



## KTQ - QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009.2 für Krankenhäuser

**Einrichtung:** Klinikum Magdeburg gGmbH

**Institutionskennzeichen:** 261500597

**Anschrift:** Birkenallee 34  
39130 Magdeburg

**Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:** 2016-0065 KH  
**durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:** Wieso Cert GmbH

**Gültig vom:** 15.12.2016

**bis:** 14.12.2019

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort der Einrichtung.....	5
Die Kategorien.....	6
1 Patientenorientierung.....	7
2 Mitarbeiterorientierung.....	10
3 Sicherheit.....	12
4 Informations- und Kommunikationswesen.....	15
5 Führung.....	16
6 Qualitätsmanagement.....	18

## 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 und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). 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 Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung 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.

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der

---

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

Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2.

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen 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 das Klinikum Magdeburg 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 Pflegekassen auf Bundesebene

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

## *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 bereits zum dritten Mal 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. Sie ermöglicht uns außerdem die Betrachtung aus anderen Sichtweisen und somit die Qualität unserer Arbeit stetig zu verbessern. Die Zertifizierung gibt unserem Klinikum Transparenz und fördert Ihr Vertrauen in uns.

## Die Kategorien

## 1 Patientenorientierung

### 1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

#### 1.1.1 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 Notaufnahme geregelt und erfolgen jederzeit. Im Krankenhaus ist durch das Wegeleitsystem eine schnelle Orientierung möglich. Die Erreichbarkeit des Krankenhauses ist mit privaten und öffentlichen Verkehrsmitteln gegeben.

#### 1.1.2 Leitlinien

Der Diagnostik und der Therapie in unserem Klinikum werden die hauseigenen Behandlungspfade bzw. die aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften, wo möglich, mit Evidenzbezug zugrunde gelegt. Für die Pflege stehen verschiedene nationale Expertenstandards zur Verfügung. Hausinterne Standards werden fortlaufend bearbeitet und orientieren sich am aktuellen Stand der Wissenschaft.

#### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

In den Visiten werden Patienten, wenn gewünscht mit ihren Angehörigen, für diagnostische und pflegerische Maßnahmen aufgeklärt und in die Behandlung einbezogen. Die Berücksichtigung von Patientenverfügungen orientiert sich an den gesetzlichen Regelungen. Die Bereitstellung von mehrsprachigen Informationsmaterialien ist Bestandteil unseres Informationssystems. Eine sichere Kommunikation mit den Patienten ist durch den Einsatz von Dolmetschern gewährleistet. Öffentliche Patienten- und Angehörigenschulungen erfolgen regelmäßig in unserem Klinikum.

#### 1.1.4 Service, Essen und Trinken

Die Betreuung unserer Patienten in den Wartebereichen und auf den Stationen orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen unserer Patienten. Durch die Cafeteria, Getränkeautomaten sowie die Einrichtung von Spielecken und einer weitläufigen Parkanlage mit "Garten der Sinne" sowie eines Raumes der Stille, haben Patienten und ihre Angehörigen die Möglichkeit, sich zurückzuziehen. Auch können die Besucher unsere Mitarbeiterkantine zu den Öffnungszeiten nutzen. Ernährungsphysiologisch sinnvolle Patientenwünsche werden berücksichtigt. Der Speiseplan ermöglicht verschiedenste Kombinationsmöglichkeiten sowie Wunschessen. Die Wochenspeisepläne liegen auf den Stationen aus und sind auch über das Intranet abrufbar. Täglich wird durch die Menüassistenten persönlich die Essenbestellung entgegengenommen.

#### 1.1.5 Kooperationen

Es bestehen Kooperationen innerhalb der Fachabteilungen und mit niedergelassenen Arztpraxen, Krankenhäusern und externen Dienstleistern. Es finden regelmäßig Besprechungen zwischen den Kooperationspartnern statt. Die regelmäßige Auswertung der Befragungsergebnisse von Patienten zum Thema Kooperationen findet statt.

### 1.2 Notfallaufnahme

#### 1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Notaufnahme 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-Arzt-Kontakt. Diagnostik und Therapie orientieren sich an medizinischen Leitlinien oder an hausinternen Behandlungsstandards.

### 1.3 Ambulante Versorgung

#### 1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Eine ambulante Diagnostik und Behandlung mit strukturierten Behandlungsabläufen erfolgt in der Notaufnahme, in der Fachambulanz (Ermächtigungen, Chefarztsprechstunde, Schmerzsprechstunde, prä- und poststationäre Versorgung, Spezialsprechstunden), in der berufsgenossenschaftlichen Sprechstunde sowie in den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA). Die Nutzung von Vorbefunden

verläuft nach entsprechenden Vorgaben, die Informationsweiterleitung an niedergelassene und weiterbehandelnde Ärzte erfolgt entsprechend einheitlicher Regelungen.

### 1.3.2 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.

## 1.4 Stationäre Versorgung

### 1.4.1 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 durch das Anlegen eines Patientengesprächsprotokolls erfasst. Ärztlicher Status, Berücksichtigung krankengeschichtlicher Daten (Anamnese), interdisziplinäre und multiprofessionelle Absprachen sowie Patientenbehandlungspfade 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. an den Sozialdienst) ist für den Bedarfsfall geregelt.

### 1.4.2 Therapeutische Prozesse

Ärztliche und pflegerische Anamnese sowie Befunderhebung sind Grundlage der Therapieplanung. Hausinterne Behandlungspfade und Standards 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.

### 1.4.3 Operative Verfahren

Diagnosebezogene Indikationsstellung und Patientenvorbereitung bei geplanten Eingriffen erfolgen durch einen Facharzt. Aufklärungen von Patienten und Angehörigen zum Eingriff und zur Anästhesieform werden anhand von Aufklärungsbögen, Informations- und Merkblättern im persönlichen Arzt-Patienten-Gespräch durchgeführt. Die OP-Organisation ist im 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.

### 1.4.4 Visite

Es ist sichergestellt, dass eine Visite mindestens wochentäglich am Patientenbett durch den Stationsarzt und weiteren fachspezialisierten Mitarbeitern in einem festgelegten Zeitkorridor durchgeführt wird. Es erfolgen regelmäßig Chefarztvisiten.

### 1.4.5 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.

## 1.5 Übergang in andere Bereiche

### 1.5.1 Entlassung

Jeder Patient wird 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, den Angehörigen oder dem Betreuer abgestimmt. Gespräche zum Entlassungspro-



zess werden über den Chefarzt, Oberarzt oder über den Stationsarzt mit Patienten und auf Wunsch mit den Angehörigen geführt.

#### 1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Der Nachversorgungsbedarf wird bei der Aufnahme des Patienten erfasst und im Patientengesprächsprotokoll aufgenommen. Ist die häusliche Pflege und Weiterbetreuung des Patienten nicht sichergestellt, wird im Vorfeld der Sozialdienst eingeschaltet, um alles Erforderliche zu veranlassen. Die Leistungen des Sozialdienstes sind dargelegt. Bei Entlassungen mit Überleitung in andere Einrichtungen werden ein standardisierter Pflegeüberleitungsbogen und ein Feedbackbogen versendet. Am Entlassungstag wird dem Patienten ein Arztbrief mitgegeben.

### 1.6 Sterben und Tod

#### 1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Unsere Mitarbeiter sind in der Betreuung von sterbenden Patienten geschult. Speziell ausgebildete Pflegekräfte und Ärzte stehen allen Patienten zur Verfügung. Die Einbeziehung der Klinikseelsorger kann auf Wunsch erfolgen. Angemessene Räumlichkeiten für sterbende Patienten werden vorgehalten. Eine Kooperation des Klinikums besteht in den Bereichen Palliativmedizin und Hospiz mit den Pfeifferschen Stiftungen.

#### 1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Jeder Verstorbene wird unter Achtung seiner Würde und Persönlichkeit versorgt, und das weitere Vorgehen wird mit den Angehörigen 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". Neben den Gesprächen zwischen Ärzten und Angehörigen bzw. Pflege und Angehörigen wird auch hier auf Wunsch ein Klinikseelsorger einbezogen. Persönliche, kulturelle und religiöse Wünsche der Patienten und Angehörigen werden selbstverständlich berücksichtigt. Angehörige können sich auf Wunsch vom Verstorbenen verabschieden.

## 2 Mitarbeiterorientierung

### 2.1. Personalplanung

#### 2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Planung des Gesamt-Personalbedarfs des KLINIKUM MAGDEBURG wird unter Berücksichtigung der gesetzlichen Regelungen, sowie hinsichtlich der Anzahl und Qualifikation und unter Berücksichtigung strategischer Planungen für das folgende Geschäftsjahr durchgeführt und durch die Geschäftsführung nach Zustimmung des Aufsichtsrates im Wirtschaftsplan für das Folgejahr festgelegt. Ein Berichtssystem für die personalwirtschaftlichen Kennzahlen wurde aufgebaut, um den Informationsfluss und den Umgang mit den Kennzahlen zu optimieren. Ebenfalls werden Vergleichszahlen anderer Krankenhäuser herangezogen und genutzt.

### 2.2. Personalentwicklung

#### 2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Es werden 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, Befugnissen und Qualifikationen vorhanden. Ein Personalentwicklungskonzept wurde erarbeitet.

#### 2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Zur Einführung neuer Mitarbeiter existiert ein Einarbeitungskonzept verbunden mit Einführungstagen, die die selbstständige und eigenverantwortliche Tätigkeit im neuen Arbeitsfeld begründen. Die Zeit der Einarbeitung wird in allen Geschäftsbereichen durch Reflexionsgespräche begleitet.

#### 2.2.3 Ausbildung

Unsere Krankenpflegeschule verfügt über 72 Ausbildungsplätze. Der theoretische Teil der Ausbildung erfolgt ausschließlich im Bildungszentrum für Gesundheitsberufe, einer Tochtergesellschaft, die das Klinikum in Kooperation betreibt. Die praktischen Ausbildungsteile werden in der KLINIKUM MAGDEBURG gGmbH durchgeführt. Die Vorbereitung der Schüler auf die Patientenversorgung erfolgt auf der Grundlage eines lernfeld- und problemorientierten Theoriecurriculums, das die berufliche

Handlungskompetenz in den Mittelpunkt aller pädagogischen Aktivitäten stellt. Die Gewährleistung der praktischen Ausbildung wird durch Praxisanleiter, die entsprechend fortgebildet wurden, sichergestellt.

#### 2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Fort- und Weiterbildung dient der strategieorientierten Personalentwicklung.

Die Veranstaltungen stehen allen relevanten Berufsgruppen offen. Im Pflege- und Erziehungsdienst wird der Bildungsbedarf durch die Pflegedienstleitung geplant und umgesetzt. Alle Leitenden Ärzte haben Weiterbildungsbefugnisse und bilden einen Weiterbildungsverbund. Die Grundlage der ärztlichen Fort- und Weiterbildung bildet das Weiterbildungscurriculum der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt. Darüber hinaus finden interne Fortbildungen durch interne und externe Referenten zu medizinischen, pflegerischen und anderer Themen statt. Unseren Mitarbeitern stehen eine Fachbibliothek, Fachzeitschriften und Internetzugänge zur Verfügung.

### 2.3. Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

#### 2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Formulierte Führungsgrundsätze für unser Klinikum, die sich aus dem Leitbild und der Unternehmensvision ergeben, betten sich in das Konzept der Mitarbeitergespräche ein. Durch die Einbeziehung der Mitarbeiter aller Hierarchiestufen und Berufsgruppen in die laufenden Projekte werden Integration und Kooperation gefördert. Wir beteiligen uns am Audit "Berufundfamilie".

### 2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

In unserem Klinikum existieren für alle Mitarbeiter abteilungs- und berufsbezogene feste Arbeitszeitre-  
gelungen, die sich nach den gesetzlichen Vorgaben richten.

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 Urlaubs-  
planung festschreibt.

### 2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Unsere Mitarbeiter haben die Möglichkeit, Ideen, Anregungen, Kritik und Beschwerden in den ver-  
schiedensten Teamberatungen zur Sprache zu bringen. Darüber hinaus können die Mitarbeiter sich  
mit Ideen, Vorschlägen, Anregungen und Beschwerden auch direkt an ihren Vorgesetzten, den Be-  
triebsrat oder die Geschäftsführung wenden. Im Leitfaden zum Mitarbeitergespräch ist auch der Be-  
reich zum innerbetrieblichen Vorschlagswesen enthalten. Die Ideen und Anregungen werden im Un-  
ternehmenskontext auf ihre Umsetzbarkeit und Notwendigkeit geprüft und ggf. umgesetzt.

## 3 Sicherheit

### 3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

#### 3.1.1 Arbeitsschutz

Die Fachkraft für Arbeitssicherheit (FASI) und die Betriebsärztin sind vom Geschäftsführer mit der Wahrnehmung des Arbeitsschutzes im Klinikum betraut. Zusätzlich sind Sicherheitsbeauftragte in allen Bereichen bestellt. Diese werden 1 x jährlich durch die FASI geschult. Der Arbeitsschutzausschuss tagt mindestens 4 x jährlich, die Hygienekommission mindestens 2x jährlich. Im Rahmen von turnusmäßig ablaufenden Arbeitsplatzbegehungen wird der Sicherheits- und Gesundheitsschutz der Mitarbeiter geprüft und ggf. verbessert.

#### 3.1.2 Brandschutz

Ein Brandschutzkonzept, das neben den baulichen / anlagentechnischen auch den organisatorischen und verhaltensbedingten Brandschutz beachtet, ist umgesetzt. Alle brandschutzrelevanten Sachverhalte werden durch den Brandschutzbeauftragten koordiniert, der auch im monatlichen Abstand eine Brandschutzbegehung der einzelnen Bereiche durchführt. Die Feueralarme werden direkt an die Berufsfeuerwehr übermittelt. Im Klinikum sind flächendeckend Rauchmelder installiert. Brandschutzschulungen finden verbindlich für alle Mitarbeiter des Klinikums 1x jährlich statt, Brandschutzübungen im Zweijahresrhythmus.

#### 3.1.3 Umweltschutz

Umweltziele sind in den Leitsätzen, abgeleitet aus der Unternehmensvision, enthalten. Die daraus abgeleiteten Ressourceneinsparungskonzepte sind schriftlich niedergelegt. 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 und Gebäudedämmung nachgerüstet.

#### 3.1.4 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 Brandschutzbelehrenungen zum Verhalten im Katastrophenfall unterwiesen. Der Einsatz- und Alarmplan ist im Intranet hinterlegt.

#### 3.1.5 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.

## 3.2 Patientensicherheit

### 3.2.1 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 Besucherordnungen 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 Ist-Erhebung, welche mehrere Fragen zu Risiken enthält und in einem Aufnahmeprotokoll dokumentiert werden. Allen somatischen Patienten wird das Tragen eines Patientenidentifikationsarmbandes empfohlen.

### 3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Das Vorgehen im Rahmen von medizinischen Vorfällen ist durch eine Dienstanweisung geregelt. Eine standardisierte Notfallausrüstung incl. Bestückungschecklisten ist für alle Stationen / Bereiche 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 und Pflegenden nehmen verpflichtend regelmäßig an Notfallschulungen teil.

### 3.2.3 Hygienemanagement

Die Verantwortlichkeiten für die Krankenhaushygiene sind in der Geschäftsordnung der Hygienekommission festgelegt. Die Krankenhaushygiene obliegt dem Krankenhaushygieniker des Klinikums. Unterstützt wird er durch Hygienefachkräfte. In jeder Klinik gibt es hygienebeauftragte Pflegenden und Ärzte, welche zweimal jährlich geschult werden. Aktuelle Hygiene- und Desinfektionspläne sind schriftlich festgehalten, Desinfektionspläne hängen öffentlich in den Bereichen aus. Die Einhaltung der Hygierichtlinien wird durch Kontrollbegehungen der einzelnen Bereiche sichergestellt. Im Bereich der Küche wird das HACCP - Konzept (Hazard Analysis and Critical Control Points-Konzept) umgesetzt. Hierbei werden alle relevanten Daten vom Wareneingang bis zum Warenausgang dokumentiert.

### 3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Durch den behandelnden Arzt erfolgt, entsprechend der Gesetzgebung, die Meldung der meldepflichtigen Infektionserkrankungen an das Gesundheitsamt. Für definierte Infektionserkrankungen existieren spezielle Hygienepläne, die im Intranet einsehbar sind. Alle Patientenbefunde werden zur Erkennung von Infektionshäufungen täglich durch die Hygienefachkraft gesichtet. Die Erhebung von Keimresistenzstatistiken ist vertraglich mit einem externen Labor geregelt. Eine Analyse dieser Daten erfolgt durch die 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.

### 3.2.5 Infektionsmanagement

Der Umgang mit Patienten mit speziellen Infektionserregern ist in Hygieneplänen umfassend beschrieben. Diese werden regelmäßig unter Berücksichtigung neuer Erkenntnisse aktualisiert. Informationen zum Umgang bei Nadelstichverletzungen sowie zu allen Infektionskrankheiten finden sich im Intranet. Zahlreiche Händedesinfektionsmittelspender hängen öffentlich in den Bereichen aus. Die Einhaltung der Regelungen durch die Mitarbeiter bezüglich der Händedesinfektion wird jährlich 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.

### 3.2.6 Arzneimittel

Unser Klinikum betreibt eine eigene Apotheke. Wir gewährleisten die notwendige Arzneimittelversorgung rund um die Uhr. 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 Verfalldaten durch das Pflegepersonal.

### 3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Das Qualitätsmanagementsystem des 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- Institutes als oberste Bundesbehörde berücksichtigt. Blutkomponenten und Plasmaderivate werden sowohl patienten- als auch chargenbezogen dokumentiert. Die Mitarbeiter können an Schulungen zu dieser Thematik teilzunehmen. Für unsere Patienten besteht die Möglichkeit der Eigenblutspende im Vorfeld einer geplanten Operation.

### 3.2.8 Medizinprodukte

Es existiert in unserem Klinikum eine Dienstweisung zum richtigen Umgang mit Medizinprodukten (MP). Diese regelt den Einsatz von Medizinprodukten und den richtigen Umgang mit diesen. Die Einweisung an MP erfolgt durch die Mitarbeiter der Abteilung Medizintechnik. Messtechnische und sicherheitstechnische Kontrollen werden durchgeführt und schriftlich in der Abteilung Medizintechnik dokumentiert.

## 4 Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

#### 4.1.1 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 definierten Schnittstellen an das Hauptsystem (KIS) übernommen. Der 24Std- Service garantiert die Erreichbarkeit der IT-Abteilung (z.B. Hotline-Telefon, Email, Bereitschaftsdiensttelefon) zu allen Zeiten.

### 4.2 Patientendaten

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

Die Korrektheit und Eindeutigkeit der Dokumentation ist durch hausinterne Regelungen geregelt. In allen elektronischen Dokumentationssystemen wird durch ein Zugriffsmanagement die Nutzererkennung protokolliert.

#### 4.2.2 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 zeitnah zugänglich. Zur Sicherstellung der Verfügbarkeit werden kontinuierliche Überwachungen und Optimierungen der IT-Infrastruktur durchgeführt. Durch eine unabhängige Stromversorgung und ein gesteuertes Notstrommanagement ist bei einem Stromausfall vorgesorgt.

### 4.3 Informationsmanagement

#### 4.3.1 Information der Krankenhausleitung

Die Krankenhausleitung erhält zeitnah die notwendigen externen und internen Informationen. Diese werden auf direktem Weg oder über regelmäßige Berichtstermine an die Krankenhausleitung weitergegeben.

#### 4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Die interne Informations- und Kommunikationsstruktur ist durch unterschiedliche Regelungen und Verordnungen schriftlich festgelegt. Die Weiterleitungen wichtiger Informationen erfolgen nach festgelegten Vorgaben, dabei kommen das Intranet, E-Mail oder der direkte Briefkontakt zum Einsatz. Parallel werden individuelle und projektbezogene, interdisziplinäre und 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 Öffentlichkeitsarbeit und dem Geschäftsführer die Öffentlichkeitsarbeit geplant.

### 4.4 Telefonzentrale und Empfang

#### 4.4.1 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 usw.) haben diese Mitarbeiter Zugangsmöglichkeiten zu verwaltungstechnischen Daten. Hierdurch werden die Mitarbeiter über alle Veränderungen auf dem Laufenden gehalten und können dadurch qualitativ auf entsprechende Anfragen reagieren. Durch die langjährige Berufszugehörigkeit dieser Mitarbeiter im Klinikum verfügen sie auch über die notwendigen Erfahrungen.

### 4.5 Datenschutz

#### 4.5.1 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 Schulungen für die Mitarbeiter durch den Datenschutzbeauftragten.

## 5 Führung

### 5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

#### 5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Das Klinikum hat eine Unternehmensvision mit Leitsätzen erstellt. Dieses Leitbild und die Unternehmensvision sind schriftlich niedergelegt und für alle Mitarbeiter und Partner im Inter-, Intranet und durch Aushang sichtbar. Damit werden nach innen und außen eine Transparenz und eine Verbindlichkeit im Handeln erreicht.

#### 5.1.2 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. Es werden Mitarbeitergespräche in den Bereichen unseres Klinikums durchgeführt. Wir veranstalten jährlich ein Mitarbeiterfest und einen Familiennachmittag. Wir engagieren uns für die Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

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

Der Anspruch auf die Erfüllung ethischer und weltanschaulicher Aufgaben sowie kultureller und religiöser Bedürfnisse ist in unseren Leitsätzen verankert. Für die systematische Klärung ethischer Fragestellungen gibt es interdisziplinäre Absprachen zwischen den Leitern und Therapeuten des Klinikums mit der Zielstellung, Fragen zur Palliativmedizin, zum Hirntod, 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 ist für uns selbstverständlich. Wir bieten in unserem Haus verschiedene Beratungsangebote wie z.B. Seelsorge, Krisenintervention und Psychotherapie an. Wir halten einen Palliativkonsildienst vor und haben vertraglich vereinbarte Kooperationen mit der Magdeburger Krebsliga, der ILCO (Stomaträger) und einer Palliativstation und einem Hospiz.

### 5.2 Strategie und Zielplanung

#### 5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Unser Klinikum als modernes Schwerpunktkrankenhaus definiert sich über seine Unternehmensvision mit den Zielen:

- das Klinikum ist ein hochwertiger und möglichst breit aufgestellter Schwerpunktversorger für Magdeburg und die Region
- das Klinikum hat sich als wirtschaftliches, gut strukturiertes und effizientes Unternehmen etabliert und entwickelt sich kontinuierlich weiter

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

#### 5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Für das Klinikum ist die Vernetzung mit Partnern innerhalb und außerhalb der Region ein wichtiges Anliegen. Es bestehen verschiedenste Kooperationen. Regelmäßig öffnen wir unser Krankenhaus für kulturelle und soziale Veranstaltungen, wie z.B. die Lange Nacht der Wissenschaften, der Tag der offenen Tür, der Tag des Kinderkrankenhauses oder die jährliche Weihnachtsmusik. Um dem Ziel, gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen, gerecht zu werden, beteiligen wir uns am Projekt Care for Future sowie am Netzwerk "Gute Pflege" und unterstützen Spendenaktionen, z.B. für den Aufbau des Kinderhospizes Pfeiffersche Stiftungen.

### 5.3 Organisationsentwicklung

#### 5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Im Klinikum ist die Organisationsstruktur eindeutig und in Form von Organigrammen 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 organisierten Hierarchie. Dies betrifft insbesondere den engen Austausch zwischen patientennahen und



patientenfernen Bereichen. Ziel ist ein ausgewogener Mix aus guter medizinischer Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit. Wesentliche Ansprechpartner für Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und externe Partner sind schriftlich festgehalten und für Interessierte im Internet und Intranet mit Kontaktdaten abgebildet.

#### 5.3.2 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 zielgruppengezielte 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.

#### 5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Die Einführung von Innovationen und Geschäftsfelderweiterungen werden systematisch 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 mit dem Deutschen Wissenschaftsnetz und medizinischen Datenbanken über eine exzellente Vernetzung mit anderen Bibliotheken. Ergänzend dazu werden neue wissenschaftliche Erkenntnisse in verschiedenen Gremien oder bei internen und externen Fortbildungen vermittelt.

### 5.4 Marketing

#### 5.4.1 Externe Kommunikation

Es existiert ein Konzept für die systematische Öffentlichkeitsarbeit, dessen Grundlage die strategischen Zielsetzungen des Klinikums sind. Die 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. das Inter- und Intranet, die hausinterne Patienten- und Mitarbeiterzeitschrift KMD aktuell, regelmäßige Pressemitteilungen, Patientenforen, thematische Aktionstage, Vorträge und Klinikstammtische. In allen Patientenzimmern ist das Patientenfernsehen verfügbar, in dem auch über die speziellen Leistungs- und Veranstaltungsangebote 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.

### 5.5 Risikomanagement

#### 5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Mit dem Ziel, die Risiken des Klinikums frühzeitig zu erkennen, zu analysieren, zu bewerten und zu minimieren, entwickeln wir unser Risikomanagement weiter. Dabei unterscheiden wir das klinische und das wirtschaftliche Risikomanagement. Das klinische Risikomanagement wurde weiter ausgebaut und kann somit die Risiken in der Patientenversorgung weiter minimieren sowie die Behandlungsqualität und Patientensicherheit kontinuierlich verbessern. Dies beinhaltet z.B. Melde- und Erfassungssystem für Beinahefehler, Fehlerursachenanalyse, Fallbesprechungen. Meldungen werden im Klinikum in den medizinischen Risikobereichen systematisch analysiert und in konkrete Maßnahmen, wie z.B. die Einführung des Patientenidentifikationsbandes umgesetzt. Wir sind Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit. Im wirtschaftlichen Bereich existiert ein Risikohandbuch, in welchem das finanzielle Risikomanagement definiert ist.

## 6 Qualitätsmanagement

### 6.1 Qualitätsmanagementsystem

#### 6.1.1 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 beispielsweise KTQ, OnkoZert, DGHO, DGG.

#### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

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

### 6.2. Befragungen

#### 6.2.1 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-, Prostata- und Darmzentrums sowie bei den Eltern der Frühgeborenen- Intensivstation. Jährlich erfolgt eine Befragung der Wöchnerinnen. Die Patienten können ebenso jederzeit den Patientenbriefkasten "Sagen Sie uns Ihre Meinung" nutzen und telefonisch und per Mail Kontakt zu uns aufnehmen. Über die Ergebnisse der Befragungen werden die Geschäftsführung und die Mitarbeiter informiert. Die Bearbeitung und Diskussion der Ergebnisse erfolgt im Rahmen der bestehenden Gremien.

#### 6.2.2 Befragung 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.

#### 6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Mindestens alle 3 Jahre wird in der KLINIKUM MAGDEBURG gemeinnützige GmbH eine umfassende Mitarbeiterbefragung durchgeführt. 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.

### 6.3. Beschwerdemanagement

#### 6.3.1 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.

### 6.4. Qualitätsrelevante Daten

#### 6.4.1 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 angebotenen Ringversuchen teil, erheben und nutzen systematisch qualitätsrelevante Hygienesdaten, pflegerische Qualitätsindikatoren wie bspw. Stürze und patientenbezogene Qualitätsindikatoren.

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

Wir nehmen am 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 sind selbstverständlich in unserem gesetzlichen Qualitätsbericht veröffentlicht.