



## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009 für Krankenhäuser

**Einrichtung:** Klinikum Magdeburg gGmbH  
**Institutionskennzeichen:** 261500597  
**Anschrift:** Birkenallee 34  
39130 Magdeburg

**Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:** 2010-0097 K

**durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:** QMS Cert  
Zertifizierungsgesellschaft mbH

**Gültig vom:** 15.12.2010  
**bis:** 14.12.2013

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort der KTQ® .....	3
Vorwort der Einrichtung .....	5
Die Kategorien .....	7
1 Patientenorientierung.....	8
2 Mitarbeiterorientierung.....	12
3 Sicherheit .....	14
4 Informations- und Kommunikationswesen .....	17
5 Führung.....	19
6 Qualitätsmanagement.....	23

## ***Vorwort der KTQ®***

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR), der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e.V. (HB) und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ® somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen, von Praktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit, das Informations- und Kommunikationswesen, die Führung und das Qualitätsmanagement der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener

Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der 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.

---

<sup>1</sup> zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, IKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Die Knappschaft

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die **Klinikum Magdeburg gGmbH** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die  
Verbände der Kranken- und  
Pflegkassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

## ***Vorwort der Einrichtung***

Sehr geehrte Leserin,

sehr geehrter Leser,

wir freuen uns, dass Sie sich für unser Klinikum mit seinen medizinischen Leistungen, seiner pflegerischen Versorgung und sein breites Spektrum an zusätzlichen Angeboten interessieren.

Uns ist bewusst, dass jeder Krankenhausaufenthalt, ob geplant oder plötzlich, eine besondere Situation für den Betroffenen und seine Angehörigen darstellt.

Um Ihnen, insbesondere bei einem geplanten Klinikaufenthalt, bereits im Vorfeld einen Eindruck zu ermöglichen, geben wir Ihnen mit unserem KTQ- Qualitätsbericht ein Instrument an die Hand, mit dem Sie sich von der Qualität unserer Einrichtung und unserer täglichen Arbeit überzeugen können.

Mit dem von der KTQ® vergebenen „Qualitätssiegel“ wurde uns von unabhängiger Seite bescheinigt, dass im Klinikum Magdeburg hochwertige, weit über den gesetzlich vorgeschriebenen Rahmen hinaus geforderte Leistungen erbracht werden.

Für Sie als Patient bedeutet das die Gewissheit, dass das gesamte Unternehmen und nicht nur einzelne Abteilungen oder Mitarbeiter optimale Behandlungsqualität bieten.



Die Zertifizierung nach KTQ® heißt für uns nicht Mittel zum Selbstzweck, nämlich zur Erlangung eines Gütesiegels, sondern sie bietet uns immer wieder die Gelegenheit, Organisationsstrukturen und hin und wieder lieb gewordene Routinen und Gewohnheiten im Arbeitsalltag kritisch zu hinterfragen und in einem anderen Licht zu betrachten und die Qualität unserer Arbeit stetig zu verbessern.

Sie gibt unserem Klinikum Transparenz und fördert Ihr Vertrauen in uns



Für alle Mitarbeiter der KLINIKUM MAGDEBURG gemeinnützigen GmbH

Dr. Andreas Brakmann

Geschäftsführer

# Die Kategorien



## ***Patientenorientierung***

### **Rahmenbedingungen der Patientenversorgung**

#### **Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung**

Um eine gute Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung zu gewährleisten, existiert im Klinikum Magdeburg ein schriftlich beschriebener Aufnahmeprozess.

Die Vorbereitung einer geplanten stationären Behandlung beinhaltet einen geregelten Anmeldungs-/Aufnahmemodus über Stationen, Chefarztsekretariate oder Fachambulanzen. Akutaufnahmen werden über die Notfallambulanz geregelt und erfolgen jederzeit.

Eine Verfahrensweisung regelt das interdisziplinäre Belegungsmanagement.

Im Krankenhaus ist durch das Wegeleitsystem eine schnelle Orientierung möglich. Die Erreichbarkeit des Krankenhauses ist mit privaten und öffentlichen Verkehrsmitteln gegeben.

#### **Leitlinien**

Der Diagnostik und der Therapie in unserem Klinikum werden die hauseigenen Behandlungsstandards bzw. die aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, wo möglich, mit Evidenzbezug zugrunde gelegt.

Mit der Einbindung der Behandlungsstandards in das Krankenhausinformationssystem ist die Transparenz gegeben.

Für die Pflege stehen die aktuellen nationalen Expertenstandards zur Verfügung.

Hausinterne Pflegestandards werden erarbeitet und orientieren sich am aktuellen Stand der Wissenschaft.

#### **Information und Beteiligung des Patienten**

In den Visiten werden Patienten, und wenn gewünscht auch ihre Angehörigen immer zu diagnostischen und pflegerischen Maßnahmen aufgeklärt und in die Behandlung einbezogen. Die Berücksichtigung von Patientenverfügungen orientiert sich an den aktuellen gesetzlichen Regelungen.

Die Bereitstellung von mehrsprachigen Informationsmaterialien ist Bestandteil unseres Informationssystems. Eine sichere Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten ist durch den Einsatz von Dolmetschern gewährleistet.

Öffentliche Patienten- und Angehörigenschulungen erfolgen regelmäßig in unserem Haus.

#### **Service, Essen und Trinken**

Die Betreuung unserer Patienten in den Wartebereichen und auf den Stationen orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen. Durch die Cafeteria, Getränkeautomaten sowie die Einrichtung einer Spielecke in der Kinderambulanz und einer weitläufigen Parkanlage haben Patienten und ihre Angehörigen die Möglichkeit sich zurückzuziehen. Auch können die Besucher unseren Mitarbeiterspeisesaal zu den Öffnungszeiten nutzen.

Patientenwünsche aus ernährungsphysiologischer Sicht werden berücksichtigt. Der Speisenplan enthält zwei Menüs, Kinderkost, vegetarische Kost, leichte Vollkost und Aufbaukost sowie Wunschessen. Die Wochenspeisepläne liegen auf den Stationen aus und sind auch über das Intranet abrufbar.

#### **Kooperationen**

Es bestehen Kooperationen innerhalb der Fachabteilungen und mit niedergelassenen Arztpraxen.

Es finden regelmäßig Besprechungen zwischen den Kooperationspartnern statt.

Eine regelmäßige Auswertung der Befragungsergebnisse von Patienten zum Thema Kooperationen erfolgt.



## Notfallaufnahme

### Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Notfallaufnahme ist interdisziplinär organisiert. Sie gewährleistet eine 24-stündige Aufnahmebereitschaft. Die Aufnahmeprozesse sind geregelt. Die Versorgung der Patienten erfolgt durch Ärzte und examinierte Krankenpflegekräfte. Die Übernahme von Patienten, die durch den Rettungsdienst gebracht werden, erfolgt durch Notarzt-Klinikarzt-Kontakt. Diagnostik und Therapie orientieren sich an medizinischen Leitlinien oder an hausinternen Behandlungsstandards.

## Ambulante Versorgung

### Ambulante Diagnostik und Behandlung

Eine ambulante Diagnostik und Behandlung mit strukturierten Behandlungsabläufen erfolgt in der Notfallambulanz, in der Fachambulanz (Ermächtigungen, Chefarztsprechstunde, Schmerzsprechstunde, prä- und poststationäre Versorgung, Spezialsprechstunde des onkologischen Zentrums), in der berufsgenossenschaftlichen Sprechstunde sowie in den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA).

Die Nutzung von Vorbefunden verläuft nach exakten Vorgaben, die Informationsweiterleitung an niedergelassene und weiterbehandelnde Ärzte erfolgt entsprechend einheitlicher Regelungen.

### Ambulante Operationen

Ambulante Operationen werden im Klinikum durchgeführt. Das Klinikum verfügt über ambulante Eingriffsräume.

Die postoperative Überwachung ist durch Fachpersonal gesichert.

Es erfolgt eine zeitnahe OP-Dokumentation. Die Weiterbetreuung wird durch die Mitgabe eines Briefes an den einweisenden Arzt sichergestellt.

## Stationäre Versorgung

### Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Vorerkrankungen, Akutzustand, Lebensumstände und Risiken des Patienten werden bei der Aufnahme sowohl durch den Arzt als auch durch eine examinierte Pflegekraft erfasst. Ärztlicher Status, Berücksichtigung krankengeschichtlicher Daten (Anamnese), interdisziplinäre und multiprofessionelle Absprachen sowie Patientenbehandlungsstandards und medizinische Leitlinien der Fachgesellschaften sind Basis der Behandlungsplanung.

Leistungsplanungen, Konsilanforderungen, Befunddokumentationen, Arztbriefschreibung, Archivierung der Krankenunterlagen erfolgen über das Krankenhausinformationssystem (KIS). Behandlungsabläufe sowie die Umsetzung der Zeitziele werden bei Visiten und Besprechungen überprüft und in der Patientenkurve abgebildet. Eine Informationsweiterleitung (z.B. Sozialdienst) ist im Bedarfsfall geregelt.

### Therapeutische Prozesse

Ärztliche und pflegerische Anamnese sowie Befunderhebung sind Grundlage der Therapieplanung. Hausinterne Behandlungsstandards werden systematisch genutzt. Medikamentöse Therapien, Schmerztherapien, Behandlungen für spezifische Krankheitsbilder oder besondere Patientengruppen sind fachabteilungsspezifisch sichergestellt. Behandlungsprozesse werden täglich bei den Visiten kontrolliert, mit dem Patienten besprochen und ggf. aktuellen Entwicklungen angepasst. Die Mobilisation der Patienten, die Erfassung von Komplikationen und der Umgang mit psychiatrischen Notfallsituationen sind geregelt. Eine systematische Aufklärung und Information von Patienten und Angehörigen erfolgt entsprechend krankenhausspezifischer Vorgaben.

### Operative Verfahren

Diagnosebezogene Indikationsstellung und Patientenvorbereitung bei geplanten Eingriffen erfolgen durch einen Facharzt. Aufklärungen von Patienten und Angehörigen zum Eingriff und zur Anästhesieform sind anhand von Aufklärungsbögen, Informations- und Merkblättern im persönlichen Arzt-Patienten-Gespräch sichergestellt. Die OP-Organisation ist in einem OP-Statut verbindlich geregelt. Für den operativen Eingriff, das Anästhesieverfahren, für die postoperative Schmerztherapie sowie für die postoperative Mobilisierung der Patienten kommen fachabteilungsspezifische, hausinterne Standards oder leitliniengesteuerte Behandlungsabläufe zur Anwendung.

### Visite

Es ist sichergestellt, dass mindestens eine Visite täglich am Patientenbett (Montag bis Freitag) durch den Stationsarzt gemeinsam mit dem Pflegepersonal, wenn nötig im Beisein weiterer fachspezialisierter Mitarbeiter, zu einer festgelegten Zeit durchgeführt wird. Es erfolgen regelmäßige Chefarztvisiten.

### Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Eine teilstationäre Behandlung erfolgt nach definierten Vorgaben in der Onkologie, der Psychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Vor- und nachstationäre Betreuungen von Patienten entsprechend hausinterner Standards oder medizinischer Leitlinien sind in die Behandlungsabläufe integriert und fachabteilungsspezifisch geregelt. Sie dienen der ambulanten diagnosebezogenen Indikationsstellung und Patientenvorbereitung sowie der ambulanten Nachsorge von stationären Patienten durch den betreuenden Arzt.

## Übergang in andere Bereiche

### Entlassung

Jeder Patient wird systematisch und frühzeitig auf die Entlassung vorbereitet und über den weiteren Behandlungsverlauf aufgeklärt. Ggf. wird der Sozialdienst in den Entlassungsprozess einbezogen. Während des Krankenhausaufenthalts wird der zu erwartende Unterstützungsbedarf nach der Entlassung ermittelt und mit dem Patienten, Angehörigen oder Betreuer abgestimmt. Gespräche zum Entlassungsprozess werden über den Chefarzt, Oberarzt oder ggf. über den Stationsarzt mit Patienten und auf Wunsch mit den Angehörigen geführt.

### Kontinuierliche Weiterbetreuung

Der Nachversorgungsbedarf wird bei der Aufnahme des Patienten erfasst und im Patientengesprächsprotokoll aufgenommen.

Sind die häusliche Pflege und Weiterbetreuung des Patienten nicht sichergestellt, wird im Vorfeld der Sozialdienst eingeschaltet, um alles Erforderliche zu veranlassen. Die Leistungen und Möglichkeiten des Sozialdienstes sind umfangreich dargelegt.

Bei Entlassungen mit Überleitung in andere Einrichtungen wird ein standardisierter Pflegeüberleitungsbogen verwendet.

Der einweisende Arzt wird über die bevorstehende Entlassung informiert. Am Entlassungstag wird dem Patienten ein Arztbrief mitgegeben.

## Sterben und Tod

### Umgang mit sterbenden Patienten

Unsere Mitarbeiter sind in der Betreuung von sterbenden Patienten geschult. Speziell ausgebildete Pflegekräfte und Ärzte stehen allen Patienten zur Verfügung. Ein Klinikseelsorger kann auf Wunsch hinzugezogen werden.

Angemessene Räumlichkeiten für sterbende Patienten werden vorgehalten.

Eine Kooperation des Klinikums besteht in den Bereichen Palliativmedizin und Hospiz mit den Pfeifferschen Stiftungen.

### Umgang mit Verstorbenen

Jeder Verstorbene wird unter Achtung seiner Würde und Persönlichkeit versorgt und ggf. wird mit den Angehörigen das weitere Vorgehen abgestimmt.

Im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin gibt es ein schriftliches Konzept „Wenn ein Kind stirbt“. Dies berücksichtigt die Besonderheiten beim Tod von Kindern sowohl für die Eltern und Geschwisterkinder als auch für die Mitarbeiter des Bereiches.

Im Bereich der Geburtshilfe existiert ein Konzept „Umgang mit Tot- und Fehlgeburten“  
Zusätzlich zu den Gesprächen zwischen Ärzten und Angehörigen bzw. Pflege und Angehörigen wird auf Wunsch ein Klinikseelsorger einbezogen.

Persönliche, kulturelle und religiöse Wünsche der Patienten und Angehörigen werden selbstverständlich berücksichtigt.

## Mitarbeiterorientierung

### Personalplanung

#### Planung des Personalbedarfs

Die Planung des Gesamt-Personalbedarfs der KLINIKUM MAGDEBURG gGmbH wird unter Berücksichtigung der gesetzlichen Regelungen und der betrieblichen Erfordernisse für das folgende Geschäftsjahr durchgeführt und durch die Geschäftsführung nach Zustimmung des Aufsichtsrates im Wirtschaftsplan für das Folgejahr festgelegt.

Kennzahlen wie Personalausfallquote, Überstundenquote und Fluktuationsrate werden monatlich bis jährlich für alle Berufsgruppen bzw. Geschäftsbereiche erhoben und stehen der Geschäftsführung und den Abteilungen zur Verfügung.

Ein Berichtssystem für die personalwirtschaftlichen Kennzahlen befindet sich im Aufbau, um den Informationsfluss und den Umgang mit den Kennzahlen zu optimieren. Ebenfalls werden Vergleichszahlen anderer Krankenhäuser herangezogen und genutzt.

### Personalentwicklung

#### Personalentwicklung/Qualifizierung

Es werden regelmäßig strukturierte Mitarbeitergespräche geführt, die die berufliche Entwicklung und Qualifizierung fördern. Im Pflege- und Erziehungsdienst liegen für alle Mitarbeiter Stellenbeschreibungen vor. Für die Mitarbeiter im Verwaltungsdienst sowie im Wirtschafts- und Versorgungsdienst sind Tätigkeitsbeschreibungen mit Beschreibung der Aufgaben, Fähigkeiten, Befugnisse und Qualifikation vorhanden.

#### Einarbeitung von Mitarbeitern

Die Einführung neuer Mitarbeiter für alle Berufsgruppen und Bereiche ist so gestaltet, dass diese selbstständig und eigenverantwortlich im neuen Arbeitsfeld tätig werden können.

Die Zeit der Einarbeitung wird durch Reflexionsgespräche begleitet.

Zur Einführung neuer Mitarbeiter im Pflege- und Erziehungsdienst existiert ein zusätzliches Einarbeitungskonzept der Pflegedienstleitung.

#### Ausbildung

Unsere Krankenpflegeschule verfügt über 74 Ausbildungsplätze. Der theoretische Teil der Ausbildung erfolgt ausschließlich an der Krankenpflegeschule in Kooperation mit einem anderen Krankenhaus. Die praktischen Ausbildungsteile werden in der KLINIKUM MAGDEBURG gGmbH sowie mit ambulanten Pflegeeinrichtungen der Stadt Magdeburg durchgeführt. Die Vorbereitung der Schüler auf die Patientenversorgung erfolgt auf der Grundlage eines lernfeld- und problemorientierten Curriculums, das die berufliche Handlungskompetenz in den Mittelpunkt aller pädagogischen Aktivitäten stellt.

Die Gewährleistung der praktischen Ausbildung wird durch zahlreiche Praxisanleiter, die entsprechend fortgebildet wurden, sichergestellt.

### Fort- und Weiterbildung

Die Fort- und Weiterbildung dient der strategieorientierten Personalentwicklung. Diese Veranstaltungen stehen allen relevanten Berufsgruppen offen. Im Pflege- und Erziehungsdienst wird der Bildungsbedarf durch die Pflegedienstleitung geplant und umgesetzt. Die Leitenden Ärzte haben umfangreiche Weiterbildungsbefugnisse. Die Grundlage der ärztlichen Weiterbildung bildet ein entsprechendes Curriculum nach Vorgaben der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt. Darüber hinaus finden regelmäßige interne Fortbildungen durch interne und externe Referenten zu medizinischen und anderen Themen statt. Unseren Mitarbeitern stehen eine Fachbibliothek, Fachzeitschriften und Internetzugänge zur Verfügung.

### Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

#### Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Es werden Gespräche mit den Mitarbeitern durchgeführt. Aspekte, die sich aus dem Leitbild und der Unternehmensvision ergeben, betten sich in die Mitarbeitergespräche ein.

#### Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die arbeitszeitrechtlichen Vorgaben finden in allen Bereichen uneingeschränkt Berücksichtigung.

Mitarbeiterwünschen bzgl. der Arbeitszeit wird - besonders bei Teilzeitkräften - unter Berücksichtigung der Arbeitsabläufe weitestgehend entsprochen.

Mitarbeiter mit Kindern reduzieren z. B. ihre Arbeitszeit befristet und haben nach Ablauf der Frist Anspruch auf ihre ursprünglich vereinbarte Arbeitszeit.

Zur Urlaubsplanung besteht eine Betriebsvereinbarung, die die Grundsätze der Urlaubsplanung festschreibt.

#### Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Unsere Mitarbeiter haben die Möglichkeit, Ideen, Anregungen, Kritik und Beschwerden in den verschiedensten Teambesprechungen zur Sprache zu bringen.

Darüber hinaus können die Mitarbeiter sich mit Ideen, Vorschlägen, Anregungen und Beschwerden auch direkt an ihren Vorgesetzten, den Betriebsrat oder die Geschäftsführung wenden. Die Ideen und Anregungen werden im Unternehmenskontext auf ihre Umsetzbarkeit und Notwendigkeit geprüft und ggf. umgesetzt.

Bei Beschwerden sorgen wir für eine zügige Klärung des Sachverhaltes.

## 3 Sicherheit

### Schutz- und Sicherheitssysteme

#### Arbeitsschutz

Die Fachkraft für Arbeitssicherheit (FA SI) und die Betriebsärztin sind vom Geschäftsführer mit der Wahrnehmung des Arbeitsschutzes im Klinikum betraut. Zusätzlich sind 26 Sicherheitsbeauftragte in den einzelnen Bereichen bestellt. Diese werden 1 x jährlich durch die FASI geschult.

Der Arbeitsschutzausschuss tagt 4 x jährlich, die Hygienekommission 2x jährlich. Im Rahmen von turnusmäßig ablaufenden Arbeitsplatzbegehungen wird der Sicherheits- und Gesundheitsschutz der Mitarbeiter geprüft und ggf. verbessert.

#### Brandschutz

Ein Brandschutzkonzept, das neben den baulichen / anlagentechnischen auch den organisatorischen und verhaltensbedingten Brandschutz beachtet, wird umgesetzt.

Alle brandschutzrelevanten Sachverhalte werden durch den Brandschutzbeauftragten koordiniert, der in regelmäßigem Abstand eine Begehung der einzelnen Bereiche durchführt.

Die Feueralarme werden direkt an die Berufsfeuerwehr übermittelt.

In den Stationsbereichen sind flächendeckend Rauchmelder installiert. Brandschutzschulungen finden verbindlich für alle Mitarbeiter des Klinikums 1x jährlich statt.

#### Umweltschutz

Eine Dienstanweisung zur Einsparung von Energie und ein Wassereinsparkonzept sind im Intranet hinterlegt. Im gesamten Krankenhaus werden Abfall- und Wertstoffe getrennt gesammelt. Im zentralen Einkauf werden umweltrelevante Aspekte bei der Beschaffung berücksichtigt.

Im Rahmen von Sanierungs- / Instandhaltungsmaßnahmen werden wassersparende Armaturen nachgerüstet.

#### Katastrophenschutz

Grundlage für den Katastrophenschutz ist der Katastrophenschutzplan des Landes Sachsen-Anhalt. Die Vorgaben des Landesverwaltungsamtes sowie der Katastrophenschutzbehörde sind Bestandteil des internen Einsatz- und Alarmplans.

Die Mitarbeiter werden im Rahmen der jährlichen Brandschutzbelehrungen zum Verhalten im Katastrophenfall unterwiesen.

Der Einsatz- und Alarmplan ist im Intranet hinterlegt.

#### Nichtmedizinische Notfallsituationen

Eine Handlungsanweisung zur Bewältigung nichtmedizinischer Notfallsituationen ist im Intranet hinterlegt. Diese bezieht sich auf:

- den Ausfall technischer Einrichtungen
- Informationstechnologie
- Strom, Wasser, Gas, Fernwärme
- Medizinische Gasversorgung
- Kommunikationskette zur adäquaten Risikokommunikation

Es erfolgt eine quartalsmäßige Auswertung der Störfälle.

## Patientensicherheit

### Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Es existieren Handlungsanweisungen bzgl. der Aufsichtspflicht für bestimmte Personengruppen, Regelungen zur Sturzprophylaxe, Vermeidung von Patienten- und Eingriffsverwechslungen und zu abgeleiteten Maßnahmen aus Zwischenfallmeldesystemen.

Zusätzlich existieren für bestimmte Bereiche (Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Wochenstation, Psychiatrie) gesonderte Besuchsordnungen und Schutzmaßnahmen.

Für diese Bereiche gibt es sowohl bauliche als auch technische Maßnahmen (z.B. Chip- / Sicherungskartensystem auf der Wochenstation, Betreten / Verlassen von Bereichen nur unter Einbeziehung des Pflegepersonals).

Im Rahmen der Aufnahme erfolgt bei hochbetagten Patienten eine Erhebung, welche mehrere Fragen zu Risiken enthält und in einem Aufnahmeprotokoll dokumentiert werden.

### Medizinisches Notfallmanagement

Das Vorgehen im Rahmen von medizinischen Vorfällen ist durch eine Dienstanweisung geregelt. Eine Notfallausrüstung incl. Bestückungschecklisten ist auf allen Stationen / Bereichen verfügbar. Für die Wartung und Bestückung sind in den Bereichen Verantwortliche benannt. Für Notfälle steht ein Reanimationsteam zu Verfügung.

Die erfolgten Einsätze im Rahmen des medizinischen Notfallmanagements werden dokumentiert.

Alle Ärzte der Intensivstation werden im Rahmen ihrer Ausbildung zu Notärzten weitergebildet.

### Hygienemanagement

Die Verantwortlichkeiten für die Krankenhaushygiene sind in der Geschäftsordnung der Hygienekommission festgelegt.

Die Krankenhaushygiene obliegt der hygienebeauftragten Ärztin des Klinikums. Unterstützt wird Sie durch Hygienefachkräfte. In jeder Klinik gibt es hygienebeauftragte Schwestern und Ärzte, welche zweimal jährlich durch einen externen Hygienearzt geschult werden.

Aktuelle Hygiene- und Desinfektionspläne sind schriftlich festgehalten, Desinfektionspläne hängen öffentlich in den Bereichen aus. Die Einhaltung der Hygienerichtlinien wird durch Kontrollbegehungen der einzelnen Bereiche sichergestellt.

Die Speiseversorgung orientiert sich an dem HACCP – Konzept (Hazard Analysis and Critical Control Points-Konzept). Hierbei werden alle relevanten Daten vom Wareneingang bis zum Warenausgang dokumentiert.

### Hygienerrelevante Daten

Durch den behandelnden Arzt erfolgt entsprechend der Gesetzgebung die Meldung der meldepflichtigen Infektionserkrankungen an das Gesundheitsamt.

Für bestimmte Infektionserkrankungen existieren spezielle Hygienepläne, die im Intranet einsehbar sind. Alle Patientenbefunde werden zur Erkennung von Infektionshäufungen täglich durch eine Hygienefachkraft gesichtet.

Die Erhebung von Keimresistenzstatistiken ist vertraglich mit einem externen Labor geregelt. Eine Analyse dieser Daten erfolgt durch eine Hygienefachkraft sowie in der Hygiene- und der Arzneimittelkommission. Die Keimresistenzstatistiken werden kontinuierlich in Hinblick auf gelistete Antibiotika geprüft und ggf. die Antibiotika-Leitlinie des Hauses entsprechend modifiziert.



### Infektionsmanagement

Der Umgang mit Patienten mit speziellen Infektionserregern ist in Hygieneplänen beschrieben. Diese werden regelmäßig unter Berücksichtigung neuer Erkenntnisse aktualisiert. Informationen zum Umgang bei Nadelstichverletzungen sowie zu vielen Infektionskrankheiten finden sich im Intranet.

Die Einhaltung der Regelungen bezüglich der Händedesinfektion wird am Tag „der Händehygiene“ sowie bei Begehungen und Visiten beobachtet und bewertet. Zusätzlich werden Abklatschproben der Hände durchgeführt und ausgewertet.

Zur Infektionsvermeidung über die Wasserversorgung findet eine Durchführungsanweisung zur Trinkwasserversorgung Anwendung.

### Arzneimittel

Unser Klinikum betreibt eine eigene Apotheke. Wir gewährleisten eine notwendige Arzneimittelversorgung rund um die Uhr. Eine zeitnahe, strukturierte und vollständige Arzneimittelanamnese ist zu jeder Zeit gewährleistet.

Qualitativ hochwertige Informationen zu Arzneimitteln, Arzneimittelinteraktionen, zu unerwünschten Nebenwirkungen etc. stehen über das Intranet zur Verfügung.

Eine Arzneimittelkommission legt das in der Klinik gebräuchliche Sortiment an Arzneimitteln fest. Diese Liste steht jedem Mitarbeiter über das Intranet zu Verfügung.

Stationsbegehungen zur Überprüfung der Bestände und zum Umgang mit Arzneimitteln werden von der Apotheke 2x jährlich durchgeführt. Zusätzlich erfolgt eine laufende Kontrolle der Verfallsdaten durch das Pflegepersonal.

### Blutkomponenten und Plasmaderivate

Das Qualitätsmanagementsystem der Klinikum MAGDEBURG gGmbH berücksichtigt den Umgang mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten. Innerhalb der Klinik ist der Umgang in mehreren Dienst-, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen geregelt. Aktuelle Richt- und Leitlinien sind im Intranet hinterlegt und werden ständig ergänzt. Hierbei werden Veröffentlichungen des Paul- Ehrlich- Instituts, als oberste Bundesbehörde, berücksichtigt. Blutkomponenten und Plasmaderivate werden sowohl patienten- als auch chargenbezogen dokumentiert.

Für die Mitarbeiter besteht regelmäßig die Möglichkeit an Schulungen zu dieser Thematik teilzunehmen.

Für unsere Patienten besteht die Möglichkeit der Eigenblutspende im Vorfeld einer geplanten Operation.

### Medizinprodukte

Es existiert in unserem Klinikum eine Dienstanweisung zum richtigen Umgang mit Medizinprodukten (MP). Diese regelt den Einsatz von MP und den richtigen Umgang mit diesen.

Die Einweisung an MP erfolgt durch die Mitarbeiter der Abteilung Medizintechnik. Messtechnische und sicherheitstechnische Kontrollen werden regelmäßig durchgeführt und schriftlich in der Abteilung Medizintechnik dokumentiert.

## **Informations- und Kommunikationswesen**

### **Informations- und Kommunikationstechnologie**

#### **Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie**

Mit der vorhandenen IT-Strategie und –Konzeptplanung sind getroffene und zukünftige Vorgaben und Regelungen schriftlich festgelegt. Die flächendeckende Durchdringung der Informationstechnologie (IT) garantiert bis auf wenige Ausnahmen, dass alle Computerarbeitsplätze sowie ein erheblicher Anteil von Medizingeräten intern vernetzt sind. Einzelne Diagnostikergebnisse werden mittels definierter Schnittstellen an das Krankenhausinformationssystem (KIS) zur elektronischen Patientenakte übernommen. Der 24-Std.- Service garantiert die Erreichbarkeit der IT-Abteilung (z.B. Hotlinetelefon, E-Mail, Bereitschaftsdiensttelefon) zu allen Zeiten.

### **Patientendaten**

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

Durch die hohe IT-Durchdringung wird im KIS die primäre Patientendokumentation durchgeführt. Die Korrektheit und Eindeutigkeit der Dokumentation ist durch hausinterne Regelungen sichergestellt.

#### **Verfügbarkeit von Patientendaten**

Über das KIS ist gewährleistet, dass rund um die Uhr der Zugriff (entsprechend den Zugriffsrechten) auf alle elektronischen Patientendaten erfolgen kann. Archivierte Papierpatientenakten sind am nächsten Arbeitstag zugänglich. Zur Sicherstellung der Verfügbarkeit werden kontinuierliche Überwachungen und Optimierungen der IT-Infrastruktur durchgeführt. Durch unabhängige Stromversorgungen wird bei einem Stromausfall vorgesorgt.

### **Informationsmanagement**

#### **Information der Krankenhausleitung**

Die Krankenhausleitung erhält zeitnah externe und interne Informationen. Hausinterne Informationen werden auf direktem Weg oder über wöchentliche Berichtstermine an den Krankenhausleitung weitgegeben (z.B. Chefarztdienstberatungen, Stationsleitungsberatung).

#### **Informationsweitergabe (intern/extern)**

Die interne Informations- und Kommunikationsstruktur ist durch unterschiedliche Regelungen und Verordnungen schriftlich festgelegt. Die Weiterleitung wichtiger Informationen erfolgt nach festgelegten Vorgaben, dabei kommen das Intranet, E-Mail oder der direkte Briefkontakt zum Einsatz. Parallel werden individuelle, projektbezogene, interdisziplinäre, berufs- und hierarchieübergreifende Besprechungen durchgeführt. Die Informations- und Kommunikationsstruktur zu Patienten und Angehörigen, niedergelassenen Ärzten und Partnern ist geregelt. Über ein Marketingstrategiekonzept wird in enger Abstimmung zwischen der Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und dem Geschäftsführer die Öffentlichkeitsarbeit geplant. Dabei soll insbesondere die Bevölkerung über das Leistungsangebot des Klinikums informiert werden.

## Telefonzentrale und Empfang

### Organisation und Service

Die zentralen Auskunftsstellen „Information und Telefonzentrale“ sind rund um die Uhr erreichbar. Durch den Zugriff auf unterschiedliche Anwendungen (z.B. KIS, Intranet...) haben diese Mitarbeiter Zugangsmöglichkeiten zu verwaltungstechnischen Daten. Hierdurch werden die Mitarbeiter über alle Veränderungen auf dem Laufenden gehalten und können dadurch auf entsprechende Anfragen reagieren. Durch die langjährige Berufszugehörigkeit dieser Mitarbeiter im Klinikum verfügen sie auch über die notwendigen Erfahrungen.

## Datenschutz

### Regelungen zum Datenschutz

Zum Schutz der persönlichen Daten unserer Patienten und Mitarbeiter sind verbindliche Regelungen bezüglich des Datenschutzes in unserem Klinikum eingeführt. Handlungsanweisungen, Verpflichtungserklärungen und Merkblätter sind erstellt, dazu kommen jährlich Schulungen für die Mitarbeiter durch den Datenschutzbeauftragten.

## **Führung**

### **Unternehmensphilosophie und -kultur**

#### **Vision, Philosophie und Leitbild**

Das Klinikum hat als Handlungsorientierung für alle Mitarbeiter ein zentrales Leitbild und eine Vision erstellt. Dieses Leitbild und die Unternehmensvision sind schriftlich niedergelegt und für alle Mitarbeiter und Partner im Inter- und Intranet einsehbar. Damit sollen nach innen und außen eine Transparenz und eine Verbindlichkeit im Handeln erreicht werden.

#### **Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen**

In unserem Klinikum werden verschiedene vertrauensbildende und -fördernde Maßnahmen durchgeführt. Diese beinhalten sowohl adäquate Angebote zur psychischen Unterstützung und Gesundheitsförderung unserer Mitarbeiter als auch Unternehmungen und Veranstaltungen, die die Identifikation mit unserem Haus fördern. Dies sind beispielsweise: Aktuelle Entwicklungen, Themen und Ergebnisse werden für alle Mitarbeiter im Intranet auf der Startseite veröffentlicht und regelmäßig werden Mitarbeiterbriefe vom Geschäftsführer an die Mitarbeiter verschickt.

Es werden jährliche Mitarbeitergespräche durchgeführt. Wir veranstalten jährlich ein Sommerfest für unsere Mitarbeiter und ihre Familien und ein Weihnachtsbrunch wird angeboten.

In Zusammenarbeit mit der IKK Gesund plus wird derzeit in unserem Klinikum das Projekt „Klinikum aktiv“ durchgeführt. Inhalt ist die betriebliche Gesundheitsförderung für alle Mitarbeiter.

Wir engagieren uns für die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Gesundheit unserer Mitarbeiter. Diesbezüglich wurden unsere Leistungen bereits im Januar 2009 mit einer Urkunde vom Bündnis für Familie im Wettbewerb „work-life-balance“ gewürdigt.

#### **Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse**

Der Anspruch auf die Erfüllung ethischer und weltanschaulicher Aufgaben sowie kultureller und religiöser Bedürfnisse ist im Leitbild verankert.

Für die systematische Klärung ethischer Fragestellungen gibt es interdisziplinäre Absprachen zwischen den Leitern und Therapeuten des Klinikums mit der Zielstellung, Fragen zur Palliativmedizin, zu Studien im Haus, zur Organspende etc. zu diskutieren und umzusetzen. Im Klinikum gibt es einen wöchentlich tagenden onkologischen Arbeitskreis. Die enge Zusammenarbeit mit Seelsorgern und Selbsthilfegruppen sind für uns selbstverständlich. Wir bieten in unserem Haus verschiedene Beratungsangebote wie z.B. Seelsorge, Krisenintervention, Psychotherapie an.

Es gibt seit 2009 einen Palliativkonsildienst und wir haben vertraglich vereinbarte Kooperationen mit der Magdeburger Krebsliga, der ILCO (Stomaträger), einer Palliativstation und einem Hospiz (Pfeiffersche Stiftung).

## Strategie und Zielplanung

### Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Planung zukünftiger Geschäftsfelder richtet sich nach den aktuellen und zukünftigen regionalen Versorgungsbedürfnissen für die Patienten. Unser Klinikum strebt folgende Hauptziele an:

- Das Klinikum soll als hochwertiger und möglichst breit aufgestellter Maximalversorger für Magdeburg und die Region agieren.
- Das Klinikum soll sich als wirtschaftliches, gut strukturiertes und effizientes Unternehmen etablieren und weiterentwickeln.

Es wird jährlich eine Zielplanung erstellt, die den Wirtschaftsplan für das kommende Jahr sowie eine Fortschreibung dieses Planes für die folgenden vier Jahre beinhaltet. Die strategischen Ziele unseres Hauses kommunizieren wir auf adäquate Weise und achten auf eine abgestimmte Planung mit der nächstfolgenden Hierarchieebene.

### Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Für das Klinikum ist die Vernetzung mit Partnern innerhalb und außerhalb der Region ein zentrales Anliegen. Es bestehen verschiedene Kooperationen. Das Klinikum übernimmt mit dem Aufbau und der Pflege von Partnerschaften gesellschaftliche Verantwortung. Dies sind z.B. das Projekt „Ver-Rückte Zeiten“, welches auf die Kinder psychisch kranker Eltern ausgerichtet ist, und eine Partnerschaft mit dem Fußballverein FC Magdeburg.

Regelmäßig öffnen wir unser Krankenhaus für kulturelle und soziale Veranstaltungen, wie z.B. die Lange Nacht der Wissenschaften, den Tag der offenen Tür, den Tag des Kinderkrankenhauses oder die jährliche Weihnachtsmusik.

## Organisationsentwicklung

### Festlegung einer Organisationsstruktur

Im Klinikum ist die Organisationsstruktur eindeutig und in Form eines Organigramms unter Benennung der aktuellen Funktionsträger etabliert. Die Koordination der Gremienarbeit ist durch übergeordnete Gremien mit enger Anbindung an die Geschäftsführung berufsgruppenspezifisch sichergestellt.

Es gibt eine straffe, effiziente Organisationsstruktur mit kurzen Wegen und mit einer gestaffelten und gut organisierten Hierarchie. Dies betrifft insbesondere den engen Austausch zwischen patientennahen und patientenfernen Bereichen.

Ziel ist ein ausgewogener Mix aus guter medizinischer Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit.

Für die erforderlichen Bereiche gibt es entsprechende Stabstellen (z.B. Justitiar, Qualitätsmanagement, Öffentlichkeitsarbeit, OP-Manager, Bettenmanagement).

Wesentliche Ansprechpartner für Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und externe Partner sind schriftlich festgehalten und für Interessierte im Internet und Intranet mit Kontaktdaten abgebildet.

### Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Im Klinikum wird eine effiziente und effektive Arbeitsweise der Führungsgremien durch ein System regelmäßiger Besprechungen sichergestellt. Ebenfalls geregelt ist die zeitnahe und zielgruppengerechte Information über Ergebnisse aus Gremiensitzungen und Projekt- bzw. Arbeitsgruppensitzungen. Arbeitsweisen und Tätigkeiten sind in zahlreichen Arbeits- und Verfahrensanweisungen beschrieben. Prozessbeschreibungen werden im Intranet veröffentlicht und/oder liegen in Papier in den jeweiligen Bereichen/Abteilungen vor.

### Innovation und Wissensmanagement

Innovationen und Geschäftsfelderweiterungen werden umgesetzt.

Als akademisches Lehrkrankenhaus werden Bibliothek und Online-Zugänge genutzt, um wissenschaftliche Ergebnisse zu nutzen und zu verbreiten. In der Bibliothek liegen wissenschaftliche Arbeiten (z.B. Dissertationen) aus und unser Klinikum verfügt durch das Deutsche Wissenschaftsnetz und medizinische Datenbanken über eine exzellente Vernetzung mit anderen Bibliotheken. Ergänzend dazu werden neue wissenschaftliche Erkenntnisse in verschiedenen Gremien oder bei internen und externen Fortbildungen sowie Kongressen vermittelt.

## Marketing

### Externe Kommunikation

Es existiert ein Konzept für die systematische Öffentlichkeitsarbeit, dessen Grundlage die strategischen Zielsetzungen des Klinikums sind. Alle Verantwortlichkeiten für die verschiedenen Medien der Öffentlichkeitsarbeit sind ebenso wie die Entwicklung von Jahresplänen schriftlich geregelt.

Der geregelte Umgang mit der Presse, Pressesprechern und Pressemappen wird durch die Abteilung Öffentlichkeitsarbeit organisiert und umgesetzt. Im Marketing sind die Maßnahmenpläne zielgruppenspezifisch strukturiert.

Zur Information der Öffentlichkeit hat unser Klinikum mehrere Maßnahmen eingeführt. Dies sind z.B. ein regelmäßiger Newsletter, das Inter- und Intranet, die hausinterne Patienten- und Mitarbeiterzeitschrift Medicus, regelmäßige Pressemitteilungen, Patientenforen, thematische Aktionstage, Vorträge und Klinikstammtische. In allen Patientenzimmern ist das Patientenfernsehen verfügbar, in dem auch über die speziellen Leistungs- und Leistungsangebote des Klinikums berichtet wird.

Das Klinikum pflegt einen regen Kontakt zu einweisenden Ärzten und Praxen sowie Ärzteorganisationen. Dies erfolgt z.B. durch regelmäßige Einweiserveranstaltungen, regelmäßiger persönlicher Kontakt mit Einweisern durch unsere Chefärzte, bestehende Kooperationsverträge und durch die Zusammenarbeit mit der Ärztekammer.

## Risikomanagement

### Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Mit dem Ziel, die Risiken des Klinikums frühzeitig zu erkennen, zu analysieren, zu bewerten und zu verhindern, ist ein Risikomanagement etabliert. Dabei unterscheiden wir das klinische und das wirtschaftliche Risikomanagement.

Das klinische Risikomanagement wurde erweitert und soll Risiken in der Patientenversorgung reduzieren sowie die Behandlungsqualität und Patientensicherheit kontinuierlich verbessern. Dies beinhaltet z.B. ein Melde- und Erfassungssystem für Fehler, die Fehlerursachenanalyse und Fallbesprechungen. Im wirtschaftlichen Bereich existiert ein Risikohandbuch, in welchem das finanzielle Risikomanagement definiert ist.



## Qualitätsmanagement

### Qualitätsmanagementsystem

#### Organisation

Für das Qualitätsmanagement (QM) ist die Geschäftsführung (GF) gesamtverantwortlich. Durch die Qualitätspolitik sind Verantwortlichkeiten und notwendige Ressourcen festgelegt. Die Position des Qualitätsmanagers ist als Stabstelle der GF in die Organisationsstrukturen des Klinikums eingebunden. In vielen Bereichen sind zusätzlich Qualitätsmanagementbeauftragte (QMBs) benannt.

Um alle Aufgaben des Qualitätsmanagements ordnungsgemäß zu erfüllen, nutzen wir vielfältige QM-Methoden und Instrumente sowie anerkannte QM- und Zertifizierungssysteme wie KTQ<sup>®</sup>, DIN EN ISO 9001<sup>®</sup>, OnkoZert<sup>®</sup>, DGHO, DGG.

#### Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

In vielen Bereichen werden Kernprozesse beschrieben und bewertet. Diese überprüfen wir regelmäßig im Rahmen der jährlichen Audits und der jährlichen Revision der Prozesse und Prozessbeschreibungen.

Wesentliche Prozesse unseres Klinikums wurden 2010 in einem berufsgruppen- und abteilungsübergreifenden Prozess-Workshop identifiziert. Es erfolgte eine Definition von patientenorientierten Prozessen, Führungsprozessen und Serviceprozessen.

### Befragungen

#### Patientenbefragung

Alle Patienten werden mindestens alle 3 Jahre zu ihrer Zufriedenheit in Bezug auf ärztliche Behandlung, pflegerische Versorgung, Service und Freundlichkeit, Organisation und Information mit einem Fragebogen befragt.

Darüber hinaus laufen kontinuierliche Zufriedenheitsbefragungen der Patienten des Brust- und Darmzentrums sowie jährlich eine Befragung der Wöchnerinnen.

Die Patienten können ebenso jederzeit den Patientenbriefkasten „Sagen Sie uns Ihre Meinung“ nutzen.

Über die Ergebnisse der Befragungen werden die Geschäftsführung und die Mitarbeiter informiert. Die Bearbeitung und Diskussion der Ergebnisse erfolgt im Rahmen der bestehenden Gremien.

#### Befragungen externer Einrichtungen

Die Meinung unserer Einweiser hinsichtlich unserer Stärken und Schwächen in der Zusammenarbeit ist uns sehr wichtig. Daher wird mindestens alle drei Jahre in der KLINIKUM MAGDEBURG gemeinnützige GmbH eine Einweiserbefragung per Fragebogen durchgeführt. Die Ergebnisauswertung erfolgt bezogen auf das Gesamtklinikum und auf die bewerteten Abteilungen. Anschließend werden die Ergebnisse der Geschäftsführung und den Chefarzten vorgelegt und zur Maßnahmendiskussion genutzt.

Den Mitarbeitern werden im Intranet die Ergebnisse und ggf. Maßnahmen angezeigt.

Ausgewählte Ergebnisse sind auch auf der Homepage in entsprechender Form aufbereitet.

### Mitarbeiterbefragung

Mindestens alle 3 Jahre soll in der KLINIKUM MAGDEBURG gemeinnützige GmbH eine umfassende Mitarbeiterbefragung durchgeführt werden. Ziel ist es zu erfassen, wie die Mitarbeiter z.B. ihre Arbeitssituation /-umfeld, direkte Vorgesetzte, Zusammenarbeit, Entscheidungsfreiräume und Arbeitsklima, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten und Arbeitsbelastung einschätzen.

Bei Bedarf wird zwischenzeitlich zu einzelnen Themen oder einzelnen Bereichen oder Berufsgruppen befragt. Oberstes Prinzip bei der Durchführung der Befragungen sind Freiwilligkeit und Gewährleistung der Anonymität.

### Beschwerdemanagement

#### Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Der Umgang mit Beschwerden, Wünschen und Anregungen ist durch ein schriftliches Konzept festgelegt. Die Bearbeitung von Beschwerden, Wünschen und Anregungen ist Aufgabe eines jeden damit konfrontierten Mitarbeiters. Die Erfassung und Auswertung ist Aufgabe des zentralen QM.

Die Patienten, Angehörigen und Besucher haben die Möglichkeit, sich persönlich, telefonisch oder schriftlich, auch mittels eines „Sagen Sie uns Ihre Meinung“-Formulars, zu äußern.

### Qualitätsrelevante Daten

#### Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Qualitätsrelevante Daten sind darauf ausgerichtet, Qualitätsanforderungen und ihren Erfüllungsgrad zu messen.

Regelungen zu den Verantwortlichkeiten bei der Erhebung dieser Daten sind auf allen Ebenen festgelegt. Die Chefarzte und Abteilungsleiter tragen die Verantwortung für die Nutzung von internen qualitätsrelevanten Daten.

Wir nehmen z.B. jährlich an Ringversuchen teil, erheben und nutzen systematisch qualitätsrelevante Hygienesdaten, pflegerische Qualitätsindikatoren wie Druckgeschwüre und Stürze und patientenbezogene Qualitätsindikatoren.

#### Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Wir nehmen an bundesweiten Verfahren zur Qualitätssicherung teil. Von uns werden standardisierte Qualitätsdaten erhoben und extern und unabhängig ausgewertet. Die Daten lassen nach Auswertung und Vergleich mit anderen Krankenhäusern Rückschlüsse auf unsere Behandlungsqualität zu. Klinikintern erfolgt eine Ergebnisauswertung durch unsere Ärzte. Die Ergebnisse werden in unserem gesetzlichen Qualitätsbericht veröffentlicht.