu werden. Aus diesem Grund wird ihnen z.B. ein fester Ansprechpartner zugeordnet und die Aufgaben so gestellt, dass sie gut zu erfüllen sind. Außerdem werden sie bei einer Führung durch das Haus mit allen Bereichen bekannt gemacht. Auf allen Stationen gibt es Stationsordner, in denen die üblichen Abläufe sowie wichtige Vorgaben und Informationen zusammengestellt sind. Zum Ende der Probezeit wird mit jedem Mitarbeiter ein strukturiertes Mitarbeitergespräch geführt.

#### 2.3.4. Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Wir haben ein Betriebliches Vorschlagswesen etabliert, in das unsere Mitarbeiter Vorschläge und Ideen einbringen können. Diese werden von einem Gremium geprüft und ggf. finanziell belohnt. Das System dient als Anreiz für die Mitarbeiter, ihre Kenntnisse und Erfahrungen zu teilen und damit die Arbeitsbedingungen und die Zusammenarbeit untereinander zu verbessern. Beschwerden können persönlich an die jeweiligen Vorgesetzten gerichtet werden. Zudem ist die Mitarbeitervertretung Ansprechpartner bei Kritik und Beschwerden.

#### 2.3.5. Ausscheiden von Mitarbeitern

*Das Ausscheiden von Mitarbeitern ist sinnvoll geregelt.*

Die offizielle Verabschiedung von Mitarbeiter in den Ruhestand erfolgt einmal im Jahr im Rahmen einer Veranstaltung zur Ehrung von Jubilaren. Die Mitarbeiter, die im Verlauf eines Jahres in den Ruhestand gegangen sind, erfahren hier nochmals Dank, Ehrung und Anerkennung durch das Krankenhaus. Verstirbt ein Mitarbeiter des Hauses, veröffentlichen wir einen Nachruf. Außerdem nimmt ein Mitarbeiter des Direktoriums an der Beisetzung teil. Darüber hinaus spricht das Haus durch ein Kondolenzschreiben und einen Blumenstrauß den Angehörigen seine Anteilnahme aus.

### 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*

Im Marienhospital gibt es einen Arbeitsschutzausschuss, der für alle Belange des Arbeitsschutzes zuständig ist. Unser Betriebsarzt achtet darauf, dass alle Mitarbeiter regelmäßig untersucht werden und Verletzungen durch arbeitsbedingte Unfälle optimal versorgt werden. Für das Vorgehen bei arbeitsbedingten Unfällen gibt es klare schriftliche Regelungen. Um chronischen Leiden vorzubeugen, achten wir darauf, rückschonend zu arbeiten. Wir bieten Schulungen an und sind bemüht, bei Neuanschaffungen, z.B. von Betten, auf deren Höhenverstellbarkeit zu achten.

##### 3.1.2. Verfahren zum Brandschutz

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

Unser gesamtes Haus ist mit Flucht- und Rettungswegeplänen ausgestattet. Außerdem gibt es einen ausführlichen Einsatz- und Alarmplan, in dem z.B. Verfahrensanweisungen bei einem Brandalarm genau beschrieben sind. Auf allen Telefonen im Haus befindet sich ein gelber Aufkleber mit der Nummer für die Meldung eines Brandes (Feuer 333). Um im Ernstfall die richtigen Maßnahmen zu ergreifen, werden unsere Mitarbeiter zweimal jährlich durch Brandschutzschulungen und alle 2 Jahre zusätzlich durch praktische Feuerlöschübungen auf eventuelle Gefahrensituationen vorbereitet.

##### 3.1.3. Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

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

Die Vorgehensweise bei nicht-medizinischen Notfällen ist in unserem Einsatz- und Alarmplan beschrieben. Die Anweisungen gelten für alle Mitarbeiter und werden diesen auf Schulungen bekannt gemacht. Weiterhin werden auf den Schulungen z.B. das Verhalten bei Drohanrufen, die Evakuierung von Patienten und Personal oder das richtige Verhalten bei Giftgasalarm thematisiert. Die Fachkraft für Arbeitssicherheit aktualisiert den Einsatz- und Alarmplan regelmäßig. Das Personalbüro trägt dafür Sorge, dass die enthaltene Telefonliste immer dem aktuellen Stand entspricht.

##### 3.1.4. Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

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

Unser medizinisches Notfallmanagement ist schriftlich festgehalten und seit einiger Zeit fest im Haus etabliert. Unser Notfallteam kann rund um die Uhr schnell und qualifiziert Hilfe nach dem aktuellen Stand der Medizin leisten. So sind z.B. auf allen Telefonen im Krankenhaus auffällige Aufkleber mit der zentralen Notrufnummer (Notrufpieper 5000) angebracht. Zudem sind auf allen Stationen Notfallkoffer und Notfallgeräte verfügbar. Die Mitarbeiter nehmen jährlich an theoretischen und praktischen Notfallübungen, inklusive Wiederbelebungstraining, teil.

##### 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 wird durch unterschiedliche Maßnahmen gewährleistet. Wir arbeiten nach dem Prinzip der Bereichspflege. Aufgrund kleiner Patientengruppen ist ein hohes Maß an Betreuung und Aufsicht gewährleistet. Dies betrifft vor allem besonders schutzbedürftige Patienten wie Neugeborene oder Patienten mit geistigen/ körperlichen Behinderungen. Die Betreuung von Patienten mit drohender Eigen- oder Fremdgefährdung erfolgt in der Regel in enger Abstimmung mit den Angehörigen und Betreuern und ggf. mit Unterstützung von entsprechendem Fachpersonal.

## 3.2. HYGIENE

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

### 3.2.1. Organisation der Hygiene

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

Die Organisation der Hygiene steht unter der Leitung des Ärztlichen Direktors. Alle relevanten organisatorischen Belange werden in der Hygienekommission beraten und geregelt. Die Kommission tagt mindestens halbjährlich. Alle dort beschlossenen Maßnahmen werden von einer für unser Haus tätigen Hygienefachkraft umgesetzt. So gibt es Hygiene- und Desinfektionspläne sowie Standards, die in jedem Bereich ausgelegt sind. Die Hygienefachkraft überwacht die Umsetzung der entsprechenden Pläne und führt regelmäßig Kontrolluntersuchungen durch.

### 3.2.2. Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Infektionen erfassen wir nach den Vorgaben des Robert-Koch-Instituts. Für nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtige Infektionen gibt es klar geregelte Meldewege. Verantwortlich für die Erhebung und Sammlung der entsprechenden Daten ist die Hygienefachkraft. Zusätzlich erhalten wir quartalsweise Auswertungen aus dem Labor. Die Ergebnisse sind Grundlage für eventuell erforderliche hygienesichernde Maßnahmen. Durch Begehungen und Untersuchungen beugen wir Infektionen umfassend vor.

### 3.2.3. Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen

*Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.*

Die Hygienefachkraft hat ein spezifisches EDV-Programm entwickelt, das alle hygienesichernden Maßnahmen bzw. Geräte erfasst und dokumentiert. Zusätzlich gibt es auf allen Stationen Isolierungsordner, in denen ausführliche Anweisungen für den Umgang mit verschiedenen Infektionserregern festgelegt sind. Die Kontrollen zur Einhaltung aller Bestimmungen erfolgen nach den Empfehlungen der hygienischen Fachgesellschaften durch die Hygienefachkraft. Ebenfalls werden die notwendigen Kenntnisse der Mitarbeiter von der Hygienefachkraft überprüft.

### 3.2.4. Einhaltung von Hygienerichtlinien

*Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.*

Auf der Grundlage der Hygienestandards und -pläne sowie der Desinfektionspläne werden alle hygienesichernden Maßnahmen umgesetzt. Alle Pläne werden regelmäßig aktualisiert und die korrekte Umsetzung von Maßnahmen durch die Hygienefachkraft überwacht. Dafür werden Begehungen durchgeführt und Untersuchungen vorgenommen. Bei Bedarf wird ein Krankenhaushygieniker hinzugezogen. Alle Ergebnisse werden festgehalten und wenn nötig, wird die Überprüfung wiederholt.

### 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 Arzneimittel beziehen wir zentral von der Apotheke des Marienhospitals Osnabrück, die uns mehrmals wöchentlich beliefert. Die erforderlichen Medizinprodukte werden entsprechend der festgelegten Abläufe bestellt, wobei neue Produkte im Vorfeld durch unsere Mitarbeiter umfangreich getestet werden. Für die Bereitstellung von Blut- und Blutprodukten existiert ebenfalls ein geregeltes Verfahren. Neben wirtschaftlichen Gesichtspunkten berücksichtigen wir bei der Beschaffung und Bereitstellung von benötigten Materialien zunehmend ökologische Aspekte.

#### 3.3.2. Anwendung von Arzneimitteln

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

Auf allen Stationen gibt es einen Vorrat an häufig verwendeten Arzneimitteln. Mehrmals in der Woche werden Medikamente bei einer Apotheke bestellt, die uns in dringenden Fällen auch am Wochenende oder nachts versorgen kann. Alle Medikamente lagern wir auf den Stationen in abschließbaren Apothekenschränken oder bei Bedarf im Kühlschrank. Ein Apotheker überprüft die richtige Lagerung sowie die Haltbarkeit der vorhandenen Medikamente mehrmals im Jahr. Der aktuelle Bestand von Arzneimitteln ist auf den Stationen anhand von Medikamentenlisten jederzeit überprüfbar.

#### 3.3.3. Anwendung von Blut- und Blutprodukten

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

Die Anwendung von Blut und Blutprodukten in unserem Haus ist durch ein ausführliches Qualitätsmanagement geregelt. Dafür gibt es ein Handbuch, in dem alle Maßnahmen für die Vorbereitung und Durchführung von Transfusionen beschrieben sind. Im Labor ist immer eine festgelegte Anzahl bestimmter Blutkonserven vorrätig. Zusätzlich benötigtes Blut sowie Blutprodukte bestellen wir beim Blutspendedienst Springe/ Osnabrück. Alle Anwendungen von Blutprodukten werden vom behandelnden Arzt patienten- und produktbezogen dokumentiert.

#### 3.3.4. Anwendung von Medizinprodukten

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

Technische Geräte dürfen nur von qualifiziertem Personal benutzt werden. Aus diesem Grund erfolgt bei allen medizinischen Geräten eine ausführliche Einweisung der Mitarbeiter in die richtige Handhabung. Für jedes Gerät ist ein bestimmter Mitarbeiter verantwortlich. Alle technischen Medizinprodukte werden nur von zugelassenen Fachfirmen repariert und gewartet. Der Umgang mit nicht-technischen Medizinprodukten (z.B. Verbandsmaterial) erfolgt nach den jeweiligen Vorschriften der Hersteller.

#### 3.3.5. Regelung des Umweltschutzes

*Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.*

Für den Umweltschutz in unserem Haus gibt es klare Regelungen. So ermitteln wir z.B. den Wasser- und Energieverbrauch und sammeln den Müll getrennt nach festgelegten Müllarten. Außerdem haben wir ein Energiesparkonzept entwickelt, um Energiespitzen möglichst zu vermindern. Bei der Beschaffung von Produkten ist neben dem Preis die ökologische Unbedenklichkeit ein wichtiges Auswahlkriterium. Wir achten darauf, Waren in großen Verpackungseinheiten zu kaufen, Pfandbehälter zu verwenden und Batterien durch wiederaufladbare Akkus zu ersetzen und so Abfall zu vermeiden.

## 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.*

Wir legen großen Wert auf eine ordnungsgemäße Führung und Dokumentation von Patientendaten. Alle Angaben werden vollständig, übersichtlich, jederzeit verfügbar und datengeschützt erfasst. Dafür nutzen wir krankenhausesweit ein einheitliches Dokumentationssystem und führen die gesammelten Daten in einer Patientenakte zusammen. Die Dokumentation ist Informationsgrundlage für Visiten sowie für eine gut abgestimmte Behandlung. Es gibt klare schriftliche Handlungsanweisungen für die Dokumentation sowie für das Archivieren von Patientendaten.

#### 4.1.2. Dokumentation von Patientendaten

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

Für eine optimale Versorgung ist ein schneller Überblick über den aktuellen Zustand eines Patienten wichtig. Aus diesem Grund werden bereits bei der Aufnahme von Patienten alle wesentlichen Daten erfasst und auf einem Etikett ausgedruckt. Alle Tätigkeiten am Patienten und Anordnungen durch Ärzte werden von dem Pflegemitarbeiter umgehend in den dafür vorgesehenen Formularen niedergeschrieben. Dieses Verfahren ist für das gesamte Krankenhaus geregelt. Die Vollständigkeit und Richtigkeit der gemachten Angaben wird ständig kontrolliert.

#### 4.1.3. Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Im Marienhospital haben berechnigte Mitarbeiter jederzeit Zugriff auf die Dokumentationen in den Patientenakten. Patientendaten entlassener Patienten können bei Bedarf rund um die Uhr aus dem Archiv angefordert werden. Sie sind dort problemlos aufzufinden und enthalten alle Dokumente mit wichtigen Informationen für die Genesung eines Patienten. Zum Teil werden Arztbriefe bereits direkt in unser EDV-System eingegeben und sind dann für berechnigte Personen jederzeit einsehbar. Der Datenschutz wird dabei stets berücksichtigt.

### 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.*

Informationen werden zwischen allen Teilen des Krankenhauses sowie innerhalb der jeweiligen Bereiche systematisch und zielgerichtet ausgetauscht. Dies erfolgt im Rahmen von Konferenzen, Sitzungen und durch zahlreiche Besprechungen. In der Regel werden dabei Protokolle geführt, die im Anschluss an alle Beteiligten geleitet werden. Der Austausch patientenbezogener Informationen ist dabei ebenso von Bedeutung, wie das gemeinsame Erarbeiten und Festlegen von Regelungen zur Verbesserung von Abläufen und zur Zusammenarbeit untereinander.

#### 4.2.2. Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Im Eingangsbereich unseres Hauses befindet sich die Zentrale. Hier werden zwischen 6 und 22 Uhr alle eingehenden Informationen an die entsprechenden Stellen weitergeleitet und Auskünfte, unter Berücksichtigung des Datenschutzes, erteilt. Die freundlichen Mitarbeiter stehen Patienten, Angehörigen und Besuchern gern für Informationen zur Verfügung und bieten Hilfe bei der Orientierung innerhalb des Krankenhauses an. Alle dafür erforderlichen Informationen einschließlich der Bereitschaftspläne der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter liegen der Zentrale vor.

#### 4.2.3. Information der Öffentlichkeit

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

Ziel unserer Öffentlichkeitsarbeit ist es, die interessierte Öffentlichkeit zu informieren und eine hohe und positive Wahrnehmung des Krankenhauses sicherzustellen. Auf unserer Homepage stellen wir alle medizinischen Fachbereiche vor und informieren über die umfangreichen Angebote des Hauses. Informationsbroschüren geben Interessierten einen Überblick über die einzelnen Fachabteilungen. Außerdem achten wir darauf, dass die Öffentlichkeit regelmäßig durch Berichte in der Tagespresse informiert wird.

#### 4.2.4. Berücksichtigung des Datenschutzes

*Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt. vgl. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft (Hrsg.): Krankenhausrecht – Rechtsvorschriften des Bundes und der Länder, 5. Auflage 1998; Regelungen zum Datenschutz finden sich in den Landeskrankenhausesetzen von Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Thüringen.*

Die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz werden in allen Bereichen eingehalten. Dafür ist ein Datenschutzbeauftragter benannt. Alle Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht und unterzeichnen bei Arbeitsantritt eine entsprechende Erklärung. Zusätzlich werden sie mündlich von ihren Vorgesetzten über die Datenschutzbestimmungen in ihren Arbeitsbereichen informiert. Für das EDV-System werden personenabhängige Zugriffsberechtigungen erteilt, die einen Zugriff nur auf bestimmte Informationen und Daten mit Hilfe von Kenn- und Passwörtern ermöglichen.

### 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.*

Fast alle Bereiche des Marienhospitals sind an ein vernetztes EDV-System angeschlossen. Ein Zugriff ist entsprechend der jeweiligen Berechtigung jederzeit von jedem Rechner des Hauses aus möglich. Im Umgang mit dem EDV-System sowie den jeweiligen Untersystemen für die verschiedenen Bereiche (z.B. Küche, OP) wurden alle Mitarbeiter intensiv geschult. Bei Problemen helfen die Verantwortlichen aus den Bereichen IT und Controlling in dringenden Fällen auch außerhalb der Dienstzeiten weiter.

## 5. Trägerverantwortung und Krankenhausführung

### 5.0.1. Normative Vorgaben im Sinne von Leitbildern

*Der Träger übt durch normative Vorgaben Einfluss auf die strategische und operative Managementebene aus*

#### 5.0.1.1. Menschen, für die wir da sind

*Der Träger definiert aus der normativen Verantwortung mit der strategischen Managementebene Zielgruppen und Leistungsschwerpunkte*

Unser Leitbild ist für uns die zentrale Basis für den Umgang mit Patienten generell und mit Patienten sozialer Randgruppen im Besonderen. Das Marienhospital sieht sich in "Mitverantwortung für die sozialen Verhältnisse in der Region. Es lässt sich vom Bild einer solidarischen und gerechten Gesellschaft leiten, in der auch Kranke und Schwache einen Platz und Lebensperspektiven finden können." Soziale Randgruppen, z.B. Obdachlose, behandeln wir gemäß unserem christlichen Verständnis der Nächstenliebe ausdrücklich. Auf Anfrage erhält jeder Obdachlose ein Mittagessen.

#### 5.0.1.2. Menschen, mit denen wir arbeiten

*Der Träger achtet darauf, dass in der Personalauswahl und -führung ein zielgerichteter Zusammenhalt zwischen den Gruppen eines Betriebes erhalten und gefördert wird.*

Wir wollen in unserem Haus eine an der Grundhaltung des christlichen Glaubens ausgerichtete Dienstgemeinschaft etablieren. Unser Leitbild unterstreicht dieses Ziel mit den Ausführungen unter den Punkten "Mitarbeiter und Team" sowie "Leitung und Führung". Dafür wünschen wir uns von allen Mitarbeitern eine hohe Identifikation mit den christlichen Grundwerten. Dies gilt besonders für Führungskräfte. Bei der Personalauswahl zählen aus diesem Grund neben der fachlichen Qualifikation vor allem die soziale Kompetenz und die christlichen Wertvorstellungen der Kandidaten.

#### 5.0.1.3. Verpflichtung in und für die Gesellschaft

*Der Träger ist sich der Verantwortung bewusst, die er durch sein Handeln für die Gesellschaft übernimmt*

In unserem Leitbild haben wir festgehalten, dass wir jeden Menschen in seiner Einzigartigkeit, seiner Lebensgeschichte und seinem Glauben achten. Für alle Mitarbeiter in der Patientenversorgung gibt es dementsprechend eine Dienstkleidung, die die kulturellen und religiösen Empfindungen der meisten Patienten berücksichtigt. Wir bieten täglich Essen an, das z.B. den Ansprüchen von Muslimen entspricht. Muslimische Mitarbeiter oder Patienten können außerdem ihre Bräuche in unserem Haus uneingeschränkt durchführen (Gebetsteppich, Ramadan).

#### 5.0.1.4. Einbindung in Kirchlichkeit

*Die Kirchlichkeit des Trägers wird in der Einrichtung spürbar.*

Unser Leitbild nimmt Bezug auf die Grundhaltung des christlichen Glaubens. Darüber hinaus ist der Pfarrer der Kirchengemeinde zugleich Trägervertreter sowie Vorgesetzter des Krankenhaus-Pfarrers und damit verantwortlich für die Einbindung der Kirchlichkeit im Krankenhaus. Er ist zudem aktiv in die seelsorgerische Betreuung unserer Patienten und Mitarbeiter eingebunden, z.B. durch das Spenden der Krankensakramente. Die Umsetzung der Kirchlichkeit wird z.B. durch die Trägerbeteiligung bei der Personaleinstellung von Führungskräften spürbar.

#### 5.0.1.5. Leistungsausschlüsse

*Leistungsausschlüsse erfordern eine sorgsame ethische Begründung*

Aufgrund der christlich-ethischen Überzeugung des Marienhospitals sind für bestimmte Behandlungen Einschränkungen vorgesehen und definiert. So werden in unserem Haus keine Abtreibungen durchgeführt. Für die Belegärzte der Gynäkologie (Belegarztvertrag) und die Hebammen (Beleghebammenvertrag) ist detailliert festgeschrieben, dass ein Verstoß gegen den Leistungsausschluss "Abtreibung" Konsequenzen (Kündigung) nach sich zieht. Künstliche Befruchtungen finden ebenfalls nicht statt.

## 5.0.2. Führungskräfte

*Der Träger übt durch normative und strategische Vorgaben Einfluss auf die darunter liegende Managementebene aus*

### 5.0.2.1. Führungskräfte

*Auswahl und Förderung von Führungskräften*

Wir pflegen einen kooperativen Führungsstil im Geist der christlichen Nächstenliebe und fördern die persönliche Entwicklung unserer Mitarbeiter. Dies ist in unserem Leitbild festgehalten und für alle Führungskräfte verpflichtend. Zu den Vorgaben des Trägers gehört darüber hinaus, dass Führungskräfte Mitglied einer christlichen Glaubensgemeinschaft sind und auch ihr persönlicher Lebensstil eine gelebte Christlichkeit zum Ausdruck bringt. Außerdem fragt der Träger bei der Einstellung neuer Führungskräfte umfassend die Führungskompetenz ab.

### 5.0.2.2. Managementgrundsätze

*Die Managementgrundsätze spiegeln die Wertvorstellungen des Trägers*

Wir richten unser gesamtes Handeln am christlichen Menschenbild aus. Wir handeln wirtschaftlich und sorgen für eine ausgeglichene wirtschaftliche Situation des Hauses. Dafür nutzen wir Instrumente aus Betriebswirtschaft und Qualitätsmanagement, um den modernen Standard des Hauses zu sichern. Unter ganzheitlicher Versorgung verstehen wir, dass der Patient von Aufnahme bis Entlassung nicht nur medizinisch, sondern auch persönlich betreut wird, d.h. wir kümmern uns auch um persönlich-soziale Hintergründe und pflegen den Kontakt zu den Angehörigen.

### 5.0.2.3. Personalmanagement

*Das Personalmanagement bedarf einer besonderen Sorgfalt*

Unser Personalmanagement verfolgt den Zweck, Arbeitsplätze zu erhalten und zu sichern und so die Patientenversorgung sicher zu stellen. Es ist geregelt, dass keine betriebsbedingten Kündigungen ausgesprochen werden. Bei der Personalauswahl und -einstellung gibt es konkrete Vorgaben des Trägers, da sich dieser seiner Verantwortung gegenüber den Mitarbeitern sowie gegenüber der Region bewusst ist. Abhängig von der zu besetzenden Stelle erfolgt eine Einstellung z.B. unter der aktiven Einbeziehung des Aufsichtsrates. Die jeweiligen Vorgaben sind schriftlich festgehalten.

### 5.0.2.4. Ethik

*Die christliche Ethik ist die Basis für Entscheidungen*

Der Vorsitzende des Ethikkomitees ist in Personalunion Vertreter des Bischofs sowie in der Pfarrgemeinde. Hierdurch ist gewährleistet, dass die Werte des Trägers im Rahmen ethischer Diskussionen angemessen berücksichtigt sind. Der Trägervertreter ist in seiner Funktion als Komiteevorsitzender aktiv in die Diskussion einzelner ethischer Fragestellungen eingebunden und berichtet dem Träger regelmäßig über die Arbeit des Komitees.

### 5.0.2.5. Öffentlichkeitsarbeit

*Öffentlichkeitsarbeit stellt Ziele und Ergebnisse des caritativen Handelns vor*

Sowohl das Krankenhaus als auch der Träger legen großen Wert auf Öffentlichkeitsarbeit. Dazu pflegen wir gute Kontakte zur regionalen und kirchlichen Presse. Der Träger beteiligt sich aktiv an ausgewählten Themen und erstellt die Standortbestimmung für die Presse. Außerdem erscheinen regelmäßig Berichte über das Krankenhaus im Gemeindeblatt. Darüber hinaus ist der Träger in den Internetauftritt des Marienhospitals eingebunden. Grundsätzlich erfolgt eine Abstimmung mit dem Träger bei allen Themen, die auch im Verantwortungsbereich des Trägers stehen.

### 5.0.3. Strukturvorgaben zur durchgängigen Sicherung der Umsetzung christlicher Kompetenz in praktisches Handeln und Verhalten

*Der Träger übt durch normative Vorgaben Einfluss auf die strategische und operative Managementebene aus.*

#### 5.0.3.1. Fort- und Weiterbildungsangebote

*Fort- und Weiterbildung sind Aufgaben mit gesellschaftlicher Relevanz*

Die über den Caritas-Verband (Katholische Bildungsstätte für Gesundheitsberufe Osnabrück) angebotenen Fortbildungsveranstaltungen mit teilweise christlich-ethischen Inhalten werden in Anspruch genommen. Ziel ist es, unsere Mitarbeiter nicht nur fachlich weiter zu qualifizieren, sondern auch hinsichtlich religiöser und ethischer Fragestellungen. Aus diesem Grund nehmen einige Mitarbeiter einmal jährlich an Seminaren mit den Themen "Sterben und Tod mitten im Berufsleben" sowie "Kommunikation in Belastungssituationen" teil.

#### 5.0.3.2. Personelle Besetzungen

*Personelle Besetzungen realisieren die Umsetzung normativer und strategischer Vorgaben*

Unser Ziel ist es, allen Mitarbeitern eine Chance zu bieten, sich in den beruflichen Alltag des Hauses zu integrieren. Die gesetzlich geforderte Quote zur Besetzung von Arbeitsplätzen für Behinderte wird durch das Haus erfüllt. Derzeit arbeiten im Haus 12 Schwerbehinderte. Im Rahmen der Arbeitsplatzgestaltung werden die Einschränkungen des Mitarbeiters berücksichtigt und ggf. Hilfsmittel zur Verfügung gestellt.

#### 5.0.3.3. Ressourcen für besondere Aufgaben

*Die Erfüllung des kirchlichen Auftrags erfordert mitunter besondere Investitionen*

Der Träger unterstützt alle Mitarbeiter in Konflikt- und besonderen berufsbedingten und ggf. privaten Belastungssituationen. Dafür stehen die Seelsorgenden des Hauses, die MAV oder der Sozialdienst zur Verfügung. Aufgrund ihrer Ausbildung bzw. Funktion sind sie für die Unterstützung der Mitarbeiter besonders qualifiziert. Auch die direkten Vorgesetzten nehmen sich kurzfristig angemessen Zeit für vertrauliche Beratungsgespräche mit ihren Mitarbeitern. Besonders Führungskräfte haben entsprechende Kompetenzen, da sie zur Führung von Mitarbeitern ausgebildet wurden.

### 5.0.4. Verhältnis zwischen Wirtschaftlichkeit und Christlichkeit

*Der Träger übt durch normative Vorgaben Einfluss auf die strategische und operative Managementebene aus*

#### 5.0.4.1. Förderung der Umsetzung christlicher Leitbilder in der Tagesarbeit

*Leitbilder werden nur dann wirksam, wenn sie vorgelebt werden*

Die Leitbilderstellung wurde durch den Träger aktiv unterstützt und im Rahmen mehrerer Workshops erarbeitet. Wichtig sind uns die eindeutige Definition unseres Menschenbildes sowie der Bezug zur Grundhaltung des christlichen Glaubens. Aus dem Leitbild werden insbesondere Projekte abgeleitet, die ethische Fragestellungen oder die christliche Werthaltung der Mitarbeiter berühren. Dies soll die Umsetzung des Leitbilds bei der täglichen Arbeit am Patienten fördern. Unsere Führungskräfte übernehmen dabei Vorbildfunktion.

## 5.0.5. Regelinformation und Bewertung von leitenden Mitarbeitern

*Der Träger sichert durch Vorgaben die positive Entwicklung des Krankenhauses*

### 5.0.5.1. Managementinformationssystem

*Die Steuerung des Geschehens gelingt mit einem angemessenen Informationssystem*

Unser Managementinformationssystem stellt allen leitenden Mitarbeitern die notwendigen Informationen zur Verfügung, um einen umfassenden Überblick über das Geschehen im Haus zu erhalten. Diese Informationen sind die Grundlage für die Steuerung und Weiterentwicklung der einzelnen Bereiche des Krankenhauses. Übergeordnete Ziele werden bei zahlreichen Besprechungen erörtert und weitergegeben. Personal- und Wirtschaftlichkeitsdaten werden zur Belegsteuerung und zum Abgleich von Erlösen und Kosten genutzt.

### 5.0.5.2. Patientenzufriedenheit

*Die Zufriedenheit des Patienten ist zentrales Ziel des Kernprozesses eines Krankenhauses und bedarf einer konstanten Fürsorge*

Im Marienhospital findet eine kontinuierliche Patientenbefragung "Lob und Tadel" statt. Alle stationär aufgenommenen Patienten erhalten einen Fragebogen und haben die Möglichkeit, diesen ausgefüllt in die dafür vorgesehenen Kästen zu werfen. Die Briefkästen sind eindeutig gekennzeichnet und über das gesamte Krankenhaus verteilt. Quartalsweise wird die Befragung schriftlich ausgewertet und die Ergebnisse der erweiterten Betriebsleitung und den Abteilungsleitungen präsentiert. Gleichzeitig ist der Fragebogen auch auf die Erfassung von Beschwerden ausgerichtet.

### 5.0.5.3. Mitarbeiterzufriedenheit

*Die Zufriedenheit der Leistungserbringer wirkt auf die Zufriedenheit der Patienten und Partner der Einrichtung*

Im Jahr 2002 wurde eine schriftliche Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Die Befragung erfolgte anonym und wurde von einem externen Institut vorbereitet und ausgewertet. Die aufbereiteten Ergebnisse wurden auf einer Mitarbeiterversammlung präsentiert. Die Fragen bezogen sich z.B. auf die Wahrnehmung des Arbeitsumfeldes, auf die Zusammenarbeit im Team oder auf die Möglichkeiten der persönlichen Weiterentwicklung im Krankenhaus.

## 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.*

Wir verfügen seit Herbst 2003 über ein zentrales Leitbild, das für alle Bereiche gilt. Es wurde zusammen mit unseren Mitarbeitern und dem Träger im Rahmen eines Workshops entwickelt. Dieser Prozess wurde von einem externen Moderator unterstützt. Unser Leitbild wird in allen Abläufen des Qualitätsmanagements, z.B. im innerbetrieblichen Vorschlagswesen oder im Beschwerdemanagement berücksichtigt. Darüber hinaus wurden Maßnahmen aus dem Leitbild abgeleitet, deren Umsetzung vom QMB und der Krankenhausleitung überprüft wird.

## 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.*

Medizinische Zielplanungen entstehen auf Veranlassung der Betriebsleitung und werden auf der Aufsichtsratssitzung diskutiert. Diese Planung beschreiben z.B. die Weiterentwicklung des medizinischen Leistungsspektrums und den Auf- und Ausbau von Geschäftsfeldern. In 2004 verfolgen wir den Aufbau eines Gesundheitszentrums. Das entsprechende Konzept beschreibt die Gesamtausrichtung des Hauses und dessen Einbindung in die medizinische Versorgung der Region. Das Eingehen von Kooperationen ist dabei ein wichtiger Bestandteil der Planungen.

### 5.2.2. Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Für das Marienhospital gibt es ein aktuelles Organigramm, aus dem alle Funktionen und Entscheidungsstrukturen des Krankenhauses deutlich werden. Es beschreibt die Organisationsstruktur und macht diese einschließlich der Zuständigkeiten nachvollziehbar. Es existieren mehrere Projektgruppen (z.B. DRG, Notaufnahme). Für alle Projekte wird grundsätzlich die Projektorganisation bzw. die Projektleitung festgelegt und zusammen mit einem Projektziel dokumentiert. Für die Koordination der Projekte ist der Qualitätsmanagementbeauftragte zuständig.

### 5.2.3. Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Die Budgetverantwortung liegt beim Geschäftsführer. Wir erstellen für 12 Monate einen Wirtschaftsplan, in dem u. a. Kennzahlen wie Auslastung des Marienhospitals, Personalkosten und Investitionen dargestellt sind. Um alle Kosten optimal zu steuern, erhalten die Chefarzte, Stationsleitungen und Funktionsbereichsleitungen detaillierte Auswertungen aller Sach- und Personalkosten.

## 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.*

Zur Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise existieren für alle Gremien und Kommissionen Geschäftsordnungen. Eine Koordination der Gremienarbeit ist dadurch sichergestellt, dass in allen Gremien mindestens ein Mitglied der erweiterten Betriebsleitung sitzt. Dieses Mitglied berichtet in der erweiterten Betriebsleitungssitzung von wichtigen Beschlüssen der Gremien und Kommissionen. Alle Gremien- und Kommissionssitzungen erfolgen stets in einer angenehmen Gesprächsatmosphäre unter Beachtung der gegenseitigen Wertschätzung und des gemeinsamen Interesses.

### 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.*

Die Betriebsleitung tagt 14-tägig. Eine Geschäftsordnung regelt die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der einzelnen Betriebsleitungsmitglieder. Verantwortlich für eine effektive Arbeitsweise ist der Geschäftsführer. Sitzungen der Betriebsleitung haben stets einen definierten Beginn und ein definiertes Ende und müssen mit Tagesordnung und Protokoll durchgeführt werden. Es ist weiterhin festgelegt, über welche Themen der Geschäftsführer dem Aufsichtsrat schriftlich und mündlich Bericht erstattet.

### 5.3.3. Information der Krankenhausführung

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

Die Betriebsleitung erhält regelmäßig aufbereitete Informationen aus allen wichtigen Bereichen des Hauses. Verantwortlich dafür sind der Qualitätsmanagementbeauftragte, die Medizincontrollerin sowie die jeweiligen Bereichsleiter. Ferner wird die Leitung im Rahmen der Regelkommunikation über alle Entwicklungen und Vorgänge informiert. Für alle Mitarbeiter ist die Krankenhausleitung jederzeit ansprechbar. Auch auf diesem Weg werden wichtige Informationen an die Leitung herangetragen und eine Plattform zum Meinungsaustausch geschaffen.

### 5.3.4. Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Wir wollen vor allem durch Information unserer Mitarbeiter über alle relevanten Belange des Hauses Sicherheit und Vertrauen schaffen. Die MAV vertritt die Interessen aller Mitarbeiter gegenüber der Betriebsleitung. Unsere Führungskräfte praktizieren eine "Politik der offenen Tür" und bieten somit allen Mitarbeitern die Möglichkeit, sofort bzw. kurzfristig einen Gesprächstermin zu bekommen. Weitere Maßnahmen zur Förderung der Kommunikation sind z.B. Mitarbeiterbefragungen. Jährlich gibt es ferner gemeinsame Veranstaltungen wie Weihnachtsfeiern oder Betriebsfeste.

## 5.4. ERFÜLLUNG ETHISCHER AUFGABEN

*Ethische Aufgaben von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhausesweit respektiert und berücksichtigt.*

### 5.4.1. Berücksichtigung ethischer Problemstellungen

*Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.*

Zur Berücksichtigung ethischer Problemstellungen gibt es im Marienhospital ein Ethikkomitee. Gemäß Geschäftsordnung tagt dieses dreimal pro Jahr sowie nach Bedarf. Bei akuten ethischen Problemstellungen ist das Komitee beratend in Form eines "ethischen Konsils" tätig. Ziel ist es, zu relevanten Fragestellungen hausinterne Handlungsrichtlinien zu entwickeln, die u. a. die aktuelle Rechtsprechung und die Werte des Trägers berücksichtigen.

### 5.4.2. Umgang mit sterbenden Patienten

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

Ein würde- und respektvoller Umgang mit dem Sterbenden sowie dessen Angehörigen ist ein besonderes Anliegen unseres Hauses. Alle Mitarbeiter sorgen dafür, dass im Umfeld des Sterbenden eine ruhige Atmosphäre herrscht und Angehörige in angemessener Weise von ihren sterbenden Familienmitgliedern Abschied nehmen können. Als konfessionelles Haus werden wir besonders den Bedürfnissen von Patienten und Angehörigen mit christlicher Ausrichtung gerecht. Neben dem seelsorgerischen Beistand steht der Krankenhauseelsorger für tröstende Worte und Gespräche zur Verfügung.

### 5.4.3. Umgang mit Verstorbenen

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

Gemäß unserem Leitbild gehen wir würde- und respektvoll mit Verstorbenen um. Wir betrachten das Sterben und Verstorben sein als eine Einheit und verstehen den Verstorbenen vor diesem Hintergrund weiterhin als zu versorgenden und uns anvertrauten Menschen. Dementsprechend verhalten wir uns gegenüber dem Verstorbenen. Angehörigen geben wir die nötige Zeit und Ruhe zum Abschiednehmen und orientieren uns bei der Versorgung von Verstorbenen an den Wünschen der Angehörigen. Wir unterstützen sie bei der Trauerbewältigung, indem wir uns Zeit für Gespräche und Zuspruch nehmen.

## 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.*

Konzeptionelle Grundlage unseres Qualitätsmanagements ist das proCum Cert Modellprojekt der Diözese Osnabrück. Impulse aus den monatlichen Treffen der Teilnehmer finden Eingang in unser Qualitätsmanagement-Konzept. Zentrales Dokument ist das "QM-Handbuch MHA", in dem z.B. alle Abläufe des Hauses erfasst sind. Es gibt einen Qualitätsmanagementbeauftragten, der für Aufbau, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements im Auftrag des Geschäftsführers verantwortlich ist. Alle Führungskräfte werden laufend über Qualitätsprojekte informiert.

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

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

Die Entwicklung von Qualitätszielen erfolgt im Marienhospital auf der Grundlage unseres Qualitätsmanagementkonzepts. In der erweiterten Betriebsleitung wird dafür ein Qualitätsmanagement-Zielplan erarbeitet. Gleichzeitig ist dieses Gremium für die Bekanntgabe der Qualitätsziele verantwortlich. Die erfolgt z.B. durch eine Mitarbeiterversammlung und in der Abteilungskonferenz. Mit der GmbH-Gründung wurde zudem durch den Aufsichtsrat ein Ausschuss eingerichtet, in dem einzelne Mitglieder Ziele mit den Chef- und Belegärzten diskutieren und vereinbaren.

### 6.2. QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM

*Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.*

#### 6.2.1. Organisation des Qualitätsmanagements

*Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.*

Sowohl der Aufbau eines umfassenden Qualitätsmanagements als auch die Umsetzung des Leitbilds werden als wichtige Führungsaufgabe wahrgenommen. Aus diesem Grund hat sich das Haus dem Modellprojekt Osnabrück angeschlossen. Verantwortlich für die Organisation des Qualitätsmanagements ist der Qualitätsmanagementbeauftragte, dessen Stabsstelle direkt dem Geschäftsführer zugeordnet ist. Um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess anzuregen, haben wir eine Lenkungsgruppe sowie ein Qualitätsmanagement-Team eingerichtet und Optimierungs-Workshops durchgeführt.

#### 6.2.2. Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Maßnahmen der internen Qualitätssicherung werden vor allem genutzt, um eine gleich bleibend hohe Qualität der Arbeit im Krankenhaus zu gewährleisten. Die Angaben aus unserer kontinuierlichen Patientenbefragung unterstützen uns beim frühzeitigen Erkennen von Schwachstellen und ermöglichen uns eine schnelle Reaktion. So werden z.B. Verbesserungsprojekte durchgeführt und ein Klinisches Risikomanagement betrieben. Darüber hinaus werden ausgewählte Abteilungen (Endoskopie) zertifiziert.

### 6.3. SAMMLUNG / ANALYSE QUALITÄTSRELEVANTER DATEN

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

#### 6.3.1. Sammlung qualitätsrelevanter Daten

*Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben.*

Das Marienhospital erfüllt die gesetzlichen Anforderungen zur Sammlung qualitätsrelevanter Daten. Diese werden EDV-gestützt im Krankenhausinformationssystem abgebildet, archiviert und an die jeweiligen Zentralen übermittelt. Verantwortlich für die Sammlung und Übermittlung ist der EDV-Bbeauftragte des Marienhospitals. Außerdem beteiligen wir uns an weiteren Maßnahmen zur Qualitätssicherung wie z.B. die Zertifizierung der Endoskopie und die Umsetzung des HACCP-Konzepts in unserer Küche.

#### 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 Krankenversorgung genutzt.*

Im Marienhospital wird unter der Überschrift "Lob und Tadel" eine kontinuierliche schriftliche Patientenbefragung unter allen stationär aufgenommenen Patienten durchgeführt. Die Fragebögen werden ca. quartalsweise ausgewertet und die Ergebnisse als Grundlage für verbessernde Maßnahmen genutzt. Außerdem führen wir in Abständen von ca. 3 Jahren Mitarbeiterbefragungen durch. Dabei werden wir von einem externen Unternehmen unterstützt. Die systematisch ausgewerteten Ergebnisse werden allen Mitarbeitern z.B. auf einer Mitarbeiterversammlung präsentiert.

#### 6.3.3. Umgang mit Patientenwünschen und -beschwerden

*Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.*

Patientenwünsche und -beschwerden werden ebenfalls im Rahmen unserer "Lob und Tadel"-Befragung erfasst. Jeder Patient hat die Möglichkeit, auf dem Fragebogen einen entsprechenden Text zu verfassen. Selbstverständlich können Wünsche oder Beschwerden auch direkt an das Pflegepersonal der einzelnen Stationen oder an die Geschäftsführung herangetragen werden. In der Patientenbroschüre machen wir Patienten außerdem darauf aufmerksam, bei Beschwerden telefonisch Kontakt mit dem Haus aufzunehmen. In jedem Fall soll auf Beschwerden umgehend reagiert werden.

## 7. Spiritualität

### 7.1. Spiritualität in der Patientenbegleitung

*Ein wesentliches Element der Seelsorge ist die Begleitung von Patienten*

#### 7.1.1. Spirituelle Lebensbegleitung

*Die Seelsorge begleitet den Menschen in Zeiten der Krise, Freude und Trauer*

Die Krankenhausseelsorge im Marienhospital steht allen Patienten und Angehörigen als Ansprechpartner in Lebensfragen zur Verfügung. Oft ist bereits die stille Präsenz in Notfallsituationen und die Anteilnahme am Leid von Patienten und Angehörigen eine große Unterstützung. Als christliches Haus fühlen wir uns besonders unseren christlichen Patienten verpflichtet, bieten aber selbstverständlich auch spirituelle Begleitung für alle weiteren Patienten.

#### 7.1.2. Spirituelle Sterbebegleitung

*Sterbende werden spirituell begleitet*

Der Anspruch unseres Hauses gegenüber Sterbenden ist fest in unserem Leitbild definiert: "Wir achten die Würde der Sterbenden und behandeln Verstorbene mit Respekt" und "Wir begleiten und unterstützen Trauernde". Neben dem seelsorgerischen Beistand bis hin zur Krankensalbung steht der Krankenhaus-Seelsorger für tröstende Worte und intensive Gespräche mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen jederzeit zur Verfügung. Zudem sind die Pflegenden in Sterbebegleitseminaren für einen würdevollen Umgang mit Sterbenden sensibilisiert worden.

### 7.2. Spiritualität und Mitarbeiter

*Die Mitarbeiter entwickeln ihre Spiritualität und werden dabei unterstützt*

#### 7.2.1. Spirituelle Berufsbegleitung

*Für die Entwicklung der Spiritualität gibt es eine spirituelle Berufsbegleitung*

Die spirituelle Begleitung der Mitarbeiter des Marienhospitals erfolgt ebenfalls in erster Linie durch den Krankenhausseelsorger. Er wird dabei von einer Ordensschwester und dem Gemeindepfarrer unterstützt. Schwerpunkte der seelsorgerischen Mitarbeiterbetreuung sind z.B. Begleitung in berufsspezifischen Extremsituationen oder Schulung von Mitarbeitern in spirituellen Kenntnissen wie Gebet oder Meditation. Alle Mitarbeiter sind zudem jederzeit eingeladen an regulären Angeboten wie Gottesdiensten teilzunehmen

### 7.3. Seelsorgekonzept

*Die Seelsorge im Krankenhaus orientiert sich an den Konzepten der Diözese bzw. Landeskirche und des Trägers. Die Grundlagen der katholischen Krankenhausseelsorgestandards bilden die Handreichung der deutschen Bischöfe Nr. 60 („Die Sorge der Kirche um die Kranken, 20.4.1998) und die daraus entwickelten Qualitätsstandards der Konferenz Katholische Krankenhausseelsorge in Deutschland und der Entschließung der Konferenz für Krankenhausseelsorge in der EKD vom März 1998 und den Konzeptionen und Standards der Konferenz für Krankenhausseelsorge in der EKD vom 17.3.1994.*

#### 7.3.1. Organisation der Seelsorge

*Die Seelsorge ist entsprechend dem geltendem Seelsorgekonzept organisiert*

Es gibt einen hauptamtlichen Krankenhauspfarrer und eine vom Orden beauftragte Ordensschwester, die für die seelsorgerische Betreuung aller Patienten, Angehörigen und Mitarbeiter verantwortlich sind. Der Seelsorgedienst ist katholisch, wobei auf Wunsch alle Konfessionen und Religionen den Seelsorgedienst in Anspruch nehmen können. Der Seelsorger hat ein schriftliches Seelsorgekonzept erstellt, aus dem die Organisation der Seelsorge deutlich wird. Die enge Zusammenarbeit mit den Kirchengemeinden der Region unterstützt und bereichert die Seelsorge des Hauses.

### 7.3.2. Angebote der Seelsorge

*Eine qualifizierte Seelsorge zeigt sich in konkreten Angeboten*

Die vom Krankenhausseelsorger wöchentlich erstellten kirchlichen Nachrichten informieren über aktuelle Angebote der Seelsorge. Wir wollen mit unseren Angeboten für alle Menschen, unabhängig von ihrer Konfession, die Grundvollzüge der katholischen Kirche erlebbar machen. Dazu zählen vor allem Gottesdienste, Gebete oder die Spendung der Sakramente. Alle Angebote der Seelsorge sind schriftlich im Seelsorgekonzept festgehalten.

### 7.3.3. Zusammenarbeit mit der Kirchengemeinde

*Qualifizierte Seelsorge arbeitet mit der Kirchengemeinde zusammen*

Zwischen der Krankenhaus-Seelsorge und allen 4 katholischen Kirchengemeinden des Seelsorgebezirks ist eine strukturierte Zusammenarbeit organisiert. Die Zusammenarbeit beinhaltet regelmäßige Kontakte zum Krankenbesuchsdienst der Gemeinden des Pfarrverbundes sowie Kontakte zur evangelischen Pfarrgemeinde. Darüber hinaus ist der Pfarrer der Kirchengemeinde St. Nikolaus Ankum (Träger des Marienhospital Ankum zu 95%) zugleich im Aufsichtsrat der Marienhospital Ankum GmbH und unterstützt die Krankenhaus-Seelsorgenden bei ihrer seelsorgerischen Tätigkeit.

## 7.4. Begegnungsstätten

*Das kirchliche Krankenhaus braucht Räume der Stille und Begegnung.*

### 7.4.1. Raumangebot

*Das Krankenhaus verfügt über Räume der Stille und Begegnung.*

Es gibt eine Kapelle, eine Sakristei und ein Dienstzimmer für die Ordensschwester und den Krankenhaus-Seelsorger. In allen Räumlichkeiten herrscht eine spirituelle Atmosphäre, die zur Besinnung und Auseinandersetzung über Gott einlädt. Besonders die Kapelle bietet einen Raum der Stille und des Gebetes und verfügt über ein Sitzplatzangebot für ca. 40 Personen. Die Kapelle ist ausgeschildert und tagsüber jederzeit geöffnet. Dort stattfindende Hausgottesdienste werden mittels einer Übertragungsanlage (Radio) in die Patientenzimmer übermittelt.

## 7.5. Spiritualität und Seelsorge

*Es wird ein Resümee gezogen, wie Spiritualität und Seelsorge in den Betriebsalltag integriert werden.*

### 7.5.1. Konzept und Durchdringung des Betriebsablaufs mit spirituellen Inhalten

*Spiritualität und Seelsorge werden erst dann für Patienten und Mitarbeiter fühlbar, wenn sie den gesamten Betrieb durchdringen.*

Die Seelsorge ist in die Organisationsabläufe unseres Krankenhauses eingebunden. So kann der erkennbare und geäußerte Bedarf an seelsorgerischer Unterstützung umfassend befriedigt werden. Allen Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern will die Krankenhausseelsorge als Ansprechpartner in Lebensfragen zur Verfügung stehen. Umgesetzt wird dies in erster Linie durch unseren hauptamtlichen Krankenhaus-Seelsorger, die Ordensschwester und den Gemeindepfarrer. Sie unterbreiten regelmäßig zahlreiche Angebote zur spirituellen Begleitung im Krankenhaus.

## 8. Gesellschaft

### 8.2. Vernetzung mit anderen sozialen Diensten

#### 8.2.1. Einbindung in die Region: Das Krankenhaus ist in die Versorgungsregion aktiv eingebunden

Unser Leitbild betont die Einbindung des Marienhospitals in die Region: „Die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit anderen karitativen Einrichtungen betrachten wir als Bereicherung unserer Arbeit“. Die Einbindung erfolgt in erster Linie durch persönliche Kontaktpflege der Verantwortlichen zu den entsprechenden Ansprechpartnern. Z.B. versorgen wir die Caritas-Sozialstation Fürstenau und den Malteser-Hilfsdienst Alfhausen mit Essen auf Rädern und sind in Gesprächen, diese Dienstleitung weiter auszubauen.

### 8.3. Umweltschutz

*Im Umweltschutz manifestiert sich die gelebte Verantwortung auch gegenüber nachfolgenden Generationen*

#### 8.3.1. Umgang mit Ressourcen

*Dies ist das Kernstück umweltbewussten Handelns*

Wir verpflichten uns in unserem Leitbild zum schonenden Umgang mit unserer Umwelt und den Ressourcen des Hauses. Deshalb ist es unser Ziel, Umweltauswirkungen auf das unbedingt notwendige Maß zu beschränken. Umweltaspekte sollen stets im Bewusstsein aller Mitarbeiter sein und in den täglichen Abläufen entsprechend berücksichtigt werden. Verschiedenste Maßnahmen zur Mengen- und Verbrauchsermittlung, zur Vermeidung von Abfällen sowie zur Verringerung der Wasser- und Energieverbräuchen unterstreichen den bewussten Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen.

#### 8.3.2. Betriebliches Umweltinformationssystem, ISO 14001 und Öko-Audit

*Die Minimierung der Umweltgefährdung gelingt nur über die Beherrschung der umweltgefährdenden Prozesse*

Ein betriebliches Umweltinformationssystem befindet sich unter Verantwortung der Geschäftsführung derzeit im Aufbau. Bisher wurden Regelungen mit Umweltbezug als Teil der QM-Dokumentation berücksichtigt. Grundsätzlich sind Informationen zum betrieblichen Umweltschutz eine wichtige Entscheidungsgrundlage für umweltbezogene Investitionen. Dies betrifft vor allem technische und bauliche Maßnahmen zur Verringerung von Umweltauswirkungen.