



proCum Cert / KTQ QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Klinikum St. Georg Krankenhaus St. Raphael

Institutionskennzeichen: 260340853
Anschrift: Bremer Str. 31
49179 Ostercappeln

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

mit der Zertifikatnummer: 2003-0010-OSTE-11-K-00018
Datum der Ausstellung: 18.02.2004
Gültigkeitsdauer: 17.02.2007

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der proCum Cert	3
Vorwort der KTQ [®]	4
Strukturdaten des Krankenhauses	6
1. Patientenorientierung in der Krankenversorgung	23
2. Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	28
3. Sicherheit im Krankenhaus	32
4. Informationswesen	36
5. Trägerverantwortung und Krankenhausführung	39
6. Qualitätsmanagement	47
7. Spiritualität	49
8. Gesellschaft	52

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[®] war die proCum Cert an der Entwicklung des KTQ[®]-Manuals beteiligt. Als akkreditierte Zertifizierungsstelle der KTQ[®] 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 Kriterienkataloges. Um das pCC-KTQ[®]-Zertifikat zu erhalten, muss das Krankenhaus sowohl die Erfüllung aller Voraussetzungen für das KTQ[®]-Zertifikat, als auch die Erfüllung der zusätzlichen proCum Cert - Anforderungen nachweisen.

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

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

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 Krankenversicherungen¹. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet. Die Verfahrensinhalte wurden ausschließlich von Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.

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

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

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

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

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

¹ 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.

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.

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

Strukturdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses

- A-1.1 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?
260 340 853
- A-1.2 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?
St. Georgsstift e.V.
- A-1.3 Welche Versorgungsstufe hat das Krankenhaus nach dem Landeskrankenhausplan?
Krankenhaus der Grundversorgung
- A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?
 ja nein
- A-1.5 Arbeiten sonstige Einrichtungen mit dem Krankenhaus zusammen wie
 Rehabilitationsklinik?
 Tagesklinik?
 Pflegeeinrichtung?
 Dialysezentrum?
 Anerkannte Fort- und Weiterbildungseinrichtungen?
 Arztpraxen?
 Vertragliche Kooperationszentren (z. B. Apparategemeinschaften)?
 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)
190
- A-1.8 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:
- Stationäre Patienten: 6.008
Ambulante Patienten: 7.270
- Privatpatienten: 753

A-2 Allgemeine Merkmale der Fachabteilung

	Matrix A-2	A-2.1	A-2.2	A-2.3	A-2.4	A-2.5
		Nicht bettenführ. Abt. mit fachl. n. weisungsgebund. Leitung nb eintragen	Bettenzahl ¹	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)	Poliklinik / Ambulanz ja (j) / nein(n)	Notfallaufnahme vorhanden? ja(j) / nein (n)
0100	Innere Medizin (I.M.)		91	HA		j
1500	Allgemeine Chirurgie		61	HA		j
1520	Allgemeine Chirurgie/SP Thoraxchirurgie		15	HA		j
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe		14	BA		
2500	Geburtshilfe		9	BA		

A-2.6 Spezifisch für die Fachabteilung **Frauenheilkunde und Geburtshilfe**
Existiert eine Neugeborenen Intensivstation im Gebäude?
 ja nein

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

ja nein

A-2.7 Spezifisch für die Fachabteilung **Intensivmedizin**

A-2.7.1 Art der Intensivstation?
 interdisziplinär operativ
 fachgebunden operativ
 interdisziplinär operativ/konservativ
 fachgebunden konservativ

A-2.7.2 Haben Sie zusätzlich eine Wachstation ("Intermediate Care")?
 ja nein

Wenn ja: Existiert eine ärztliche Leitung der Wachstation?
 ja nein

A-2.7.3 Existieren folgende erweiterte therapeutische Möglichkeiten?
 Operativer Bereitschaftsdienst
 Präsenzbereitschaft
 Rufbereitschaft
 Blutdepot
 Regelung der Konsiliardienste
 in Klinik
 im Haus vorhanden
 außerhalb/extern
 extern vertraglich geregelt

Teil B: Allgemeine Leistungsmerkmale

B-1 Allgemeine Leistungsmerkmale des Krankenhauses

B-1.1 Was umfasst das medizinische Leistungsspektrum des Krankenhauses?

s. Angaben der einzelnen Fachabteilungen

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

SPES VIVA (Palliativmedizin, eine besondere Form der Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen)

B-1.3 Welche weiteren Leistungsangebote bestehen?

- Stomatherapeuten?
- Diabetikerschule?
- Pflegeeinrichtung als separate Einrichtung?
- ambulante Pflege?
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause Geburtsvorbereitungskurse?
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause die Möglichkeit einer ambulanten Entbindung mit Nachsorge durch hausinterne Hebammen?
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie eine Stillberatung bzw. ein Elternzentrum?
- Inkontinenzberatung?
- Pflegetelefonberatung?
- Hospizeinrichtungen bzw. eine Palliativpflege?
- Sonstige?

B-2 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

	Matrix B-2	B-2.1	B-2.2	B-2.3
		Durchschnittliche Verweildauer (VD) (Angabe in Tagen)	Gibt es in Ihrer Abt. spez. Kinderbetten? ja(j)/nein(n)	Stehen in Ihrer Abt. Kinderkranken-schw./-pfleger zur Verfügung? ja(j)/nein(n)
0100	Innere Medizin	9	n	n
1500	Allgemeine Chirurgie	10	n	n

*(§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbs. BpflV '95)

B-2.4 Für **alle** Fachabteilungen

B-2.4.1 Name der Fachabteilung
Allgemeinchirurgie
Tätigkeitsschwerpunkte der Abteilung

Allgemeinchirurgie inkl. Schilddrüsen- / Nebenschilddrüsenerkrankungen
Visceralchirurgie (Bauchchirurgie) inkl. gutartiger/bösartiger Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes, Erkrankungen am Enddarm
minimal-invasive Operationen (sog. "Schlüssellochchirurgie")
Unfallchirurgie inkl. Berufsunfälle (sog. "D-Arzt-Verfahren")
ambulante Chirurgie inkl. Kinderchirurgie
Sportmedizin, Rettungsmedizin

B-2.4.2 Name der Fachabteilung
Innere Medizin
Tätigkeitsschwerpunkte der Abteilung

Herz-Kreislauf-Erkrankungen einschl. Herzinfarkt und Schlaganfall
Erkrankungen der Atemwege, des Verdauungstrakts, der Nieren und Drüsen
Stoffwechselstörungen, insbesondere Diabetes mellitus
Krankheiten des rheumatischen Formenkreises
Tumorleiden und Palliativmedizin (Sterbebegleitung, SPES VIVA)
Intensivmedizin

B-2.4.3 Name der Fachabteilung
Thoraxchirurgie
Tätigkeitsschwerpunkte der Abteilung

Diagnostik aller Tumoren im Thorax (Brustraum), wie Bronchoskopie, Mediastinokopie und Thorakoskopie (Spiegelungen im Brustraum)
Entfernungen (Resektionen) von Bronchialcarcinomen
Resektionen von Mediastinaltumoren
Operative Behandlung von Pleurakarzinosen und Brustwandtumoren
Behandlung von Brustwanddeformitäten

B-2.4.3 Name der Fachabteilung
Gynäkologie / Geburtshilfe (Belegabteilung)
Tätigkeitsschwerpunkte der Abteilung

Operationen an Brust, Gebärmutter, Eierstöcken und im Bereich der äußeren Geschlechtsorgane
Senkungsoperationen
Operationen gutartiger und bösartiger Tumoren
ambulantes Operieren
Geburtshilfe, Geburtsvor- und nachbereitung

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

B-2.5.1 Die 5 häufigsten Diagnosen pro Jahr

	ICD-Nummer	Fälle absolut	
1	I.48	116	Vorhofflattern und Vorhofflimmern
2	I50.0	91	Kongestive Herzinsuffizienz
3	I10	69	Essentielle (primäre Hypertonie)
4	E11.91	68	nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes) ohne Komplikationen
5	I64	66	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

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

B-2.5.2.1 Name der Fachabteilung
Chirurgie

	ICD-Nummer	Fälle absolut	
1	K40.90	87	Leistenbruch
2	K35.9	86	Akute Appendizitis (Blinddarmentzündung)
3	K80.10	52	Gallenblasenstein mit sonstiger Gallenblasenentzündung
4	S.82.6	35	Bruch (Fraktur) des Außenknöchels
5	S72.01	29	Schenkelhalsfraktur: intraartikulär (medial)

B-2.5.2.2 Name der Fachabteilung
Gynäkologie / Geburtshilfe

	ICD- Nummer	Fälle absolut	
1	O82	101	Geburt eines Einlings durch Schnittentbindung (Sectio caesarea)
2	O70.1	95	Dammriß 2. Grades unter der Geburt
3	O80	95	Spontangeburt eines Einlings
4	O70.9	79	Dammriß unter der Geburt
5	O02.1	45	Verhaltene Fehlgeburt (missed abortion)

B-2.5.2.3 Name der Fachabteilung
Thoraxchirurgie

	ICD- Nummer	Fälle absolut	
1	C34.1	123	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)
2	C34.3	80	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)
3	C34.8	47	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend
4	D38.1	40	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Trachea (Luftröhre), Bronchus und Lunge
5	C.78.0	37	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge

B-2.6 Spezifisch für die operativen Fachabteilungen

B-2.6.1 Die 5 häufigsten Operationen pro Jahr

	OPS- 301 Nummer	Fälle absolut	
1	5-740.0	91	Klassischer Kaiserschnitt
2	5-324.11	85	Einfache Lobektomie der Lunge
3	5-511.11	73	laparoskopische Gallenblasenentfernung
4	5-470.0	68	Blinddarmentfernung, offen chirurgisch
5	5-690.x	68	Therapeutische Ausschabung der Gebärmutter

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

B-2.6.2.1 Name der Fachabteilung
Chirurgie

	OPS- 301 Nummer	Fälle absolut	
1	5-511.11	73	Gallenblasenentfernung: einfach, laparoskopisch
2	5-470.0	68	Entfernung des Blinddarms: offen chirurgisch
3	5-530.32	65	Verschluss einer Leistenhernie
4	5-470.1	35	Blinddarmentfernung: laparoskopisch
5	5-820.41	28	Einsetzen einer Endoprothese am Hüftgelenk

B-2.6.2.2 Name der Fachabteilung
Gynäkologie / Geburtshilfe

	OPS- 301 Nummer	Fälle absolut	
1	9-260	188	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
2	9-261	173	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
3	5-740.0	91	Klassische Kaiserschnittentbindung
4	5-690-x	68	Therapeutische Abrasio (Ausschabung der Gebärmutter)
5	5-683.01	44	Entfernung der Gebärmutter

B-2.6.2.3 Name der Fachabteilung
Thoraxchirurgie

	OPS- 301 Nummer	Fälle absolut	
1	5-324.11	85	Einfache Lobektomie der Lunge
2	5-322.61	53	Atypische Lungenteilentfernung, thorakoskopisch
3	5-344.0	18	Pleurektomie, offen chirurgisch
4	5-344.4	17	Pleurektomie, thorakoskopisch
5	5-322.21	16	Atypische Lungenteilentfernung, offen chirurgisch

B-2.6.3 Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V
Anzahl der ambulanten Operationen pro Jahr:
251

B-2.6.4 Die 5 häufigsten ambulanten Operationen pro Jahr

	EBM-Nummer	Fälle absolut	
1	2363	46	Entfernung von Osteosynthesematerial (z.B. Schrauben) aus einem großen Knochen
2	2345	45	Osteosynthese der Unterarmknochen, des Schienbeins oder eines grossen Röhrenknochens
3	2861	43	Entfernung oder Operation der Vene saphena parva
4	2816	28	Wechsel des Schrittmacher - Aggregates
5	2275	27	Operation des Karpal- oder Tarsaltunnelsyndroms

B-2.6.5 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V
Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr: 3.700

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

Anzahl der Geburten pro Jahr 526

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

B-2.8.1 Wird in Ihrer Abteilung Kinderurologie betrieben?
 ja nein

Wenn ja, bis zu welchem Umfang wird kinderurologische Diagnostik und Therapie durchgeführt?

B-2.8.2 Wird in Ihrer Abteilung urologische Onkologie betrieben?
 ja nein

Wenn ja, ist die selbständige Durchführung von Chemotherapie möglich?
 ja nein

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

B-2.9.1 Anzahl der Intensivpatienten pro Jahr
1.059

B-2.10 Spezifisch für die Fachabteilung **Anästhesie**

B-2.10.1 Anzahl der Anästhesien insgesamt
3.247

differenziert nach:

Anzahl der Allgemeinanästhesien 1.826
Anzahl der Regionalanästhesien 1.421

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

ASA 1	10,5
ASA 2	60,1
ASA 3	26,5
ASA 4	2,9
ASA 5	0

C-1 Personalbereitstellung im Krankenhaus

C-1.1 Wie hoch war die Anzahl der Vollkräfte im vergangenen Jahr in folgenden Bereichen?

Ärztlicher Dienst?	27
Pflegedienst?	115
Medizinisch-Technischer Dienst?	28
Funktionsdienst?	21
Klinisches Hauspersonal?	14
Wirtschafts- und Versorgungsdienst?	24
Technischer Dienst?	1
Verwaltungsdienst?	13
Sonderdienste?	1
Sonstiges Personal?	0

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

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie	5
Anzahl der Mitarbeiter im OP	12
Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter im Verwaltungsdienst	16
Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene	1
Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung	18
Anzahl der Stomatherapeut(en)	
Anzahl der Diabetesfachschwester(n)	4
Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege	
Anzahl der Qualitäts-/Prozessberater	1
Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)	

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

- Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über eine dreijährige Ausbildung verfügen 78 %
- Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über eine einjährige Ausbildung verfügen 23 %
- Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen 0 %
- Prozentuale Anteil der fachweitergebildeten Pflegekräfte im vergangenen Jahr 24 %

C-1.4 Prozentualer Anteil der Ärzte mit Facharztstatus im vergangenen Jahr

50 %

C-2 Personalbereitstellung in der Fachabteilung

Matrix C-2 [Ärzte]		C-2.1	C-2.2	C-2.3	C-2.4	C-2.5	C-2.6
		Ärztliche Leitung ja (j)/ nein (n)	Anzahl der Ärzte (voll-approbiert)*	Anzahl der Fachärzte	Anzahl der Ärzte mit fakultativer Weiterbildung	Anzahl der Ärzte im Praktikum	Liegt eine Weiterbildungsbefugnis vor Ja (j)/ nein (n)
0100	Innere Medizin	j	10	3	6	1	j
1500	Allgemeine Chirurgie	j	7	4	2	1	j
2000	Thoraxchirurgie	j	4	3	1	0	j
3700	Sonstige Fachabteilung	j	5	3	2	0	j

Stichtag 01.01. Berichtsjahr

Matrix C-2 [Pflegerkräfte]		C-2.7	C-2.8	C-2.9	C-2.10	C-2.11
		Anzahl der Pflegekräfte*	Anzahl der examinierten Krankenschwestern/-pfleger	Anzahl der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung	Anzahl sonstige	Wird Hilfspersonal eingesetzt Ja (j)/ nein (n)
0100	Innere Medizin	59	47	4	6	j
1500	Allgemeine Chirurgie	37	28	3	6	j
2000	Thoraxchirurgie	16	11	1	2	j
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	20	13	1	2	j
3600	Intensivmedizin	21	20	8		j
3700	Sonstige Fachabteilung					

* Stichtag 01.01. Berichtsjahr

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

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

C-3.2 Besteht die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaft?
 ja nein

Teil D: Ausstattung

D-1 Diagnostische Möglichkeiten im Krankenhaus

D-1.1 Im Krankenhaus verfügbar:

- | | | |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> CT | <input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst | <input checked="" type="checkbox"/> im Bereitschaftsdienst? |
| <input type="checkbox"/> Kernspin | <input type="checkbox"/> im Regeldienst | <input type="checkbox"/> im Bereitschaftsdienst? |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sonographie | <input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst | <input checked="" type="checkbox"/> im Bereitschaftsdienst? |
| <input checked="" type="checkbox"/> Röntgen? | <input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst | <input checked="" type="checkbox"/> im Bereitschaftsdienst? |
| <input checked="" type="checkbox"/> Broncho-/Endoskopie | <input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst | <input checked="" type="checkbox"/> im Bereitschaftsdienst? |
| <input checked="" type="checkbox"/> Echoskopie/TEE | <input checked="" type="checkbox"/> im Regeldienst | <input checked="" type="checkbox"/> im Bereitschaftsdienst? |
| <input type="checkbox"/> Mikrobiologie | <input type="checkbox"/> im Regeldienst | <input type="checkbox"/> im Bereitschaftsdienst? |

D-2 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

D-2.1 Für **alle** Fachabteilungen Ausstattung der Unterbringung

Anzahl der
Einbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		13	mit TV und Telefon

Anzahl der
Zweibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		22	mit TV und Telefon

Anzahl der
Dreibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		46	mit TV und Telefon

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

Gibt es einen eigenen Not-Sectio-Raum?

ja nein

D-3 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

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

ja nein

Wenn ja, in Form von

Bewegungsbad?

Ergotherapie?

Räume für balneophysikalische Therapie?

D-3.2 Für **alle** Fachabteilungen

Ist auf jeder Station ein Notfallkoffer bzw. –wagen mit Defibrillator, Absauger und Intubationsbesteck verfügbar?

ja nein

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

Ist die Möglichkeit einer zentralen CTG-Überwachung vorhanden?

ja nein

D-3.4 Spezifisch für die Fachabteilung **Urologie**

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

ja nein

D-3.5 Spezifisch für die Fachabteilung **Orthopädie**

Haben Sie eine Knochenbank?

ja nein

Wenn ja, wird die Knochenbank nach den Richtlinien der Bundesärztekammer geführt²?

ja nein

² VGL. RICHTLINIEN ZUM FÜHREN EINER KNOCHENBANK IN: DT. ÄRZTEBL. 87, HEFT 1/2, S. 39-41.

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.

Das Krankenhaus St. Raphael besteht bereits seit 1898 und liegt direkt im Ortskern von Ostercappeln. Eine Wegbeschreibung ist Teil der Patienteninformationsbroschüre und kann über das Internet (www.klinikum-georg.de) abgerufen werden. Parkplätze stehen in ausreichender Anzahl zur Verfügung.
Die Terminvergabe für geplante Krankenhausaufenthalte erfolgt über die Ambulanzen der Fachabteilungen und bezieht die Patientenwünsche möglichst weitgehend mit ein. Medizinische Notfälle werden über unsere Unfallambulanz aufgenommen.

1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

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

Wir stellen in unserem Krankenhaus eine einfache und klare Orientierung sicher. Das Wegeleitsystem wurde im Zuge der Renovierungsarbeiten komplett überarbeitet.
Große Übersichtstafeln im Eingangsbereich nennen die Klinikleitung, Fachabteilungen und Chefärzte. Patienten und Besucher werden durch leicht verständliche und farblich gestaltete Hinweisschilder durch das Krankenhaus geführt. Darüber hinaus stehen die Mitarbeiter unserer Pforte, die sich im Eingangsbereich des Hauses befindet, sowie unsere Mitarbeiter gerne unterstützend zur Seite.

1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

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

Das gesamte Aufnahmeverfahren ist durch verbindliche Ablaufbeschreibungen geregelt. Alle Patientenaufnahmen mit Ausnahme der gynäkologischen Patientinnen erfolgen über die Aufnahmestation im Erdgeschoss unseres Hauses. Um Wartezeiten möglichst zu vermeiden, werden eingeplante Patienten zeitversetzt zur Aufnahme einbestellt.
Auf der Aufnahmestation beginnt der Aufnahmeprozess mit der ärztlichen und pflegerischen Befundaufnahme. Patienten werden auf der Station von examiniertem Pflegepersonal empfangen und erhalten Informationen zum Tagesablauf.

1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

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

Die ärztliche Versorgung von Notfallpatienten wird durch den diensthabenden Arzt der entsprechenden Fachabteilung durchgeführt. Werdende Mütter werden zum Kreißsaal geleitet.
Ein Facharzt schätzt ein, ob Patienten, die unvorhergesehen unser Krankenhaus aufsuchen, einer stationären Aufnahme bedürfen. Ansonsten erfolgt eine ambulante Versorgung.
Unser Krankenhaus ist rund um die Uhr aufnahmebereit.
Es besteht ein kontinuierlicher Informationsaustausch mit dem Rettungsdienst des Landkreises Osnabrück.

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.

Unser Ziel ist, bei der Aufnahme ein ganzheitliches Bild der aktuellen Situation des Patienten zu erfassen. Daher erfolgt immer zeitnah eine ärztliche, pflegerische und verwaltungstechnische Aufnahme.
Mit allen Patienten wird ein ärztliches und pflegerisches Aufnahmegespräch geführt, gegebenenfalls unter Einbeziehung der Angehörigen. Dabei werden alle wichtigen körperlichen, seelischen und sozialen Aspekte ermittelt. Die Ergebnisse werden auf einem Aufnahmebogen dokumentiert und sind danach Teil der Patientendokumentation, auf die das Behandlungsteam Zugriff hat.

1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

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

Die aktuelle medizinische Vorgeschichte (sog. Anamnese) des Patienten ist in allen Fachabteilungen wegweisend für die Behandlungsplanung. Vorbefunde die Patienten mitbringen, werden dabei immer berücksichtigt. Ansonsten werden Vorbefunde von uns beim vorbehandelnden Arzt angefordert. Auf Patientenakten von vorherigen Krankenhausaufenthalten eines Patienten kann durch unser Archiv zugegriffen werden.
Bei Verlegungen innerhalb des Hauses werden immer alle vorhandenen Dokumente an die übernehmende Station übergeben.

1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

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

Für jeden Patienten erstellen wir einen individuellen Behandlungsplan, der insbesondere die Erkrankung und das persönliche Umfeld des Patienten berücksichtigt. Dieser Plan wird durch den behandelnden Arzt in Absprache mit dem Chefarzt oder dem Oberarzt sowie dem Pflegepersonal festgelegt. Eine Überprüfung der Behandlungsplanung findet vor allem im Verlauf der Visiten statt. Der gesamte Behandlungsprozess wird in der Patientenkurve dokumentiert.
Ferner erstellen wir für jeden Patienten einen auf seine Bedürfnisse und individuelle Situation abgestimmten Pflegeplan.

1.2.4 Integration von Patienten in die Behandlungsplanung

Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.

Unsere Leitbildaussage "Wir beziehen den Patienten in den Prozess der Diagnostik und Therapie seiner Erkrankungen ein. Dabei achten wir die freie Entscheidung des Patienten" ist für unser Handeln oberster Maßstab. Daher werden die Behandlungs- und Pflegeplanung immer mit dem Patienten besprochen. Vor allem während der Visiten können Patienten Fragen stellen und Wünsche zur Behandlung äußern.
Unsere Ärzte sind den Stationen fest zugeordnet. Durch unser Bereichspflegekonzept hat jeder Patient pro Schicht eine bestimmte Pflegeperson als festen Ansprechpartner.

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.

Eine Versorgung unserer Patienten durch Fachärzte ist in allen Abteilungen rund um die Uhr sichergestellt.
Wir sichern eine angemessene Arzneimitteltherapie zu. Für die Schmerztherapie - insbesondere im SPES VIVA-Bereich - ist in unserem Krankenhaus ein speziell ausgebildeter Palliativmediziner tätig. Bei der Vor- und Nachbereitung und Durchführung von Eingriffen und Untersuchungen ist es uns ein besonderes Anliegen, eine angstfreie Atmosphäre zu schaffen, die Intimsphäre des Patienten zu wahren und seine Bedürfnisse im größtmöglichen Maß zu berücksichtigen.

1.3.2 Anwendung von Leitlinien

Der Patientenversorgung werden Leitlinien und wo möglich Evidenzbezug zugrundegelegt.

Wir legen besonderen Wert auf die bestmögliche Versorgung unserer Patienten. Um ein optimales Vorgehen zu gewährleisten, haben wir Abläufe und Verfahren verbindlich schriftlich festgelegt. Diese Festlegungen sehen dabei immer eine individuelle Patientenversorgung vor. Leitlinien, Standards und Ablaufbeschreibungen regeln zahlreiche diagnostische und therapeutische Verfahren und viele Versorgungsabläufe innerhalb unseres Krankenhauses. Diese Dokumente werden überprüft und aktualisiert und liegen den Mitarbeiter vor, die darauf zugreifen müssen.

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.

Unser Bettentrakt wurde im vergangenen Jahr komplett renoviert und bietet eine moderne Ausstattung und Komfort. Jedes Patientenzimmer ist mit Dusche und WC ausgestattet. Die Aufenthaltsbereiche haben einen wohnlichen Charakter. Es gibt verschiedene Aufenthaltsmöglichkeiten wie Kapelle, Café, Spielmöglichkeiten für Kinder und eine großflächige Grünanlage. Anstatt fester Besuchszeiten gibt es in unserem Krankenhaus empfohlene Ruhezeiten. Begleitpersonen können mit aufgenommen werden. Schulungen, besonders zum Diabetes, werden angeboten.

1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung

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

Unsere Patienten können täglich zwischen drei verschiedenen Kostformen (Vollkost, Leichte Kost, Vegetarisch) wählen. Dazu werden sie nach ihren Wünschen befragt. Wir berücksichtigen natürlich auch religiöse Bedürfnisse wie z.B. Essen ohne Schweinefleisch. Die Mahlzeiten werden in unserer hauseigenen Küche hergestellt. Diätberatungen werden durch unsere Diätassistentinnen durchgeführt. Im Bereich Diabetes bieten wir ein spezielles Schulungs- und Beratungsprogramm durch Fachpersonal.

1.3.5 Koordinierung der Behandlung

Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.

Im Rahmen der Behandlungsplanung erfolgt eine frühzeitige Terminplanung der erforderlichen diagnostischen Maßnahmen, vor allem per EDV. Unsere Standards legen z.B. fest, welche Diagnostik vor geplanten Eingriffen durchzuführen ist. Dieses Vorgehen gewährleistet, dass zum Eingriffstermin alle erforderlichen Daten und Informationen vorliegen.
Die Koordination läuft über das zuständige Pflegepersonal, das auch für den Patiententransport zuständig ist.
Unsere Wartezonen verfügen über eine patientenfreundliche Ausstattung. Wartezeiten werden möglichst vermieden.

1.3.6 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert

Unsere Operationsabteilung ist rund um die Uhr betriebsbereit. Wir verfügen über drei Operationssäle. Das jeweilige Tagesprogramm wird zwischen den operativen Fachabteilungen, der Anästhesie und dem pflegerischen Leiter abgestimmt. Notfalloperationen werden in das laufende Programm integriert. Dieses erfolgt in Absprache zwischen dem leitenden Anästhesisten, den Operateuren und dem Pflegepersonal.
Sollte ein Patient nicht am geplanten Tag operiert werden können, wird er durch einen Arzt möglichst frühzeitig informiert.

1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung

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

Besprechungen zwischen verschiedenen Bereichen finden in vielfältiger Form, z.B. im Rahmen von Visiten auf der Intensivstation statt.
In den SPES VIVA-Bereichen stimmt das therapeutische Team aus Ärzten, Pflegenden, Seelsorgerin und Sozialarbeiterin die Betreuung und Begleitung schwerstkranker und sterbender Patienten besonders eng aufeinander ab.
Unser Konsilwesen ist für sämtliche Abteilungen klar geregelt. Spezielle Fachgebiete wie Augenheilkunde, Urologie, Neurologie, Hals-Nasen-Ohren und Orthopädie können dabei mit einbezogen werden.

1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite

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

Ärztliche Visiten finden werktags mindestens einmal täglich statt, auf der Intensivstation mehrmals pro Tag. Oberarzt- und Chefarztvisiten werden mindestens einmal wöchentlich durchgeführt.
Wahlleistungspatienten werden täglich vom Chefarzt bzw. Stellvertreter visitiert.
An den Visiten nehmen immer das Pflegepersonal und bei Bedarf weitere Berufsgruppen wie Physiotherapeuten teil.
Die Patienten werden umfassend informiert und erhalten die Möglichkeit, ihre Fragen und Wünsche zu äußern.
Gespräche mit vertraulichem Inhalt finden möglichst ohne Mitpatienten statt.

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 am Aufnahmetag wird ein voraussichtlicher Entlassungstermin festgelegt, um eine rechtzeitige und koordinierte Entlassungsplanung sicherzustellen. Mit jedem Patienten wird ein Entlassungsgespräch, bei Bedarf mit Einbeziehung der Angehörigen, geführt. Dabei wird unter anderem über das erforderliche Verhalten nach der Entlassung informiert. Die Mitarbeiterinnen unseres Sozialdienstes unterstützen den Entlassungsprozess und veranlassen die erforderlichen Maßnahmen, wenn beispielsweise die Weiterbetreuung oder häusliche Pflege nicht sichergestellt ist.

1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich

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

Jeder Patient erhält bei seiner Entlassung/Verlegung mindestens einen Kurzarztbrief mit Angaben zu Diagnose, Therapie und Empfehlungen für die weitere Behandlung. Wichtige Befunde werden den Entlassungs- und Verlegungsdokumenten in Kopie beigelegt. Zusätzlich wird dem weiterbetreuenden Arzt noch ein ausführlicher Arztbrief zugesandt. Unser Pflegedienst informiert die weiterbetreuenden Einrichtungen gesondert schriftlich oder mündlich. Weitere Informationen können durch unseren Sozialdienst weitergeleitet werden. Dabei wird der Datenschutz immer beachtet.

1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung

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

Durch unser Altenheim, das sich auf unserem Krankenhausgelände befindet, stellen wir in diesem Bereich die Weiterbetreuung in besonderem Maße sicher. Ansonsten übermitteln unsere Stationsärzte den weiterbetreuenden Ärzten und Gesundheitseinrichtungen einen Verlegungs-/ Entlassungsbericht. Die für den Patienten zuständige Pflegeperson erstellt einen Pflegeüberleitungsbogen, der alle weiteren wichtigen Informationen enthält. Wir arbeiten eng mit weiterbehandelnden Einrichtungen und Sanitätshäusern zusammen und vermitteln Kontakte zu Selbsthilfegruppen.

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.

Klinikleitung, Pflegedienstleitung und Controlling sind im Klinikum St. Georg für die Personalplanung verantwortlich. Am Anfang eines Jahres wird im Rahmen der Budgetfestlegungen der Personalbedarf vor dem Hintergrund des vorhandenen Budgets für die einzelnen Abteilungen festgelegt. Das Bewerbungsverfahren ist bei uns klar geregelt. Bewerber für unser Haus sehen wir als Kunden an. Zu den Einstellungskriterien gehört die Bereitschaft des Bewerbers, sich mit den Zielsetzungen unseres katholischen Krankenhauses identifizieren zu können.

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

Alle Stellen des Hauses werden mit entsprechend qualifizierten Mitarbeitern besetzt. Im Rahmen der Innerbetrieblichen Fortbildung kooperiert das Klinikum St. Georg eng mit dem Marienhospital Osnabrück. Fortbildungen finden regelmäßig zu verschiedenen Themen statt. Themenvorschläge der Mitarbeiter werden systematisch erfragt und möglichst berücksichtigt. Neu zu besetzende Stellen werden zunächst klinikintern ausgeschrieben, um Mitarbeitern eine Bewerbung auf die Stelle zu ermöglichen.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

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

Aufgaben und Kompetenzen der Klinikleitung des Klinikums St. Georg sind in der Geschäftsordnung festgelegt. Für weitere wichtige Funktionen und Stellen im Krankenhaus, z.B. die Abteilungsleitung der chirurgischen Pflege und den Qualitätskoordinator gibt es spezifische Aufgabenbeschreibungen. Die Verantwortungen der leitenden Ärzte sind in den Dienstverträgen fixiert. Im Pflegedienst regeln Stellenbeschreibungen exakt Aufgaben, Funktionen und Verantwortlichkeiten der Mitarbeiter.

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.

Allen Mitarbeitern werden Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten.
In den Bereichen Anästhesie, Intensiv und Endoskopie erhalten Mitarbeiter die Möglichkeit, die entsprechende Fachweiterbildung zu durchlaufen.
Im Fortbildungsbereich bieten wir gemeinsam mit dem Marienhospital Osnabrück ein gemeinsames Programm an. Dadurch soll die Zusammenarbeit unter den Häusern gefördert und die in den einzelnen Häusern vorhandenen Kompetenzen genutzt werden. Fortbildungsangebote richten sich nach dem Bedarf (z.B. gesetzliche Neuerungen) und den geäußerten Wünschen.

2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung

Die Finanzierung von Fort- und Bildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.

Für die Finanzierung von Fort- und Bildungsmaßnahmen regeln Richtlinien diesbezügliche Aspekte. Interne Fortbildungen werden stets finanziert. Die Kosten an externen Fortbildungsmaßnahmen werden übernommen, wenn der Besuch der Veranstaltung für die Sicherstellung der Organisation von besonderer Wichtigkeit ist.
Kosten und Freistellungen für Weiterbildungen werden bei einzelnen Mitarbeitern übernommen. In der Pflege können sich Mitarbeiter bis zu fünf Tagen im Jahr zu Fortbildungen freistellen lassen.

2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Bildungsmedien

Für Mitarbeiter sind angemessene Fort- und Bildungsmedien zeitlich uneingeschränkt verfügbar.

Alle Abteilungen haben Fachzeitschriften abonniert. Standardwerke liegen in den Bibliotheken und den Funktionsabteilungen aus. Technische Medien (z.B. Beamer, Tageslichtprojektor) sind vorhanden, Bildtafeln und Anschauungsobjekte werden in der Krankenpflegehilfeschule vorgehalten. In der Ärztlichen Bibliothek befindet sich zudem ein PC mit Internetzugang, der für alle Mitarbeiter zugänglich ist. Räumlichkeiten für z.B. Tagungen sind in ausreichendem Maß vorhanden.

2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten

Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor. Kriterium 2.2.6 ist nur zu bearbeiten, wenn Ihre Einrichtung über angegliederte Ausbildungsstätten verfügt!

An das Krankenhaus ist eine Krankenpflegehilfeschule mit insgesamt 20 Ausbildungsplätzen angegliedert. Die praktische Ausbildung erfolgt durch qualifiziertes Personal. In der Pflege wird examiniertes Personal zu Praxisanleitern (Mentoren) fortgebildet. Der Lernerfolg wird durch verschiedene Maßnahmen kontrolliert, z.B. anhand eines Ausbildungsnachweises sowie verschiedene Gespräche zwischen Auszubildenden und Anleitern. Die theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalte werden im Mentorenarbeitskreis aufeinander abgestimmt.

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.

Unser Leitbild gibt den Rahmen für einen mitarbeiterorientierten Führungsstil vor: "Wir wissen uns mit unseren verschiedenen Aufgaben und Begabungen aufeinander angewiesen und begegnen uns mit Achtung und Wohlwollen".
Mitarbeiter aller Hierarchieebenen und Berufsgruppen nehmen an problemlösungsorientierten Projektgruppen teil. Seminare für leitende Mitarbeiter, zum Beispiel zum Thema "Konfliktbewältigung", vermitteln einen Führungsstil im Sinne unseres Leitbildes. Wichtig ist uns zudem besonders die Integration neuer Mitarbeiter in unsere Dienstgemeinschaft.

2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten

Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.

Die Arbeitszeitregelungen sind abteilungsspezifisch zwischen Abteilungsleitung und Personalleitung festgelegt. Es kommen unterschiedliche Modelle zum Einsatz. Dazu gehören Schichtmodelle, freie Planung nach Sollarbeitszeit, Bereitschaftsdienstmodelle und Teilzeitmodelle. Die Berücksichtigung von Mitarbeiterwünschen bei der Dienstplanung ist generell möglich, wobei die betrieblichen Belange im Vordergrund stehen.
Die geleistete Arbeit wird regelmäßig auf Einhaltung der geplanten Zeiten und Einhaltung des Arbeitsschutzgesetzes überprüft

2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern

Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.

Neuen Mitarbeitern wird für die Phase der Einarbeitung ein fester Ansprechpartner zur Seite gestellt, der diesen mit den Regelungen und Verfahren unseres Hauses vertraut macht.
Neue Mitarbeiter im Pflegedienst werden im Rahmen eines Einführungstages in unsere Dienstgemeinschaft aufgenommen. An diesem Tag werden die neuen Mitarbeiter durch Mitglieder der Klinikleitung begrüßt, lernen das Haus durch einen Rundgang kennen und erhalten Informationen zu Themen wie Leitbild, Personalfragen, Qualitätsmanagement und SPES VIVA.

2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden

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

Ein innerbetriebliches Vorschlagswesen ist installiert, in dessen Rahmen Mitarbeiter Verbesserungsideen einbringen können. Eine Bewertungskommission prüft die Vorschläge nach einem festgelegten Verfahren. Umgesetzte Ideen werden prämiert.
Wünsche und Verbesserungsvorschläge können zudem im Rahmen von Projektgruppenarbeit und in den verschiedenen Ausschüssen und Gremien eingebracht werden.
Beschwerden können mündlich und schriftlich an die direkten Vorgesetzten, die Klinikleitung, die Mitarbeitervertretung und den Qualitätskoordinator eingereicht werden.

2.3.5 Ausscheiden von Mitarbeitern

Das Ausscheiden von Mitarbeitern ist sinnvoll geregelt.

Wir legen Wert auf eine angemessene Verabschiedung von Mitarbeitern, insbesondere, wenn sie in den Ruhestand gehen.

Für Mitarbeiter, die in den Ruhestand verabschiedet werden, wird eine Abschiedsfeier organisiert. Bei Tod eines Mitarbeiters wird von der Klinikleitung würdevoll kondoliert. Auf Wunsch der Angehörigen wird eine Messe gelesen.

Mitarbeiter, die zu einem neuen Arbeitgeber wechseln, werden innerhalb ihres Arbeitsbereichs verabschiedet und erhalten die Unterlagen zeitnah zugestellt.

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

Das Klinikum St. Georg hat für seine beiden Betriebsstätten einen gemeinsamen Arbeitsschutzausschuss eingerichtet. Fachkräfte für Arbeitssicherheit führen im Haus Begehungen durch und berichten an die Klinikleitung. Diese ist für Verbesserungsmaßnahmen verantwortlich. Das Personal wird durch einen Betriebsmediziner betreut. Eine Mitarbeiterbefragung zum Thema "Gesundheitsfördernder Arbeitsplatz" führte zu verschiedenen freiwilligen Angeboten (z.B. Rückenschule für Mitarbeiter) durch den Dienstgeber. Die Strahlenschutzbestimmungen werden eingehalten.

3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.

Flucht- und Rettungswege sind im gesamten Haus vorhanden und gekennzeichnet. Ein Brandschutzbeauftragter führt regelmäßige Begehungen durch. Etwaige Mängel werden behoben. Unser Personal wird mindestens einmal jährlich durch den Brandschutzbeauftragten im Brandschutz geschult. Alle Regelungen zum Brandschutz sind schriftlich festgelegt, ein entsprechender Ordner liegt auf allen Stationen und Abteilungen aus. Die Anfahrtswege und das Hydrantenverzeichnis sind mit der Feuerwehr abgestimmt.

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.

Das Krankenhaus ist in den Katastrophenschutz nach dem Landesrecht eingebunden. Es verfügt auf allen Stationen und Abteilungen über einen mit den örtlichen und überörtlichen Behörden abgestimmten Evakuierungs- und Katastrophenplan, der detaillierte Verhaltensanweisungen für nichtmedizinische Notfallsituationen (z.B. Explosion) enthält. Diese Pläne beschreiben für alle Mitarbeiter den Alarmierungsablauf, die Einsatzleitung des Krankenhauses, die Maßnahmen der einzelnen Abteilungen, die Rettungswege und enthalten alle wichtigen Telefonnummern.

3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.

Das Vorgehen beim Auftreten eines medizinischen Notfalls ist bei uns eindeutig geregelt. Unter dem Leitmotiv "Alle Hilfe zum Patienten bringen" werden umgehend ein Arzt und Intensivpflegepersonal alarmiert, die mit moderner Notfallausrüstung ausgestattet sind. Auf jeder Station und in jedem Untersuchungsbereich sind Notfallkoffer mit allen erforderlichen Medikamenten und Notfallinstrumenten vorhanden. Unser Personal wird regelmäßig in Wiederbelebensmaßnahmen und Verhalten in Notfällen durch qualifizierte Mitarbeiter geschult.

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.

Unser Ziel ist, unsere Patienten im größtmöglichen Maß vor Infektionen zu schützen. Es gibt für beide Standorte des Klinikum St. Georg eine gemeinsame Hygienekommission, die sich regelmäßig trifft und sich mit diesbezüglichen Fragestellungen beschäftigt. Zudem gibt es einen hygienebeauftragten Arzt und eine Hygienefachkraft. Darüber hinaus arbeiten wir eng mit einem auswärtigen Krankenhaushygieniker zusammen. Desinfektions- und Hygienepläne regeln in den Bereichen alle erforderlichen Hygienemaßnahmen.

3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerelevanter Daten

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

Es werden regelmäßig verschiedene hygienerelevante Daten erhoben. Dabei richten wir uns nach den Vorgaben des Robert-Koch-Instituts und des Infektionsschutzgesetzes. So wird beispielsweise erfasst, falls sich ein Patient im Krankenhaus eine zusätzliche Infektion zuziehen sollte oder an einer meldepflichtigen Erkrankung leidet. Alle Ergebnisse der Datenerhebungen werden in der Hygienekommission vorgestellt, analysiert und Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. Darüber hinaus werden die Ergebnisse mit den verantwortlichen Mitarbeitern besprochen.

3.2.3 Planung und Durchführung hygiesichernder Maßnahmen

Hygiesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.

Unsere Mitarbeiter werden mindestens einmal jährlich in hygienerelevanten Themen fortgebildet. Die Hygienefachkraft führt in unregelmäßigen Abständen und unangekündigt Begehungen der einzelnen Bereiche durch, um die hygienischen Verhältnisse vor Ort zu überprüfen und die Mitarbeiter bedarfsorientiert zu schulen. Begehungen des Krankenhauses werden zudem jährlich durch das Gesundheitsamt des Landkreises Osnabrück durchgeführt. Sollten Isolierungsmaßnahmen erforderlich sein, gibt es hierfür für das Personal verbindliche Verhaltensmaßnahmen und Vorgaben.

3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien

Hygienerichtlinien werden krankenhausesweit eingehalten.

Hygienerichtlinien sind in Form von Hygienestandards sowie Hygiene- und Desinfektionsplänen vorhanden. Alle Regelungen werden überprüft, überarbeitet und neue Hygienerichtlinien entwickelt. Im Küchenbereich erfolgt anhand von Checklisten eine durchgängige Überprüfung und Dokumentation der Bereiche Warenanlieferung und -lagerung, Zubereitung und Verteilung von Lebensmitteln gemäß der HACCP-Richtlinien. Die Mitarbeiter unserer Zentralsterilisation führen immer eine gewissenhafte Dokumentation aller sterilisierten Instrumente durch.

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.

Die Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten sind in unserem Krankenhaus geregelt.
Medikamente beziehen wir über die Apotheke des Franziskus-Hospitals, der Bestand an Blut und Blutprodukten wird über verschiedene Blutspendedienste abgesichert und die Beschaffung von Medizinprodukten erfolgt nach vorheriger Prüfung durch den Zentraleinkauf.
Verschiedene schriftliche Regelungen stellen sicher, dass nur angemessen qualifiziertes und geschultes Personal mit den genannten Produkten umgeht.

3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.

Für die Anwendung von Arzneimitteln gibt es verbindliche Regelungen für die zuständigen Mitarbeiter unseres Hauses. Das Stellen und Verteilen von Medikamenten erfolgt durch examiniertes Pflegepersonal oder Ärzte. Von Patienten mitgebrachte Medikamente werden gleichwertig ersetzt oder kurzfristig über den Großhandel besorgt.
Eine Arzneimittelkommission legt fest, welche Medikamente zum Einsatz kommen. Die daraus resultierende Arzneimittelliste wird an alle Ärzte, Stationen und Fachabteilungen verteilt.

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 im Krankenhaus St. Raphael unterliegt den gesetzlichen Vorschriften. Um eine Rückverfolgung zu gewährleisten, erfolgt eine patienten- und produktbezogene Dokumentation.
Vor einer Blutübertragung führt ein Arzt immer erst einen Verträglichkeitstest ("Kreuzprobe") durch. Unser Labor verwaltet ein Blutdepot, das Blutprodukte für alle Blutgruppen bevorratet.

3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten

Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.

Alle Fachabteilungen verfügen über ärztliche und pflegerische Beauftragte für Medizinprodukte. Mitarbeiter, die ein Medizinprodukt anwenden, werden zuvor im Umgang mit dem Gerät geschult. Für die Geräte sind Bedienungsanleitungen vor Ort vorhanden. Handlungsanleitungen für bestimmte Medizinprodukte sind in Pflegestandards beschrieben.
Wartung, Instandhaltung und Reparatur von Geräten erfolgen hauptsächlich durch Hersteller- und festgelegte Servicefirmen, kleinere Reparaturen werden von unserem Technischen Dienst übernommen.

3.3.5 Regelung des Umweltschutzes

Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.

Wir tragen durch gezielte Maßnahmen zum Erhalt und Schutz unserer Umwelt bei: im Zuge der umfangreichen Renovierungsarbeiten in unserem Bettentrakt wurden beispielsweise die Lüftungsanlagen zur Wärmerückgewinnung komplett erneuert und ein spezieller Wasserkreislauf sorgt für Einsparungen von mehreren tausend Kubikmetern Wasser pro Jahr.
Es ist ein Betriebsbeauftragter für Abfall benannt, der die Abfallentsorgung organisiert und die Mitarbeiter dahingehend schult.
In allen Bereichen des Hauses bestehen Möglichkeiten zur Mülltrennung.

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.

In Ablaufbeschreibungen und Richtlinien haben wir die Verantwortlichkeiten und Maßnahmen zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten schriftlich festgelegt. Mitarbeiter, die Eintragungen in Dokumentationen vornehmen, werden darin geschult. Die Patientenakte ist für alle dazu berechtigten Mitarbeiter zugänglich, die Berechtigungen sind eindeutig geregelt. Unser Ziel ist die papierlose elektronische Patientenakte. Daher nutzen wir moderne Informationstechnologien und bauen die elektronische Datenverarbeitung kontinuierlich aus.

4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

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

Die wichtigen Daten und Maßnahmen am Patienten werden durch zeitnahe Eintragungen in die Patientenakte festgehalten. Anordnungen, zum Beispiel während der Visiten, werden umgehend vor Ort dokumentiert. Durch die Beachtung und Einhaltung unserer Dokumentationsrichtlinien sind der aktuelle Zustand des Patienten sowie der klinische Verlauf seines Krankenhausaufenthalts für Sachkundige und befugte Dritte verständlich, vollständig und nachvollziehbar. Die korrekte Dokumentation gewährleistet zudem die Kontinuität im Behandlungsprozess.

4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

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

Die Akten unserer aktuell behandelten Patienten befinden sich im Stationszimmer und sind für alle Befugten jederzeit zugänglich. Verschiedene Daten wie beispielsweise Untersuchungsbefunde können auch durch dazu Berechtigte über das hauseigene EDV-Netzwerk abgerufen werden. Patientenakten von entlassenen Patienten lagern wir in unserem Archiv. Der Zugriff auf archivierte Daten beziehungsweise Akten aus unserem Archiv ist durch einen festgelegten und darin geschulten Personenkreis zu bestimmten Zeiten möglich.

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.

Zentrales Informationsmedium der Patientenversorgung ist die Patientenakte, die bei Untersuchungen oder Verlegungen innerhalb des Hauses immer mitgegeben wird. Die Informationsweiterleitung erfolgt über schriftliche und/oder mündliche Übergaben.
Besprechungen zwischen den verschiedenen Bereichen und Berufsgruppen finden regelmäßig statt, z.B. während der Visiten auf der Intensivstation oder den Teamsitzungen im SPES VIVA-Bereich.
Wir haben exakt geregelt, welche Daten für festgelegte Personen im hauseigenen EDV-Netzwerk einsehbar sind.

4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

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

Unsere Pforte befindet sich direkt im Eingangsbereich und ist von 6.00 bis 21.00 Uhr durchgängig besetzt. Für Notfälle außerhalb dieser Zeiten ist ein Notrufsystem installiert.
Zudem liegen an der Pforte aktuelle Daten über stationäre Patienten und diensthabende Ärzte vor. Die dort tätigen Mitarbeiter kennen die Infrastruktur des Hauses und können Patienten, Angehörige und Besucher zielgerichtet an gewünschte Stellen weiterleiten. Wünscht ein Patient nicht die Weitergabe seiner Zimmer- oder Telefonnummer, wird dieses von unseren Pfortenmitarbeitern berücksichtigt.

4.2.3 Information der Öffentlichkeit

Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.

Unsere innerbetriebliche Öffentlichkeitsarbeit besteht vor allem aus einem regelmäßig erscheinenden Rundschreiben, Plakaten, Aushängen und Informationsveranstaltungen.
Die interessierte Öffentlichkeit informieren wir über unsere Internetseiten und vielfältige Veranstaltungen wie beispielsweise Arzt-Patienten-Seminare zu verschiedenen Themenkreisen.
"Tage der offenen Tür" ermöglichen in unregelmäßigen Abständen einen Blick hinter die Kulissen unseres Hauses.
Die Pressearbeit wird über ein auswärtiges Medienbüro koordiniert.

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 Landeskrankenhausgesetzen von Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Thüringen.

Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen sagen wir mit dem Behandlungsvertrag zu. Die Weitergabe patientenbezogener Daten wird für bestimmte Fälle ausdrücklich vereinbart. Auch die Herausgabe von Patientenakten geschieht nur mit schriftlicher Einverständnis des Patienten. Die Zugriffsrechte auf Daten sind eindeutig festgelegt.
Alle Mitarbeiter unseres Hauses unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht, dieses wird vertraglich vereinbart. Ein Mitarbeiter unseres Hauses ist als Datenschutzbeauftragter benannt.

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.

Seit dem Sommer 2002 führen wir gleichzeitig mit drei anderen katholischen Krankenhäusern der Region ein gemeinsames Krankenhausinformationssystem auf modernstem Standard ein. In unserem Krankenhaus sind dabei sämtliche Bereiche an das EDV-System angeschlossen. Herausragendes Ziel ist die Einführung der elektronischen Patientenakte.
Alle Mitarbeiter unseres Hauses, die mit dem System arbeiten, werden umfassend in der Handhabung und Anwendung des Systems geschult. Anwenderfragen und Hilfestellungen werden über eine zentrale Hotline bearbeitet.

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

Träger des Klinikum St. Georg mit den Standorten in Ostercappeln und Georgsmarienhütte ist der St. Georgsstift e.V.

Unser medizinisches Angebot wird vom Träger vorgegeben. Durch die enge Kooperation mit einem weiteren Krankenhaus in Osnabrück wollen wir das Profil katholischer Krankenhäuser in der Region stärken und unsere Leistungsangebote aufeinander abstimmen.

Wir betreuen prinzipiell jeden Hilfesuchenden unabhängig vom gesellschaftlichen Ansehen, Herkunft, Persönlichkeit und Religionszugehörigkeit, sofern die medizinische Behandlung bei uns möglich ist.

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.

Bildung und Erhalt einer Dienstgemeinschaft sind zentrale Aspekte unseres Leitbilds und werden durch gemeinsame Gottesdienste, Veranstaltungen und Feiern umgesetzt. Bei der Personalauswahl berücksichtigen wir die Erklärung der Deutschen Bischöfe zur Gestaltung kirchlicher Arbeitsverhältnisse. Wichtigste Kriterien für die Personalauswahl sind: hohe fachliche Qualifikation, eine von christlicher Handlungsbereitschaft getragene Berufseinstellung, ausgeprägte soziale Kompetenzen wie Teamfähigkeit und Angehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft.

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

Geschäftsführung und Klinikleitung verfolgen das Ziel, möglichst viele und sichere Arbeitsplätze vorzuhalten. Flexible Arbeitszeiten werden angeboten und das Teilzeitarbeitsgesetz befolgt. Nach Möglichkeit werden die Wünsche der Mitarbeiter diesbezüglich berücksichtigt. Bei erforderlichen Arbeitsplatzumbesetzungen werden interne, individuelle Lösungen gesucht. Gegenüber anderen Kulturen üben wir gemäß unserem Leitbild Toleranz und Rücksichtnahme. So ist zum Beispiel unsere Küche auf eine Speiserversorgung für Menschen anderer Religionen eingestellt.

5.0.1.4 Einbindung in Kirchlichkeit

Die Kirchlichkeit des Trägers wird in der Einrichtung spürbar.

Das Krankenhaus St. Raphael ist seit 1898 den christlichen Gemeinden der Region Ostercappeln traditionell eng verbunden. Ziel ist, diese enge Verbindung zu bewahren und beständig weiter zu entwickeln.

Zu den Gottesdiensten in unserem Krankenhaus sind immer die Bürger aus den Gemeinden eingeladen.

Ordensschwestern aus dem Konvent der Franziskanerinnen vom Heiligen Märtyrer Georg zu Thuine leisten bei uns ihren Dienst am Menschen. Einige leitende Positionen (Hausoberin, Pflegedienstleitung, Stationsleitungen, Schulleitung) sind mit Ordensschwestern besetzt.

5.0.1.5 Leistungsausschlüsse

Leistungsausschlüsse erfordern eine sorgsame ethische Begründung

Leistungsausschlüsse zu den Bereichen Abtreibung und künstliche Befruchtung sind eindeutig festgelegt. Gleiches gilt für die aktive Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung. Organspenden und -transplantationen werden vom Krankenhaus St. Raphael ausdrücklich unterstützt. Schwangeren Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch planen, bieten wir unterschiedliche Hilfestellungen an, zum Beispiel den Verweis an eine Beratungsstelle oder die Betreuung durch unsere Krankenhauseseelsorgerin oder den Sozialdienst.

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

An Führungskräfte stellen wir neben einer hohen fachlichen Qualifikation und der Zugehörigkeit zu einer christlichen Kirche auch in immer größerem Maße den Nachweis von Managementqualitäten. Unser Leitbild legt Grundsätze für einen kooperativen Führungsstil fest und stellt die sozialen Kompetenzen wie Team- und Kommunikationsfähigkeit für Führungspersonen heraus. Dazu werden unsere leitenden Mitarbeiter unter anderem in Konfliktbewältigung geschult. Im Pflegedienst legen Stellenbeschreibungen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten fest.

5.0.2.2 Managementgrundsätze

Die Managementgrundsätze spiegeln die Wertvorstellungen des Trägers

Unsere Managementgrundsätze basieren auf dem christlichen Menschenbild und sind in unserem Leitbild festgelegt: "Der Mensch ist Geschöpf und Abbild Gottes. Darin liegt seine Würde. Im Mittelpunkt all unserer Bemühungen steht der Patient mit seinen individuellen körperlichen, sozialen und seelischen Bedürfnissen". Die Umsetzung unserer Leitlinien wird durch eine enge berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit, zum Beispiel im Bereich der Sterbebegleitung (SPES VIVA) deutlich. Verbindliche Standards und Ablaufbeschreibungen unterstützen die Leitbildumsetzung.

5.0.2.3 Personalmanagement

Das Personalmanagement bedarf einer besonderen Sorgfalt

Ziel des Trägers und der Klinikleitung ist, im Rahmen des vorgegebenen Budgets möglichst viele Arbeitsplätze vorzuhalten. Dazu soll die Kooperation des Klinikum St. Georg mit dem Marienhospital Osnabrück zur "Managementgesellschaft Katholischer Krankenhäuser in der Region Osnabrück (MKO)" beitragen. Mitarbeiter können ihre Verbesserungsideen einbringen und wurden 1998 und 2000 schriftlich im Rahmen eines Projektes zu ihrer Zufriedenheit befragt. Einzelnen Mitarbeitern bieten wir auf Wunsch Hilfestellungen zur Ermöglichung der Altersteilzeit an.

5.0.2.4 Ethik

Die christliche Ethik ist die Basis für Entscheidungen

Das gemeinsame Ethikkomitee für die beiden Standorte unseres Klinikums schafft einen Rahmen, in dem über ethische Probleme und Konflikte beraten wird. Ziele des Ethikkomitees sind die zeitnahe und kompetente Hilfestellung zur Entscheidungsfindung bei ethischen Problemstellungen für Mitarbeiter und die Diskussion ethischer Fragestellungen, z.B. in Form von Fortbildungsveranstaltungen zur Sterbehilfe und den Umgang mit Patientenverfügungen. Im Ethikkomitee sind Mitarbeiter aus Medizin, Pflege und Verwaltung, ein Rechtsanwalt und ein Hochschulprofessor vertreten.

5.0.2.5 Öffentlichkeitsarbeit

Öffentlichkeitsarbeit stellt Ziele und Ergebnisse des caritativen Handelns vor

Für die interne und externe Öffentlichkeitsarbeit nutzen wir unterschiedlichste Medien. Intern gibt es das monatlich erscheinende Informationsrundschreiben "Blaues Blatt", Informationsveranstaltungen und Ausstellungen für alle Mitarbeiter. Extern nutzen wir ein Medienbüro für die Pressearbeit und bieten Veranstaltungen, Fortbildungen, Ausstellungen, Hospitationen und Führungen an. Fachabteilungen informieren in Broschüren und Handzetteln über ihre Angebote. Unter der Adresse www.klinikum-georg.de präsentieren wir uns im Internet.

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

Unser Ziel ist, einen möglichst hohen Anteil an qualifiziertem Personal vorzuhalten. Das Klinikum St. Georg ist Mitträger der Weiterbildungseinrichtung "Katholische Bildungsstätte für Gesundheitsberufe" in Osnabrück. Weiterbildungen ermöglichen wir unter anderem in den Bereichen Anästhesie- und Intensivpflege, Endoskopie, Stationsleitung und Mentor. Innerbetriebliche Fortbildungen werden häufig berufsgruppenübergreifend veranstaltet und behandeln fachliche Themen wie Hygiene und Schmerztherapie oder spirituelle Aspekte in Sterbebegleitseminaren.

5.0.3.2 Personelle Besetzungen

Personelle Besetzungen realisieren die Umsetzung normativer und strategischer Vorgaben

Die Klinikleitung legt Wert auf eine angemessene Besetzung aller Stellen im Krankenhaus. 'Leistungsschwache' mit einer eingeschränkten Fähigkeit für höher qualifizierte Aufgaben, werden bei uns entsprechend ihres Fähigkeitsprofils eingesetzt. Trotz allem Leistungsdrucks wollen wir auch diesen Menschen bewusst eine Chance im Arbeitsleben geben. Daher wird immer wieder versucht, 'Leistungsschwache' in angemessenen Stellen zu besetzen.

5.0.3.3 Ressourcen für besondere Aufgaben

Die Erfüllung des kirchlichen Auftrags erfordert mitunter besondere Investitionen

Mitarbeitern in Konflikt- und Belastungssituationen bieten wir Unterstützung an. Dazu stehen verschiedene Angebote zur Verfügung, zum Beispiel das Ethikkomitee, die Seelsorge, Möglichkeiten zur Supervision.
Um unseren Ärzten eine weitere Form des Austauschs und der gegensätzlichen Information zu ermöglichen, wurde eine sogenannte "Balint-Gruppe" eingerichtet, in deren Rahmen ärztliche Fallbesprechungen inklusive Selbsterfahrung durchgeführt werden.
Für vertrauliche Gespräche stehen verschiedene angemessene Räumlichkeiten und Zimmer zur Verfügung.

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

Der St. Georgsstift hat für alle Krankenhäuser unter seiner Trägerschaft Leitlinien unter dem Motto "Pax et Bonum", („Friede und Heil“) herausgegeben. Auf dieser Grundlage sind die "Konkretisierung und Weiterentwicklung der Leitlinien" entstanden.
Die Leitlinien werden an alle Mitarbeiter ausgehändigt und erläutert. Den Aussagen unserer Leitlinien sind alle Mitarbeiter verpflichtet. Unser Ziel ist, die Leitlinien im Alltag für unsere Patienten und deren Angehörige, unsere Mitarbeiter, Besucher und Kunden und alle mit uns in Kontakt Stehenden ständig erlebbar zu machen.

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

Es ist ein geregelttes Controlling- und Managementinformationssystem eingeführt. Dabei lassen sich Träger und Klinikleitung in festgelegten Abständen über bestimmte Kennzahlen, Daten und Entwicklungen informieren, analysieren diese und leiten daraus die erforderlichen Maßnahmen ab. Zahlen, Daten und Fakten, die für die mittel- und kurzfristige Planung von besonderer Bedeutung sind, werden auch regelmäßig an Führungskräfte wie Chefärzte und Abteilungsleitungen bekannt gegeben. Projektarbeit zur Leitbildumsetzung ist durch Richtlinien klar strukturiert.

5.0.5.2 Patientenzufriedenheit

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

Im unserem Krankenhaus führen wir eine ständige Patientenbefragung durch: jeder Patient erhält mit seinen Aufnahmepapieren einen Fragebogen, auf dem die Zufriedenheit mit unseren Leistungen und Angeboten abgefragt wird.
Zudem haben wir ein Beschwerdemanagement installiert. Beschwerden sind ausdrücklich erwünscht. Jeder Beschwerde wird nachgegangen.
Der Qualitätsmanagementstrategiekreis wertet die Ergebnisse und Verbesserungsvorschläge aus. Die Daten werden anschließend anonymisiert im Haus bekannt gegeben und zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit genutzt.

5.0.5.3 Mitarbeiterzufriedenheit

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

Träger und Klinikleitung ist es wichtig zu ermitteln, wie zufrieden die Mitarbeiter mit den Arbeitsbedingungen im Krankenhaus sind. Befragungen der gesamten Belegschaft führten wir in den Jahren 1998 und 2000 unter dem Schwerpunktthema "Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz" durch. Aus den Ergebnissen wurden konkrete Verbesserungsmaßnahmen, wie z.B. der Umbau der Cafeteria und Rückenschulungskurse für Mitarbeiter abgeleitet. Die knapp 200 Teilnehmer des hausinternen Informationsmarktes wurden im Jahr 2001 über eine Punktabfrage anonym zu ihrer Zufriedenheit befragt.

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.

1995 veröffentlichte unser Träger das Leitbild "Pax et Bonum" (Friede und Heil), das in enger Zusammenarbeit zwischen Träger und Mitarbeitern entstanden ist. In insgesamt fünf Arbeitsgruppen erarbeiteten wir darauf basierend die 'Konkretisierung und Weiterentwicklung der Leitlinien'. Durch verschiedene Maßnahmen, beispielsweise der abteilungsinternen Diskussion ausgewählter Leitbildaussagen, dem Vorschlagwesen und themenorientierter Fortbildungen wird die Umsetzung des Leitbilds im Krankenhausalltag beständig überprüft.

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.

Die Einführung neuer medizinischer Verfahren wird zwischen Geschäftsführung, Klinikleitung und den verantwortlichen Chefärzten geklärt. Umfangreiche Renovierungsarbeiten konnten in 2002 abgeschlossen werden. Durch strategische Kooperationen mit anderen Gesundheitseinrichtungen soll unser Standort langfristig gesichert und eine umfassende Behandlung und Betreuung unserer Patienten gewährleistet werden. Auf unserem Gelände wird derzeit ein Altenpflegeheim (Fertigstellung in 2004) errichtet, um eine integrierte Versorgung in diesem Bereich sicherzustellen.

5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

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

Die Organisationsstruktur des Krankenhaus St. Raphael bzw. Klinikum St. Georg ist eindeutig geregelt. Dies beinhaltet ebenso die Festlegung und Beschreibung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten. Die Regelungen sind für alle Mitarbeiter in einem Qualitätshandbuch nachvollziehbar dargelegt.
Verschiedene Projektgruppen, die von der Geschäftsführung oder Klinikleitung einberufen werden, beteiligen sich durch ihre Arbeit und den daraus resultierenden Ergebnissen an der Weiterentwicklung der Organisation.

5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

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

Die Klinikleitung ist für die Finanz- und Investitionsplanung verantwortlich. Oberstes Ziel ist die Einhaltung des von den Kostenträgern vorgegebenen Budgets.
Ein Wirtschaftsplan wird für das jeweilige Kalenderjahr gemeinsam vom Geschäftsführer und dem Verwaltungsdirektor erstellt. Zudem existiert ein auf mehrere Jahre angelegter Investitionsplan, der jährlich überprüft und fortgeschrieben oder aktualisiert wird.
Die Abteilungsleiter werden monatlich über die aktuelle Budgetsituation informiert und Maßnahmen zur Steuerung werden besprochen.

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.

Durch gezielte Gremienarbeit verfolgen wir die Ziele: Delegation von Verantwortung, Transparenz, Einbeziehung von Spezial- und Fachwissen sowie Lösen von fachspezifischen Problemen und Verbesserungsmöglichkeiten. Daher sind zahlreiche Gremien und Kommissionen im Klinikum eingesetzt wie Chefarztkonferenz, Qualitätsmanagementstrategiekreis, Ethikkomitee, Hygienekommission, Arbeitsschutzausschuss und Arzneimittelkommission.
Die Klinikleitung benennt die Mitglieder der jeweiligen Kommission. Alle Ergebnisse werden protokolliert und weitergegeben.

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.

Eine Geschäftsordnung regelt die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Klinikleitung sowie die Arbeitsweise innerhalb dieses Gremiums. Die Klinikleitung besteht aus den Oberinnen der beiden Standorte, der Pflegedirektorin, dem Ärztlichen Direktor und dem Verwaltungsdirektor. Sitzungen finden wöchentlich statt. Der Geschäftsführer nimmt regelmäßig an den Treffen teil, bei Bedarf werden weitere Mitarbeiter des Hauses eingeladen. Für alle Sitzungen gibt es eine Tagesordnung. Alle Ergebnisse werden protokolliert und die Umsetzung der Maßnahmen wird überprüft.

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.

Im Verlauf der Klinikleitungssitzungen informieren sich die Mitglieder gegenseitig aus ihren Verantwortungsbereichen, stimmen ihr Vorgehen aufeinander ab und treffen gemeinsam getragene Beschlüsse. Informationen erhalten die Klinikleitungsmitglieder vor allem aus dem eigenen Aufgabenbereich, zudem werden sie von dafür verantwortlichen Mitarbeitern (z.B. Controlling, Qualitätskoordinator) regelmäßig über Projekte, Entwicklungen und Vorgänge informiert. Jeder Mitarbeiter kann sich direkt an die Mitglieder der Klinikleitung wenden ("Prinzip der offenen Tür").

5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen

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

Durch verschiedene vertrauensfördernde Maßnahmen möchten wir unserem Leitbild entsprechend ein Klima des gegenseitigen Respekts und Vertrauens schaffen und erhalten. Maßnahmen wie eine möglichst zeitnahe und umfangreiche Informationspolitik, eine bestmögliche Erreichbarkeit der Klinikleitung ("Prinzip der offenen Tür") und eine gezielte Einbindung der Mitarbeiter in Entscheidungsprozesse, Umsetzungsmaßnahmen und strategische Planungen unterstützen die Umsetzung unseres Ziels. An Betriebsfesten und Veranstaltungen nehmen die Klinikleitungsmitglieder teil.

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.

Unseren Leitlinien entsprechend soll die gelebte Überzeugung der Mitarbeiter verdeutlichen, dass ethisch verantwortliches Handeln der Anstrengung vieler Menschen durch die Zeit hindurch bedarf. Neben dem Ethikkomitee können z.B. die Seelsorgerin, der Sozialdienst und die im Haus tätigen Ordensschwwestern im Einzelfall Hilfestellungen bei ethischen Fragestellungen leisten. Durch öffentliche Informationsveranstaltungen und besondere Aktionen, beispielsweise im Rahmen der "Woche für das Leben", schaffen wir ein Bewusstsein für ethische Aspekte und Fragestellungen.

5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten

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

Wir legen besonderen Wert darauf, in unserem Krankenhaus ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen und den Angehörigen beizustehen. Durch SPES VIVA ('in lebendiger Hoffnung') bieten wir auf zwei Stationen eine besondere Form der Begleitung Schwerstkranker, Sterbender und ihrer Angehörigen an. Sterbende sollen sich nicht allein gelassen fühlen, in Ruhe Abschied nehmen können und keine vermeidbaren körperlichen Beschwerden oder Belastungen erleiden müssen. Angehörige werden auf Wunsch mit einbezogen. Patientenverfügungen werden bei allen Maßnahmen berücksichtigt.

5.4.3 Umgang mit Verstorbenen

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

Den Angehörigen von Verstorbenen bieten wir soviel Zeit zum Abschied nehmen, wie sie benötigen. Besonderheiten anderer Religionen wie rituelle Waschungen werden berücksichtigt. Es steht ein Abschiedsraum zur Verfügung, das Abschied nehmen auf der Station hat immer Vorrang. Bei Tot- /Fehlgeburten ermöglichen wir das Abschied nehmen im Kreißsaal und bieten den Eltern Begleitung und Betreuung an. Wie halten für die Bestattung von Tot- und Fehlgeburten eine eigene Grabstätte vor. Das Stationsteam und die Seelsorgerin bieten im Trauerprozess Begleitung, Gespräche und Gebete an.

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.

Das Qualitätsmanagement ist für das Klinikum St. Georg mit seinen beiden Standorten in Ostercappeln und Georgsmarienhütte übergreifend organisiert. Das Qualitätskonzept nennen wir bewußt "Umfassendes Qualitätsmanagement". Diese Bezeichnung macht deutlich, dass alle Bereiche und Mitarbeiter am Qualitätsmanagement mitwirken und für die Qualität verantwortlich sind. Alle wichtigen Abläufe sind geregelt, schriftlich festgelegt und für jeden Mitarbeiter nachvollziehbar im Qualitätsmanagement-Handbuch niedergelegt.

6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

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

Alle schriftlich festgelegten Ablaufbeschreibungen enthalten immer auch Qualitätsziele, um den am jeweiligen Ablauf beteiligten Mitarbeitern zu verdeutlichen, welchen Einfluss jede Tätigkeit auf die Qualität im Krankenhaus hat.

Zu unseren aktuellen Qualitätszielen gehören zufriedene Patienten und Kunden, Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit sowie Innovation und kontinuierliche Weiterentwicklung. Alle Qualitätsziele orientieren sich eng an unserem Leitbild und werden den Mitarbeitern durch Fortbildungsveranstaltungen oder Rundschreiben bekannt gemacht.

6.2 QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEM

Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.

6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.

Der Strategiekreis, in dem die Klinikleitung, die Mitarbeitervertretung und der Qualitätsmanagementkoordinator vertreten sind, ist für die strategische Planung, Ausrichtung und Koordination des Qualitätsmanagements verantwortlich. Ein "Qualitätsmanagement-Team" ist die ausführende Ebene des Qualitätsmanagements und setzt sich aus Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen und Hierarchien zusammen. Der Koordinator ist als Stabstelle der Klinikleitung zugeordnet. Für die im Qualitätsmanagement tätigen Mitarbeiter finden regelmäßig Schulungen statt.

6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung

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

Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung erfolgen in erster Linie zentral für alle Bereiche des Hauses, beispielsweise im Bereich der Hygiene (Infektionsstatistiken). Für die problemorientierte Projektgruppenarbeit gelten von der Geschäftsführung vorgegebene Richtlinien. Projektgruppen existieren hausintern, klinikübergreifend sowie auf Ebene der Managementgesellschaft Katholischer Krankenhäuser im Kreis Osnabrück. Die einzelnen medizinischen Fachabteilungen führen Maßnahmen zur Qualitätssicherung z. B. durch die Teilnahme an überregionalen Studien durch.

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 Krankenhaus St. Raphael nimmt an insgesamt 12 Modulen der externen Qualitätssicherung teil und zwar in den Bereichen Geburtshilfe, Gynäkologie, Chirurgie und ambulantes Operieren. Darüber hinaus beteiligen sich Fachabteilungen an externen Studien zur Qualitätssicherung. Die abteilungsbezogene Analyse der Ergebnisse liegt in der Verantwortung der Chefärzte. Auch intern werden ständig verschiedene qualitätsrelevante Daten, z.B. zur Hygiene, erhoben und analysiert.

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.

Wir nutzen Befragungen, um die Wünsche und Anforderungen unserer Patienten und Mitarbeiter zu erkennen und die Zufriedenheit mit unseren Leistungen zu erheben. Jeder Patient erhält mit den Aufnahmepapieren einen Fragebogen sowie ein "Lob und Tadel" - Formular, die ausgefüllt in einen Briefkasten abgegeben werden können. In den Jahren 1998 und 2000 führten wir Mitarbeiterbefragungen zum Thema "Gesundheitsfördernder Arbeitsplatz" durch. Die Auswertung der Patientenbefragung erfolgt im Strategiekreis, in dem auch Verbesserungsmaßnahmen beschlossen werden.

6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und -beschwerden

Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.

Beschwerden sind ausdrücklich erwünscht - wir betrachten sie als Chance zur Verbesserung. Für schriftliche Beschwerden stehen dem Patienten verschiedene Formulare zur Verfügung, die Teil der Patientenbroschüre sind. Mündliche Beschwerden können prinzipiell an jeden Mitarbeiter und insbesondere an den Qualitäts-Koordinator sowie die Klinikleitung gerichtet werden. Jeder eingehenden Beschwerde wird nachgegangen. Beschwerdeführer erhalten eine Rückmeldung, sofern die Beschwerde nicht anonym erfolgt.

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

Während eines Krankenhausaufenthaltes können Fragen nach dem Sinn der Krankheit, dem Lebenssinn und nach Gott aufbrechen. Hier verstehen wir spirituelle Lebensbegleitung als Form der Unterstützung für die Krankheitsbewältigung von Patienten und ihren Angehörigen. Seelsorge für Patienten und deren Angehörigen ist ein offenes Angebot, das sich am Evangelium und den individuellen Bedürfnissen des einzelnen Menschen orientiert. Auf Wunsch vermittelt die Krankenhausesseelstergerin Gesprächspartner anderer Religionen oder Weltanschauungen.

7.1.2 Spirituelle Sterbebegleitung

Sterbende werden spirituell begleitet

Durch "SPES VIVA" (in lebendiger Hoffnung) wird auf zwei Stationen und der Intensivstation eine besondere Form der Sterbebegleitung angeboten: durch die Einrichtung eines Wohnzimmers auf der Station, das direkten Zugang zu den beiden angrenzenden Patientenzimmern bietet, können sich Angehörige selbst versorgen und den Sterbeprozess begleiten. Ein therapeutisches Team aus besonders geschulten Mitarbeitern begleitet den Prozess. Jedem Patienten wird eine ganzheitliche Sterbebegleitung angeboten, die Angehörige auf Wunsch bewusst mit einbezieht.

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

Der kranke Mensch in seiner Würde soll in den Mittelpunkt des Denkens und Handelns gestellt werden. Damit die Mitarbeiter diesen christlichen Grundgedanken des Hauses mittragen können, wird eine seelsorgerliche Begleitung für alle Mitarbeiter angeboten. Diese umfassen Fortbildungen in Bezug auf ethische und religiöse Themen und Fragestellungen, Supervision, Gespräche und Gottesdienste. Neben der hauptamtlichen Seelsorgerin steht den Mitarbeitern in Krisensituationen ein Supervisor zur Verfügung. Alle Angebote verstehen sich dabei immer als 'einladende Seelsorge'.

7.3 Seelsorgekonzept

Die Seelsorge im Krankenhaus orientiert sich an den Konzepten der Diözese bzw. Landeskirche und des Trägers. Die Grundlagen der katholischen Krankenhauseelsorgestandards 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 Krankenhauseelsorge in Deutschland und der Entschließung der Konferenz für Krankenhauseelsorge in der EKD vom März 1998 und den Konzeptionen und Standards der Konferenz für Krankenhauseelsorge in der EKD vom 17.3.1994.

7.3.1 Organisation der Seelsorge

Die Seelsorge ist entsprechend dem geltendem Seelsorgekonzept organisiert

Die katholische Krankenhauseelsorge ist mit einer ganzen Stelle besetzt. Externen Seelsorgedienst (insbesondere Spende von Sakramenten und Eucharistiefiern) führen Priester der umliegenden Gemeinden aus.

Die Seelsorgerin besucht täglich die Intensivstation und Station 5 (Thoraxchirurgie), die übrigen Stationen werden mindestens zwei Mal pro Woche und bei Bedarf aufgesucht. Evangelische Seelsorger besuchen regelmäßig die Kranken ihrer Gemeinden.

Darüber hinaus sind im SRO sog. "Grüne Damen", Gemeindebesuchsdienste und Hospizhelfer ehrenamtlich tätig.

7.3.2 Angebote der Seelsorge

Eine qualifizierte Seelsorge zeigt sich in konkreten Angeboten

Unsere Seelsorgeangebote richten sich an Patienten, Angehörige, Besucher und Mitarbeiter. Für Patienten bieten wir u.a. Gespräche zur Krankheitsbewältigung und Begleitung bei Patienten mit Krebsdiagnose an, Angehörige unterstützen wir insbesondere im SPES VIVA - Bereich im Sterbeprozess und bei der Trauerbewältigung. Ungestörte Seelsorgegespräche werden durch angemessene Räumlichkeiten ermöglicht.

In unserer Kapelle, die immer zugänglich ist, finden täglich Gottesdienste und Andachten statt. Die Abläufe im Krankenhaus sind auf die Gottesdienstzeiten abgestimmt.

7.3.3 Zusammenarbeit mit der Kirchengemeinde

Qualifizierte Seelsorge arbeitet mit der Kirchengemeinde zusammen

Das Krankenhaus St. Raphael kann auf eine nunmehr über 100-jährige feste Verankerung in den Ort Ostercappeln und in dem Bewusstsein der Bevölkerung bauen.

Informationen über kirchliche Veranstaltungen werden über das Internet, das Kirchenblatt der Pfarrgemeinden und die regionalen Tageszeitungen verbreitet.

Zahlreiche Maßnahmen sorgen für eine enge Zusammenarbeit mit der Kirchengemeinde: so kommen beispielsweise häufig Chöre und Musikgruppen in das Haus, um den Kranken einen musikalischen Gruß aus der Gemeinde zu bringen. Prozessionen beziehen immer das Krankenhaus ein.

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.

Um den Seelsorgeangeboten einen angemessenen Rahmen zu geben, werden verschiedene Räume angeboten.

Unsere Kapelle befindet sich auf der zweiten Ebene. Sie ist immer geöffnet und lädt außerhalb der Gottesdienstzeiten zum stillen Verweilen ein.

Die Wohnzimmer der SPES VIVA - Einheiten können als geschützter Gesprächsraum mit wohnlicher Atmosphäre genutzt werden.

Die Prosektur ist als Abschiedsraum gestaltet, so dass Angehörige von ihrem Verstorbenen dort würdevoll Abschied nehmen können.

Die Seelsorgerin hat ein eigenes Büro, das auch für Gespräche genutzt werden kann.

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.

Seelsorge ist ein wesentlicher Bestandteil unseres Krankenhauses. Sie leistet für eine ganzheitliche Betreuung der uns anvertrauten Menschen einen unverzichtbaren Beitrag. Die Klinikleitung trägt dafür Sorge, dass die spirituellen Inhalte allen Mitarbeitern in allen Bereichen bekannt sind und umgesetzt werden. So sollen der christliche Grundgedanke in unserem Haus lebendig erhalten und unser Seelsorgekonzept und unsere Leitlinien alle Bereiche des Hauses durchdringen und spürbar sein.

8. Gesellschaft

8.1 Bildungsauftrag

8.1.1 Wahrnehmung der Bildungsaufgaben des Krankenhauses

Unsere Krankenpflegehilfeschule mit 20 Ausbildungsplätzen hat den besonderen Auftrag, leistungsschwache Schüler zu fördern und ihnen durch die Ausbildung eine Zukunftsperspektive zu geben. Der Lehrplan enthält christliche Inhalte. Die sinnvolle Verknüpfung von Theorie und Praxis ist uns dabei besonders wichtig. Neben der praktischen Ausbildung von Arzthelferinnen und Operationstechnischen Assistenten bieten wir als Mitträger eines Lehrinstituts für unsere Mitarbeiter Weiterbildungen z.B. im Bereich Anästhesie- und Intensivpflege und zur Stationsleitung an.

8.1.2 Auswahlverfahren

Das Auswahlverfahren zur Krankenpflegehilfeausbildung an unserer Schule richtet sich nach festgelegten Kriterien. Dazu gehören beispielsweise die gemäß Krankenpflegegesetz vorgegebenen Eingangsvoraussetzungen sowie der Eindruck aus den Bewerbungsunterlagen und den persönlichen Vorstellungsgesprächen. Ein Vorpraktikum in einer pflegerischen Einrichtung ist erwünscht. Die Zugehörigkeit zu einer christlichen Religion wird erwartet. Die Schulleitung führt die Bewerbungsgespräche sowie weitere Informationsgespräche mit den Bewerbern.

8.1.3 Außenbeziehungen

Wir bieten Interessierten verschiedene Praktikumsmöglichkeiten an. Die Organisation erfolgt über die Pflegedienstleitung. Zum Beispiel können Auszubildende zum Rettungssanitäter Praktika im OP und auf der Intensivstation absolvieren. In allen Fachabteilungen können Famulaturen durchgeführt werden, diese werden vom verantwortlichen Chefarzt begleitet. Zudem sind Schulpraktika in unserem Krankenhaus möglich. Die Praktikanten bekommen dabei immer einen festen Ansprechpartner zugeteilt.

8.2 Vernetzung mit anderen sozialen Diensten

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

Entsprechend unserem Trägerleitbild ("Wir fördern durch gute Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und anderen Institutionen die Integration des Krankenhauses in die Region") werden intensive und vielfältige Kontakte zu Einrichtungen in Ostercappeln sowie der Region Osnabrücker Land gepflegt. So sind wir am Notarztsystem im Landkreis Osnabrück beteiligt. Darüber hinaus bestehen enge Verbindungen zu niedergelassenen Ärzten, Sozialstationen, Altenheimen und Selbsthilfegruppen.

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

Entsprechend unserem Leitbild: "Wir wollen die uns von Gott anvertraute Schöpfung schützen, um so die Gesundheit auch zukünftiger Generationen nicht zu gefährden" nimmt Umweltschutz bei uns einen hohen Stellenwert ein.

Durch unseren Zentraleinkauf werden ökologische Aspekte sinnvoll mit Wirtschaftlichkeit verknüpft. Wir ersetzen Einweg- durch Mehrwegprodukte und legen beim Einkauf von Lebensmitteln Wert auf Qualitätsnachweise.

Im Zuge der umfassenden Renovierung unseres Bettenhauses haben wir neueste Techniken zur Wassereinsparung und Wärmeisolierung realisiert.

8.3.2 Betriebliches Umweltinformationssystem, ISO 14001 und Öko-Audit

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

Im Krankenhaus St. Raphael existiert kein spezielles Umweltinformationssystem. Unserem Leitbild und Anspruch entsprechend weisen wir alle Mitarbeiter in Rundschreiben und Fortbildungen auf einen ressourcen- und umweltschonenden Gebrauch von Materialien hin. Unser Betriebsbeauftragter für Abfall steht den Mitarbeitern dabei als Ansprechpartner für Umweltschutzfragen zur Seite.

8.4 Forschung und Entwicklung

Das Krankenhaus nimmt zur Förderung der Wissenschaft an Forschungsprojekten teil

8.4.1 Forschungstätigkeiten

Forschungstätigkeiten werden nach Klärung grundsätzlicher Fragestellungen durchgeführt

Forschungen und Studien, die dem christlichen Menschenbild oder unserem Leitbild widersprechen, dürfen im Krankenhaus St. Raphael nicht durchgeführt werden.

Verschiedene medizinische Bereiche unseres Hauses nehmen an Studien zur Qualitätssicherung teil, so zum Beispiel in den Abteilungen Thoraxchirurgie und Innere Medizin. Unsere Bemühungen in diesen Bereichen wurden mit namhaften Wissenschaftspreisen ausgezeichnet.

Die Grenzen von Forschung und Medizin werden beispielsweise in Diskussionsrunden und öffentlichen Veranstaltungen thematisiert.