

**Diakoniewerk**  
O s n a b r ü c k g G m b H



**Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land**  
Betriebsteil Georgsmarienhütte



**Qualitätsbericht 2004**  
**- Systemteil -**

Stand: 08.08.05

## **Inhaltsverzeichnis - Systemteil**

***Die Strukturdaten des Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land sind im Basisteil des Qualitätsberichtes 2004 einzusehen.***

- D Qualitätspolitik
  - E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung
    - E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus
    - E-2 Qualitätsbewertung
    - E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V
  - F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum
  - G Weitergehende Informationen
-

# Systemteil

## D Qualitätspolitik

Zum Diakoniewerk Osnabrück gGmbH gehören neben den zwei Akutkrankenhäusern weitere Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, wie Altenhilfe- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, Ausbildungsstätten sowie ein ambulanter Pflegedienst und die Psychologische Beratungsstelle für Eltern, Jugendliche und Familien.

Alle Einrichtungen arbeiten auf dem Fundament eines gemeinsamen, christlich orientierten Trägerleitbildes, das von Vertretern aller Einrichtungen zusammen mit der Geschäftsführung entwickelt und 2001 in Kraft gesetzt wurde.

Abgeleitet von dem Trägerleitbild ist 2003 / 2004 in einem gemeinschaftlichen Prozess der beiden Krankenhäuser das Klinikleitbild entstanden, das die Werte und Philosophie des Klinikunternehmens verdeutlicht sowie die Basis der Qualitätspolitik darstellt.

Entsprechend des **Auftrages** des Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land engagieren sich die Verantwortlichen zum **Wohl der Menschen**, wobei die fachlich hochwertige Behandlung und Versorgung sowie die persönliche Betreuung der Kunden eine hohe Priorität genießt; z.B. in Form von:

- Facharztstandard in allen Abteilungen
- Pflegestandards
- Alternative Behandlungsmethoden
- Individuelle Menüplanung durch eigene Küche im Haus (Diätassistentin), Ernährungsberatung

Im **Mittelpunkt** aller Bestrebungen stehen **zufriedene Kunden** (Patienten, Angehörige, Gäste, etc.). Formuliert im Klinikleitbild und umgesetzt im täglichen Handeln, heißt das für die Mitarbeiter: *“...Wir begegnen Ihnen und den Menschen aus Ihrem sozialen Umfeld mit Freundlichkeit, Offenheit und Engagement. Mit Transparenz und verständlicher Aufklärung über Erkrankungen und Therapien schaffen wir eine vertrauensvolle Basis. Eine gute Unterbringung liegt uns dabei sehr am Herzen: Wir sorgen für eine angenehme Atmosphäre, in der sich Menschen aufgehoben, wohl und zufrieden fühlen können.“*

Eine patientenorientierte Atmosphäre im Klinikum wird in erster Linie geschaffen durch das **wertschätzende, respektvolle Miteinander** in der täglichen Arbeit, sowie durch

- Patientenwegleitsystem
- Aufnahme von Begleitpersonen
- permanente Renovierungsarbeiten sowohl von Behandlungseinheiten als auch in Patientenzimmern
- Telefon und TV in jedem Patientenzimmer
- Koordinierung von Behandlungsabläufen zur Vermeidung von Wartezeiten
- Öffentliches Café in der Klinik

Die Patienten dauerhaft professionell zu versorgen und damit den gesellschaftlichen Auftrag ernst zu nehmen, beinhaltet auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen im Blick zu halten sowie konstruktiv und ergebnisorientiert zu kommunizieren. Die interne und

externe **Zusammenarbeit vertrauensvoll** zu gestalten ist Ziel des Klinikums und bereits im Leitbild festgeschrieben:

*„Damit beides erfolgreich gelingt, arbeiten wir innerhalb des Hauses eng zusammen. Als Bereiche, Abteilungen und Berufsgruppen kooperieren wir und nutzen so die vielfältigen Ressourcen.“*

*„Erfolgreiche Zusammenarbeit ist unser Ziel. Deshalb begegnen wir uns ehrlich, vertrauensvoll und wertschätzend. Unsere unterschiedlichen Kompetenzen betrachten wir als Ergänzung und Bereicherung. Leistungen, Strukturen und Prozesse verbessern wir kontinuierlich und nachhaltig, aus Fehlern lernen wir und schaffen damit Voraussetzungen für die Weiterentwicklung von Mitarbeitern und Organisation.“*

Die Umsetzung dieser Qualitätspolitik im Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land zeigt sich u.a. darin, dass nicht nur die gesetzlichen Auflagen beachtet werden, sondern dass die gesamte Aufbau- und Ablauforganisation (vgl. auch Systemteil – Punkt E) so strukturiert ist, dass die wichtigsten Abläufe kontinuierlich weiterentwickelt werden. Dazu einige Beispiele:

- Personaleinsatzplanung unter wirtschaftlichen und gesetzlichen aber dennoch mitarbeiterorientierten Aspekten
- Vernetztes Krankenhausinformationssystem  
Datenschutz, Dokumentation, EDV
- Transfusionskommission, Hygiene- und Arbeitssicherheitskommission
- Regelmäßige Dienst- und Leitungsbesprechungen
- Themenbezogene Arbeits- und Projektgruppen

Nicht nur innerhalb des Klinikums sondern auch nach außen wird ein **partnerschaftliches Netzwerk** gepflegt, das im Klinikleitbild verankert ist.

*„Mit unseren Partnern im Gesundheitswesen gestalten wir in hoher Qualität die Versorgung unserer Patienten. Wir sorgen für vernetzte Strukturen, damit unsere Patienten umfassend betreut werden. Wir achten auf reibungslose und nachvollziehbare Prozesse, damit unsere Patienten sich im Netzwerk der Hilfsangebote orientieren und sicher fühlen können.“*

Oberste Zielsetzung bei allen internen und externen Bestrebungen ist die bestmögliche und qualifizierte Versorgung der Patienten innerhalb der Klinik, sowie auch darüber hinaus. Dazu gehören u.a.:

- Pflegeüberleitung
- Zeitnahe Arztbriefe
- Enger Kontakt mit Beleg- und niedergelassenen Ärzten nach datenschutzrechtlichen Bestimmungen
- Schulungs- und Fortbildungsangebote als Personalentwicklungsmaßnahme in Kooperation mit weiteren Kliniken sowie im Verbund `Institut für Bildung und Gesundheit` (das Klinikum zählt mit zu den Gründungsmitgliedern)
- Ausbildung von Krankenpflegepersonal in Kooperation mit den zusammengeschlossenen Krankenpflegehochschulen in Dissen und Melle

Gemäß dem Trägerleitbild *„...orientieren wir uns in unserem Tun an den von der Gesellschaft gesetzten Rahmenbedingungen und versuchen, diese zum Wohle der uns anvertrauten Menschen weiter zu gestalten.“* (vgl. Trägerleitbild des Diakoniewerk Osnabrück gGmbH).

Auf dieser Grundlage wurden die Unternehmensziele für den Berichtszeitraum 2004 maßgeblich an den gesetzlichen und politischen Rahmenbedingungen ausgerichtet. Unter den gegebenen Konzeptionen hat die Weiterentwicklung der Qualität in der Patientenversorgung eine besondere Bedeutung. Dieser Herausforderung hat sich das

Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land gestellt, was sich u.a. in der Zielsetzung (s.o.) und Projekten (s. unter F-Systemteil) im Jahr 2004 widerspiegelt.

Übergeordnetes Ziel war und ist, die strukturelle Versorgung der Patienten unter Berücksichtigung eines effizienten Ressourceneinsatzes zu gewährleisten, wobei auf die Zufriedenheit der Kunden und die hohe Qualität der Versorgung besonderes Augenmerk gelegt wird.

Zur Zielerreichung wurden u.a. die beiden Klinikstandorte des Diakoniewerkes Osnabrück organisatorisch zusammen geführt und medizinische Versorgungsschwerpunkte an beiden Standorten gebildet.

Am Standort Georgsmarienhütte gewinnt der geriatrische Aspekt in der Inneren Medizin an Gewichtung. Ergänzt wird das Angebot ab 2005 durch die Verlegung der Suchtklinik für Männer "Haus Möhringsburg" von Badbergen nach GMH und damit auch eine Erweiterung dieser Fachdisziplin für suchtkranke Frauen.

Dadurch können zum einen Synergieeffekte genutzt werden, zum anderen profitieren beide Standorte von dem Know-how und den Erfahrungen der Gesamtmitarbeiterschaft.

## **E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung**

### **E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus**

Auf Grundlage der Vereinbarung nach §137 SGB V werden an ein klinikinternes Qualitätsmanagement (QM) grundsätzliche Anforderungen gestellt, an denen sich das Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land orientiert: unter Qualitätsmanagement wird danach eine Managementmethode verstanden, die die Qualität in den Mittelpunkt des Handelns stellt und bestrebt ist, die Bedürfnisse der Kunden kontinuierlich (Patienten, Angehörige, Gäste, Niedergelassene, Kostenträger, Mitarbeiter, etc.) zu berücksichtigen.

Das QM-System kann in dieser Hinsicht kein isoliert zu betrachtendes System in der Klinikorganisation sein. Vielmehr ist es ein Teil der gesamten Aufbau- und Ablaufstruktur zur Gewährleistung der Qualität. Besonders wichtig ist den Mitarbeitern des Klinikums dabei:

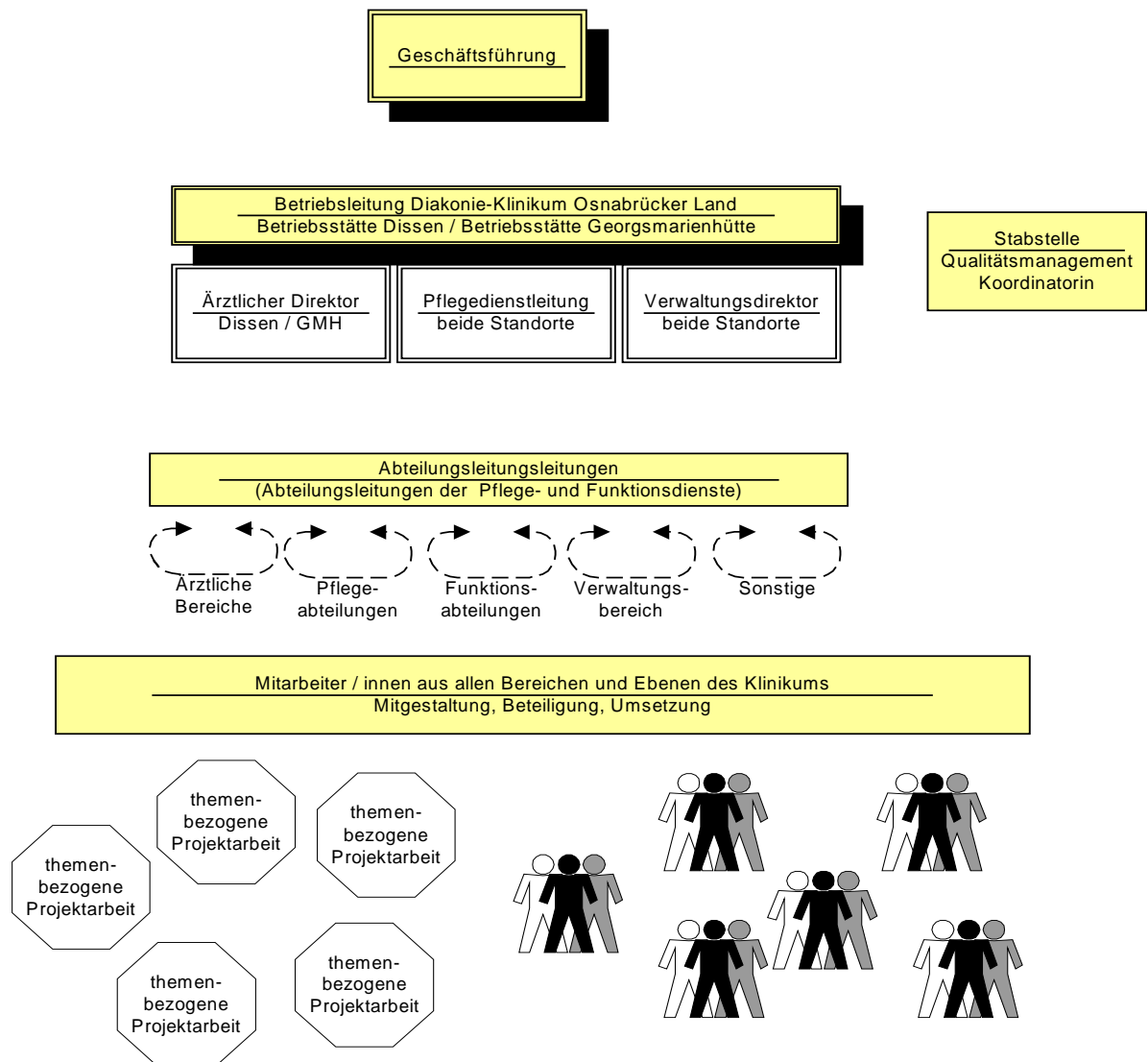
- ✓ die fach-, abteilungs- und hierarchieübergreifende Zusammenarbeit aller an der Patientenbetreuung beteiligten Bereiche.
- ✓ die kontinuierliche Weiterentwicklung von Leistungsangeboten und Abläufen zur Steigerung der Kundenzufriedenheit.

Um die bestmögliche Versorgung und Betreuung der Kunden sowie hohe medizinische Qualitätsstandards unter Berücksichtigung eines effizienten Ressourceneinsatzes zu gewährleisten wurden im September 2004 die beiden Klinikstandorte des Trägers organisatorisch zusammengeführt.

Zur Erreichung der Qualitätsziele und um die Zusammenführung reibungslos zu gestalten, wurde in der Vorbereitung der Neustrukturierung die ursprüngliche Aufbaustruktur des QM-Systems umgestellt.

Die ehemals vierteljährlich getrennt stattfindenden Lenkungsreise (bestehend aus Geschäftsleitung, Betriebsleitung, Chefärzte und QM-Koordinatorin) wurden ebenso wie die regelmäßigen Abteilungsleitungssitzungen (bestehend aus Verwaltungsdirektor, Pflegedienstleitung, Oberärzten, Abteilungsleitungen aller Bereiche und QM-Koordinatorin) zusammengeführt. Daraus entstanden standortübergreifende Gremien, durch die der QM-Prozess gesteuert wird.

### Aufbauorganisation des Qualitätsmanagements im Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land



Die Verantwortung für das gesamte Qualitätsmanagement beginnt auf der obersten Leitungsebene. Geschäftsführung und Betriebsleitung übernehmen dabei u.a. die Verantwortung zur kontinuierlichen Verbesserung eines QM-Systems, das den Kunden in den Mittelpunkt aller Bemühungen stellt sowie die Ziel- und Strategieplanungen.

Steuerung und Weiterentwicklung der operativen QM-Aktivitäten obliegt der **Betriebsleitung**. In regelmäßigen Sitzungen, an denen auch die **Chefärzte**, die QM-Koordinatorin sowie themenbezogen weitere Mitarbeiter teilnehmen, werden u.a. folgende Aufgaben wahrgenommen:

- operative Zielplanung
- Themendefinition und Formulierung entsprechender Arbeitsaufträge
- Maßnahmenplanung und systematische Ergebniskontrolle
- Sicherstellung der Einbindung und Information der Mitarbeiter/-innen  
=> Einbringen praxisrelevanter Themen
- Kommunikation und Umsetzungscontrolling  
=> Information und Motivation der Mitarbeiter sowie nachhaltige Durchsetzung von Veränderungsbeschlüssen aus Projekten, Optimierungs-Workshops und Kontinuierlichen Verbesserungsprozessen

Mit der Einrichtung einer **Stabstelle zur Koordination des Qualitätsmanagements** im Jahre 1998 wurden bereits die ersten Grundlagen für ein systematisches Qualitätsmanagement geschaffen, das bis heute kontinuierlich weiterentwickelt wurde. Seit 2000 gibt es eine übergreifende Stabstelle für das Qualitätsmanagement (zuständig für zwei Kliniken des Diakoniewerk Osnabrück gGmbH), die in Absprache mit der Geschäftsführung organisatorisch direkt bei der Betriebsleitung angebunden ist.

Die QM-Koordinatorin nimmt insbesondere folgende Aufgaben wahr:

- Mitwirkung bei der Planung und Prozessbegleitung bei der Umsetzung von Qualitätszielen
- Einbindung und Information der Mitarbeiter/innen
- Weiterentwicklung des QM-Systems
- Unterstützung und Beratung der Leitungskräfte zu folgenden Themen:
  - Qualitätsmanagement (Systementwicklung und -pflege)
  - Unterstützung bei der Entwicklung spezifischer Instrumente und Konzepte
  - Mitwirkung bei der Entwicklung und Einführung von Standards und Leitlinien
  - bedarfsorientierte Schulungen der Mitarbeiter/innen
  - Moderation u. / o. Leitung einzelner Projekte, Arbeitsgruppen sowie Moderation / Begleitung bei der Optimierung von (Teil-) prozessen
- QM-Handbuchentwicklung (zur internen Qualitätssicherung)
- Unterstützendes Controlling durchgeführter Verbesserungsmaßnahmen

In den vierteljährlichen **erweiterten Abteilungsleitungs runden** (Betriebsleitung, Oberärzte, Abteilungsleitungen aller Fachbereiche) sowie in den monatlichen **Abteilungsleitungssitzungen** der Pflege- und Funktionsabteilungen (unter Beteiligung von Betriebsleitungsmitgliedern) werden die geplanten, laufenden und umgesetzten QM-Aktivitäten besprochen, Projektgruppen zusammengesetzt, aktuelle Themen aufgenommen und ggf. weitere Maßnahmen konkretisiert.

Die Mitarbeiter aller Bereiche und Abteilungen bekommen die Informationen zum einem über die Protokolle und zum anderen in der direkten Regelkommunikation mit den jeweiligen Vorgesetzten.

***Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung werden als Bestandteile der täglichen Arbeit verstanden, wobei alle Bereiche der Klinik einbezogen werden.***

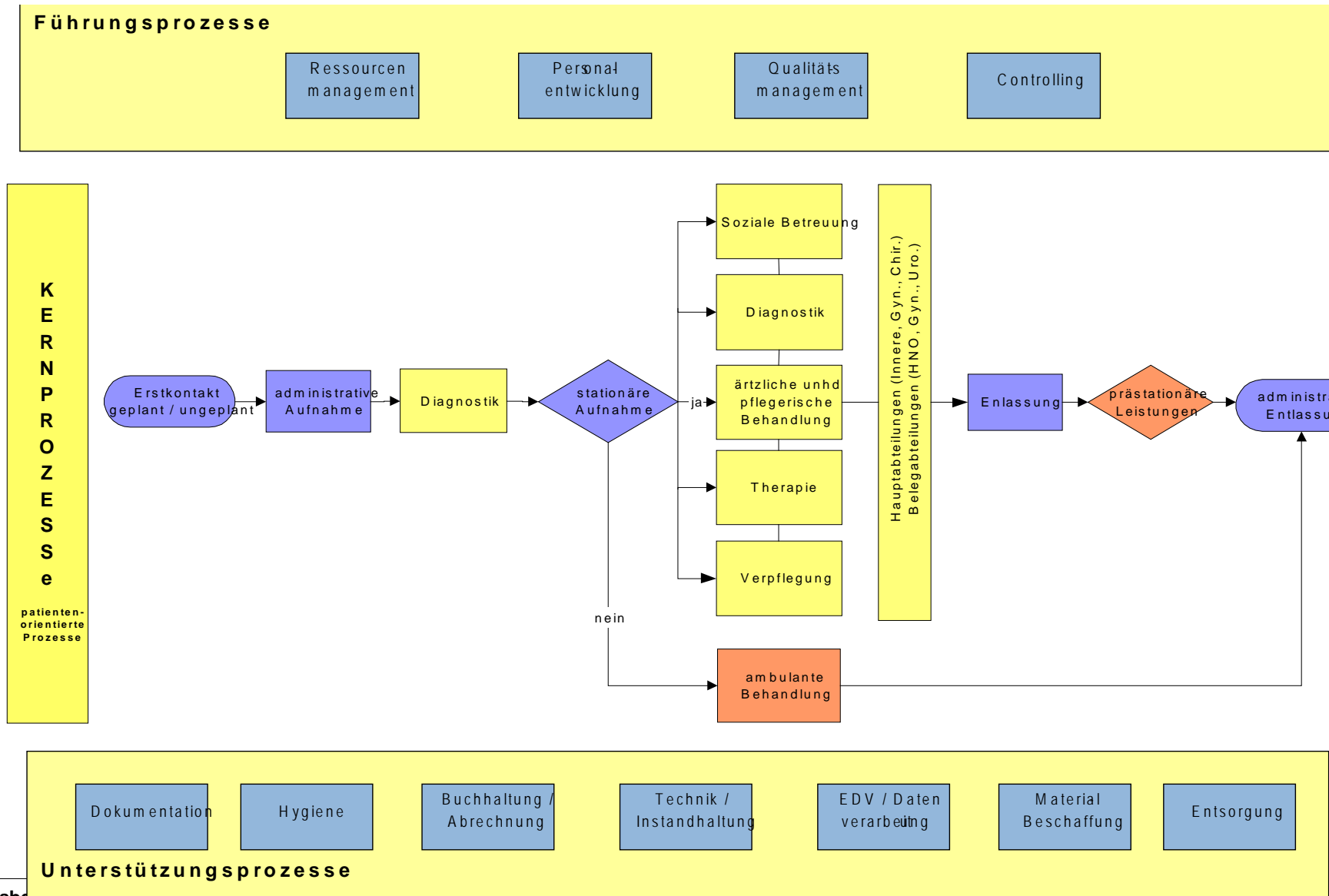
**Projektgruppen** und **Arbeitskreise** im Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land werden folglich je nach Erfordernis der Aufgabe interdisziplinär und hierarchieübergreifend zusammengesetzt.

Die Durchführung und Umsetzung vereinbarter Maßnahmen ist **Aufgabe aller Mitarbeiter** im Klinikum. Dazu gehört entsprechend der unterschiedlichen Aufgabenfelder:

- Beteiligung an QM-Entwicklungen
- inhaltliche Gestaltung von Abläufen / Prozessoptimierungen
- Kundenorientiertes Handeln im Team und in der täglichen Arbeit mit Patienten, Angehörigen und Gästen

**Ablauforganisation und Prozessübersicht**

Anhand der folgenden Prozessübersicht wird die prozessorientierte Klinikorganisation dargestellt.



Die Qualitätsbestrebungen im Klinikum gehen in vielfältige Richtungen, wobei folgende Grundsätze als Orientierung dienen:

- **Prozessorientierung statt Bereichsdenken**
- **Die richtigen Dinge tun, die Dinge richtig tun** (schon beim ersten Mal)

Verglichen mit einem Uhrwerk das nur reibungslos läuft, wenn alle Rädchen ineinander greifen, funktioniert ein patientenorientierter Klinikbetrieb nur dann, wenn alle Abläufe der unterschiedlichen Fachbereiche aufeinander abgestimmt sind. Eine Grundidee im Qualitätsmanagement ist es deshalb, die wesentliche Arbeitsabläufe (Schlüsselprozesse) transparent, effektiv und effizient zu gestalten.

Trotz des engagierten Einsatzes von den Mitarbeitern des Klinikums, können in den komplexen Abläufen im Klinikum 'Mängel' auftreten, die Anlass geben, die professionelle Arbeit weiterzuentwickeln. Durch die o.g. Aufbauorganisation wird gewährleistet, dass die Themen erkannt, benannt und bearbeitet werden und das Qualitätsniveau für den Kunden gehalten und weiterentwickelt werden kann.

## E-2 Qualitätsbewertung

**Das Diakonie-Klinikum hat sich an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt:**

### Ist-Analyse (Cross-Check-Analyse) nach pCC / KTQ

Bereits 2003 wurde nach umfangreicher Vorbereitung eine umfassende Selbstbewertung nach den Anforderungen des pCC / KTQ - Zertifizierungsverfahrens im damaligen Albertinenkrankenhaus durchgeführt.

Eigens für die Selbstbewertung geschulte Mitarbeiter aus allen Fachbereichen und Hierarchieebenen haben gemeinsam mit Geschäftsführung und Betriebsleitung sowie mit Unterstützung der Qualitätsmanagement-Koordinatorin die umfangreichen Themen des pCC / KTQ Fragenkataloges bearbeitet.

Basierend auf den unten aufgeführten Qualitätskategorien wurden zu allen untergeordneten Kriterien und Fragestellungen die Stärken und Entwicklungspotenziale des Klinikstandortes herausgearbeitet und nach einem festgelegten Punktesystem bewertet:

- Patientenorientierung in der Krankenhausversorgung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit im Krankenhaus
- Informationswesen
- Trägerverantwortung und Krankenhausführung
- Qualitätsmanagement
- Spiritualität
- Verantwortung gegenüber der Gesellschaft

Ziel war u.a. auf der Grundlage der systematisch ermittelten Selbstbewertungsergebnisse die Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität der Klinik im Sinne der o.g. Qualitätspolitik weiter zu entwickeln.

### Systematische Prozessbewertung im Reorganisationsprozess

Der aus der pCC / KTQ Cross-Check-Analyse entstandene Bericht und Maßnahmenkatalog diente auch im Reorganisationsprozess im Rahmen der Klinikumstrukturierung in 2004 als Grundlage für eine fortlaufende Bewertung der wichtigsten Prozesse.

Konkret bedeutete das, dass im Rahmen der Umstrukturierung und Zusammenführung der Kliniken wichtige Kernprozesse hinterfragt und bewertet wurden, wobei die entsprechenden Fragestellungen des pCC / KTQ-Kataloges sowie die Ergebnisse aus der Selbstbewertung eine wichtige Orientierungshilfe darstellten.

Die daraus gezogenen Ergebnisse boten zusammen mit den o.g. Qualitätszielen die Grundlage für Projekte und Prozessoptimierung im Berichtszeitraum 2004.

### Reorganisationsprozess von zwei Krankenhäusern (+ Sucht-Reha-Klinik) und damit verbundene Bewertungen



#### Anmerkung:

Die Planungen zur organisatorischen Zusammenführung des Albertinenkrankenhauses in Dissen und dem Diakonie-Krankenhaus in Georgsmarienhütte zogen im Frühjahr 2004 die 'Suche' nach einem neuen gemeinsamen Logo für das zukünftige Diakonie-Klinikum Osnabrücker-Land auf Ebene der Geschäftsführung und Betriebsleitung nach sich.

Neben den beiden Akutkrankenhäusern sollte sich auch die Suchtklinik "Haus Möhringsburg", dessen Umzug nach Georgsmarienhütte für 2005 geplant ist, in dem neuen Logo wiederfinden. So entstand das Bild von drei Figuren unter einem Dach, die auch gleichzeitig die generationsübergreifende Arbeit der Klinikbereiche symbolisieren.

Im Verlauf der Klinikumstrukturierung wurde das gesamte Klinikwegleitsystem der beiden Standorte neu beurteilt und entsprechend der neuen Versorgungsschwerpunkte aktualisiert und kundenfreundlicher gestaltet.

Da auch interne Formulare, EDV-Vorlagen und öffentliche Schriftstücke mit dem neuen Logo versehen werden mussten, wurde die Chance genutzt, neben dem Layout auch die Inhalte systematisch zu überprüfen und ggf. nutzerfreundlicher und kundenorientierter zu gestalten.

Im Zuge der aktuellen Entwicklung im Gesamtklinikum wurden die bestehenden Prozesse und Leistungsangebote unter Einbeziehung der Kundenrückmeldungen und Mitarbeitererfahrungen kritisch betrachtet und bewertet. Daraus ergaben sich sowohl Bestätigung für die Qualität der bestehenden Abläufe und Behandlungsleistungen wie auch Erkenntnisse über bestehende Entwicklungspotenziale, die zur Projekten und eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen führten.

### **Klinikleitbild und Führungsgrundsätze**

Neben den o.g. vielfältigen prozess-, struktur- und ergebnisbezogenen Bewertungen wurde 2004 die Chance genutzt, auch die bestehende Unternehmensphilosophie auf der Grundlage des Trägerleitbildes zu diskutieren.

In einem gemeinsamen Prozess einer interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe beider Betriebsteile entstand das diesem Bericht zugrundeliegenden Klinikleitbild sowie gemeinschaftlich verabschiedete Führungsgrundsätze.

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

Nach § 137 SGB V sind alle Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet bestimmte Krankheiten und Behandlungsverfahren umfangreich zu dokumentieren. Diese Datensätze werden an Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung übermittelt und dort zentral ausgewertet. Die Dokumentationsrate im Diakonie-Klinikum / Betriebsteil Georgsmarienhütte ist überdurchschnittlich hoch, sie liegt bei 100%.

Eine Übersicht der Dokumentationsrate ist im Basisteil unter C-1 aufgeführt.

## F Qualitätsmanagementprojekte - 2004

Projekte im Diakonie-Klinikum werden je nach Thema und Aufgabenstellung fach-, berufsgruppen-, hierarchie- und abteilungsübergreifend initiiert.

Aufgrund der Vielzahl der durchgeführten größeren und kleineren Projekte, werden im folgenden nur ausgewählte Beispiele erläutert.

### Projekte des Qualitätsmanagements, die im Berichtszeitraum durchgeführt wurden:

#### OP-Reorganisation

Im Zuge von Renovierungs- und Umbaumaßnahmen im OP-Bereich des Betriebsteiles Dissen, startete im April 2004 ein groß angelegtes Projekt im Reorganisationsprozess des Klinikums.

Da die Operationen der Patienten des Betriebsteil GMH ab September 04 in Dissen durchgeführt werden sollten wurden Mitarbeiter beider Standorte beteiligt.

Die Kick-Off Veranstaltung setzte sich interdisziplinär zusammen - bestehend aus Geschäftsführung, Betriebsleitung, Chefärzten, Belegärzten, Pflegemitarbeiter, Hygienebeauftragte, Funktionsabteilungen, EDV-Abteilung – anschließend wurde aufgabenbezogen in kleineren Gruppen zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten gearbeitet.

Begleitet wurde das gesamte Projekt durch eine externe Beratungsfirma.

#### Zielsetzung des Projekt:

- Erarbeitung verbindlicher, schriftlich fixierter Organisationsregeln zur Erhöhung der Planungs- und Ablaufsicherheit im OP (inkl. Minimierung der Wechselzeiten)
- Optimierung der Infoweiterleitung und der Kommunikation
- Weiterentwicklung der EDV-gestützten Dokumentation

Ergebnis: Das Sommer '04 verbindlich verabschiedete OP-Statut dokumentiert die gesamte, umfassende OP-Organisation, legt die Kommunikations- und Infowege transparent dar und verdeutlicht Abläufe und Verantwortlichkeiten (inkl. Vor- und Nachbereitungen von Operationen, Sterilisation und Materialwirtschaft).



## Patientendokumentation / Pflegedokumentation

Ein im November 2003 gestartetes Projekt zur Optimierung und Angleichung der Patientendokumentation in beiden Betriebsteilen des Diakonie-Klinikums Osnabrücker Land wurde bis Ende 2004 in Form etlicher Teilprojekten fortgesetzt.

Nach Bestandsaufnahme der bestehenden Dokumentation wurden Rückmeldungen aus den unterschiedlichen Fachabteilungen gesammelt und bei der Neuarbeitung berücksichtigt.

Als Ergebnis steht ein interdisziplinär angelegtes, einheitliches und den Anforderungen von Mitarbeitern und Gesetzesgeber entsprechendes Dokumentationssystem zur Verfügung. Da nahezu alle Vorlagen selbst

entwickelt und in die EDV eingegeben wurden, kann jederzeit auf Verbesserungspotenziale oder neue (gesetzliche) Anforderungen reagiert werden.

Parallel wurden unterstützende EDV-Dokumente und EDV-Transferwege eingerichtet, die einen zügigen und reibungslosen Ablauf erleichtern und somit für eine effiziente Nutzung zeitlicher Ressourcen sorgen.

Die Einführung der neuen Dokumentation wurde in mehreren Abschnitten vollzogen, so dass die Mitarbeiter die Gelegenheit hatten sich kontinuierlich einzuarbeiten und ein reibungsloser Übergang gewährleistet wurde.

## Zusammenführung der Röntgenabteilungen und des Labors von zwei Klinikbetrieben

Zur Sicherstellung einer am Bedarf orientierten und qualitativ hochwertigen Diagnostik an beiden Klinikstandorten arbeiten die Abteilungen beider Betriebsteile seit Sommer 2004 eng vernetzt zusammen. Die grundlegenden Diagnostikverfahren werden auch nach der Klinikzusammenführung an beiden Standorten (Dissen und GMH) durchgeführt, während der diagnostische

Schwerpunkt im Betriebsteil Dissen angesiedelt ist.

Die engagierten Mitarbeiter beider Betriebsteile bilden jeweils ein standortübergreifend einsetzbares Team. Zur Sicherstellung zügiger Diagnostikverfahren wurde ein regelmäßiger Pendeldienst eingerichtet sowie die EDV-Vernetzung auf modernsten technischen Stand gebracht.

## Sucht – Integration “Haus Möhringsburg“

Mit den Umzugsplanungen der Fachklinik ‘Haus Möhringsburg` von Badbergen nach Georgsmarienhütte begannen im Frühjahr 2004 auch die ersten Gruppengespräche mit Mitarbeitern aus allen Berufsgruppen zu den inhaltlichen Vorbereitungen.

Um das Vorhaben zu ermöglichen, mussten zunächst bauliche Maßnahmen geplant und umgesetzt werden. Es galt die große Herausforderung zu managen, eine Rehaklinik und ein Akutkrankenhaus in einem Gebäude inhaltlich sowie räumlich voneinander abzugrenzen,

dabei aber dennoch die Schnittstellen so zu gestalten, dass sowohl Patienten als auch Mitarbeiter von der Situation profitieren.

In diesem Sinne begannen die konzeptionellen Entwicklungen mit dem Ziel, für die Suchtpatienten die bestmöglichen Therapieangebote durch einen integrativen Behandlungsansatz zu schaffen.

Das Projekt wird Anfang 2005 umgesetzt.

## G Weitergehende Informationen







### Kontakt:



#### Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land

<b>Anschrift:</b>	Hospitalweg 1 49124 Georgsmarienhütte
<b>Telefon</b>	05401 / 338-0
<b>Internet</b>	<a href="http://www.diakonie-klinikum-osl.de">www.diakonie-klinikum-osl.de</a>
<b>E-Mail-Adresse:</b>	<a href="mailto:info@diakonie-klinikum-osl.de">info@diakonie-klinikum-osl.de</a>



Verantwortlich für die Inhalte des Qualitätsberichts ist die Betriebsleitung und für die Erstellung die Qualitätsmanagement-Koordinatorin des Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land.

### Ansprechpartner:



<b>Verwaltungsleitung:</b>	Herr Mark Reinarz  <a href="mailto:mark.reinartz@diakonie-klinikum-osl.de">mark.reinartz@diakonie-klinikum-osl.de</a>  05421 / 302-221
<b>Ärztlicher Direktor:</b>	Dr. Hans Werner Riedesel  <a href="mailto:innere@diakonie-klinikum-osl.de">innere@diakonie-klinikum-osl.de</a>  05401 / 338-254
<b>Pflegedienstleitung:</b>	Frau Svetlana Mielke  <a href="mailto:svetlana.mielke@diakonie-klinikum-osl.de">svetlana.mielke@diakonie-klinikum-osl.de</a>  05421 / 302-215



<b>Qualitätsmanagement-Koordinatorin</b>	Frau Ute Pieper-Kampmeyer  <a href="mailto:ute.pieper-kampmeyer@diakonie-klinikum-osl.de">ute.pieper-kampmeyer@diakonie-klinikum-osl.de</a>  05421 / 302-525
--	--

Ansprechpartner für den Basisteil (Strukturdaten) des Qualitätsberichts:

<b>Assistent des : Verwaltungsdirektors</b>	Herr Christian Machner  <a href="mailto:christian.machner@diakonie-klinikum-osl.de">christian.machner@diakonie-klinikum-osl.de</a>  05421 / 302-524
---	---

## Oberärzte – Innere Medizin

Herr Dr. Gerd Werner     gerd.werner@diakonie-klinikum-osl.de  
                                   05401 / 338–254

Frau Martha Niemoeller     martha.niemoeller@diakonie-klinikum-osl.de  
                                   05401 / 338–254

## Links / Verweise

- [www.diakonie-klinikum-osl.de](http://www.diakonie-klinikum-osl.de)
- [www.diakoniewerk-os.de](http://www.diakoniewerk-os.de)

### **Anmerkung:**

Die Internetseiten des Diakoniewerk Osnabrück gGmbH werden zur Zeit komplett neu gestaltet. Sofern nicht alle Informationen zur Verfügung stehen, wird um Verständnis gebeten. Ergänzungen und Aktualisierung werden fortlaufend veröffentlicht.

- [www.gesundheit-und-bildung.de](http://www.gesundheit-und-bildung.de)

Internetseite des Institutes für Gesundheit und Bildung, zu dessen Gründungsmitgliedern das Diakonie-Klinikum Osnabrücker Land zählt. Zweck und Aufgaben des Vereins sind ebenso im Internet nachzulesen wie die aktuellen Bildungsangebote.