



## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Klinikum Penzberg
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260914846
<b>Anschrift:</b>	Am Schloßbichl 7 82377 Penzberg
<b>Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:</b>	2015-0086 KH
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	WIESO CERT GmbH, Köln
<b>Gültig vom:</b>	12.10.2015
<b>bis:</b>	11.10.2018

## **Inhaltsverzeichnis:**

<b>Vorwort der KTQ®</b> .....	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b> .....	<b>5</b>
1 Patientenorientierung .....	8
2 Mitarbeiterorientierung .....	12
3 Sicherheit .....	14
4 Informations- und Kommunikationswesen .....	17
5 Führung.....	19
6 Qualitätsmanagement .....	21

## 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, alternative Wohnformen und Rettungsdiensteinrichtungen.

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR) 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 Kriterien, die sich auf die

- Patientenorientierung,
  - die Mitarbeiterorientierung,
  - die Sicherheit,
  - das Informationswesen,
  - die Führung des Krankenhauses 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.

---

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren<sup>®</sup> gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Jeder 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 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 das **Klinikum Penzberg** 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 <http://www.ktq.de/> abrufbar.

**Dr. 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



Die Krankenhaus Penzberg GmbH ist ein kommunales Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung. Seit dem 01.01.2012 ist sie gesellschaftsrechtlich 100%iges Tochterunternehmen der Kreiskrankenhaus Starnberg GmbH. Der Gesellschafter der Kreiskrankenhaus Starnberg GmbH ist zu 100% der Landkreis Starnberg. Neben den konzernweit etablierten zentralen Diensten (wie Einkauf, Finanzen und Controlling, Personalservice, etc.) besteht auf medizinisch und pflegerischer Ebene ein enger und kooperativer Austausch.

Das Klinikum hat den öffentlichen Auftrag, die Grund- und Regelversorgung mit Notfallversorgung für die Region rund um die Stadt Penzberg sicherzustellen. Hierfür stehen gemäß dem bayerischen Krankenhausplan 100 Betten zur Verfügung. Das Klinikum beschäftigt rund 175 Mitarbeiter.

Durch die enge Anbindung von niedergelassenen Praxen (teilweise unmittelbar auf dem Klinikgelände) und Kooperationspartnern wird das medizinische Behandlungsspektrum der Haupt- und Belegabteilungen wesentlich erweitert.

Die fachliche Aus- und Weiterbildung sowohl von medizinischen (wie z.B. Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Allgemeinchirurgie, Plastische Chirurgie und Handchirurgie, Gesundheits- und Krankenpfleger, Nofallsanitäter, medizinische Fachangestellte Endoskopie, operationstechnische Assistenten) als auch nicht medizinischen (wie z.B. kaufmännische Angestellte im Gesundheitswesen, medizinische Dokumentare) Personal ist ein wichtiger Eckpfeiler für das Unternehmen.

### **Unsere Zielsetzung**

Im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit stehen die Menschen, die sich vertrauensvoll in unsere Obhut begeben. Alle Mitarbeiter wie Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Service- und Verwaltungsmitarbeiter des Klinikums arbeiten eng zusammen, damit eine optimale Versorgung gewährleistet ist.

Wir legen Wert auf eine gute Kooperation mit externen Partnern (wie z.B. niedergelassenen Ärzten, Pflege- und Rehaeinrichtungen) und sorgen so für eine engmaschige Betreuung unserer Patienten.

Die kurzen Wege und die familiäre Atmosphäre prägen unser Haus und ermöglichen es, den Klinikaufenthalt angenehm zu gestalten. Dabei wird auf die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten und deren Angehörigen persönlich eingegangen.

Das Klinikum ist in ruhiger Parklage mit guter Bus- und Bahnanbindung angesiedelt, inmitten des bayerischen Voralpenlandes, mit Blick auf die oberbayerische Gebirgskette und der Nähe zu verschiedenen Seen und kulturellen Einrichtungen.

## Fachrichtungen

Zu den Hauptabteilungen gehören die Medizinische Klinik, Chirurgische Klinik, Klinik für Plastische Chirurgie/ Handchirurgie, Anästhesie und Schmerztherapie. Außerdem gibt es die Belegabteilungen HNO und Gynäkologie. Durch Kooperationspartner werden Endokrine Chirurgie, Fusschirurgie, Wirbelsäulenchirurgie und Orthopädie abgedeckt.

Die Schwerpunkte des Klinikums sind u.a. die gastroenterologische Endoskopie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Endoprothetik, sowie Plastische und Handchirurgie.

Auf unserer internistisch geleiteten interdisziplinären Intensivstation kommen alle Verfahren der modernen Diagnostik, der Beatmungstherapie, der Hämodialyse und der Hämodiafiltration zum Einsatz.



## Qualitätsmanagement

Das hohe Niveau der medizinischen und pflegerischen Versorgung wird durch ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem und die konzernweite Controlling-Abteilung gesichert. Wir arbeiten ständig an der Optimierung unserer Strukturen und Prozesse, um eine optimale Qualität in der Patientenversorgung zu erreichen.

Auf unserer Homepage <http://www.klinikum-penzberg.de> werden unsere Leistungen detaillierter vorgestellt.

# Die KTQ-Kategorien

## **1 Patientenorientierung**

### **1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung**

Unsere Patienten und Besucher können sich im Vorfeld ihres Aufenthalts bezüglich Erreichbarkeit und Aufnahmemodalitäten sowohl im Internet ([www.klinikum-penzberg.de](http://www.klinikum-penzberg.de)) als auch über Flyer über unser Klinikum informieren. Außerdem geben unsere Mitarbeiter des Empfangs jederzeit gerne telefonisch oder persönlich Auskunft und Hilfestellung.

Die stationären Anmeldungen der Hausärzte erfolgen je nach Abteilung entweder über die Sekretariate oder direkt beim Dienstarzt.

Um das Aufnahmemanagement bei konstant wachsender Patientenzahl zu optimieren, wurde 2015 das Belegungsmanagement optimiert.

Die stationäre Aufnahme erfolgt mit Ausnahme von akuten infektiösen und vital bedrohten Patienten in der Notaufnahme. Bei vitaler Bedrohung erfolgt die Versorgung auf der Intensivstation.

Eine 24 Std. Betreuung der Patienten durch qualifiziertes Personal ist sichergestellt.

Die Klinik ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln und PKW gut erreichbar. Parkplätze sind in ausreichender Zahl vorhanden. Ein Wegeleitsystem ermöglicht eine einfache Orientierung im Krankenhaus.

### **1.1.2 Leitlinien**

Die Diagnostik und Behandlung im Klinikum erfolgt auf Grundlage der aktuellen Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Fachspezifische und fachübergreifende hausinterne Leitlinien, Behandlungsstandards sowie Pflegestandards werden angewendet, um eine optimale Behandlungsqualität gewährleisten zu können. Es existiert z.B. ein hausinterner Standard für Schmerztherapie.

Die Standards und die Leitlinien werden regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüft und ggf. überarbeitet. Sie sind für alle Mitarbeiter zugänglich im Intranet publiziert.

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

Patientenrechte werden gesetzeskonform gewahrt und stellen ein hohes Gut dar.

Die Informationen über das Klinikum, über die einzelnen Abteilungen sowie über die Kooperationspartner stehen auf der Web-Seite der Klinik sowie in Form von Flyern zur Verfügung. Patienten, betreuende Angehörige und Eltern werden zeitnah beim Aufnahmegespräch und in den Visiten über geplante diagnostische und therapeutische Maßnahmen informiert und in weitere Entscheidungen einbezogen.

Patienten mit ungünstiger Prognose werden über palliative Behandlungsmöglichkeiten informiert und entsprechend beraten.

Bei Bedarf stehen fremdsprachige Informationsbögen und sprachkundige Mitarbeiter zur Verfügung. Kulturelle Besonderheiten werden nach Möglichkeit berücksichtigt.

Mitarbeiter stellen sich bei den Patienten persönlich mit Namen beim Erstkontakt vor. Das Tragen eines Namensschildes ist obligat.

Ein Patienteninformationsblatt mit den relevanten Informationen liegt in den Patientenzimmern und in den Schaukästen auf Station aus.

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

Die Ausstattung der Patientenzimmer entspricht modernen Standards. Die behindertengerechten Zimmer sind mit einer Nasszelle, Telefon und Fernseher ausgestattet. Die Nutzung des Telefons und Fernsehers ist kostenlos. Für Privatpatienten ist auch die Nutzung des Internets kostenlos. Wahlleistungsangebote wie Tageszeitung, Bademantel und Kosmetiksets können in Anspruch genommen werden.

Spezifische Räumlichkeiten wie ein Kiosk, Aufenthaltsräume mit Kaffee-Automaten oder eine



Kapelle stehen zur Verfügung.

Das Klinikum wendet die aktuellsten Erkenntnisse auf dem Gebiet der Krankenhausernahrung an. Die Speisenbestellung erfolgt EDV-gestützt durch die Serviceassistenten, Sonderkostformen wie vegetarische oder fleischfreie Kost stehen zur Verfügung. Eine Diätassistentin steht den Patienten und den Pflegekräften als Ansprechpartnerin bei Bedarf beratend zur Seite. Auf den Stationen stehen Wasser und Kaffeeautomaten zur Verfügung.

### **1.1.5 Kooperationen**

Zwischen den Fachabteilungen sowie mit externen Partnern besteht eine enge Zusammenarbeit.

Regelmäßig werden Fallbesprechungen durchgeführt, wie z.B. Röntgenbesprechung, Abteilungsbesprechungen, M&M Konferenzen.

Im Bereich der Palliativmedizin besteht eine enge Kooperation mit dem Klinikum Starnberg. Konsiliarische Untersuchungen werden mit einem einheitlichen Formular angefordert. Ein hausinterner qualifizierter Transportdienst stellt zeitgerechte Patiententransporte innerhalb des Klinikums sicher.

### **1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung**

In unserem Klinikum werden sowohl Notfall- als auch elektiv einbestellte Patienten versorgt. Bei Aufnahme erfolgen eine ärztliche und pflegerische Anamnese sowie eine ausführliche Erstdiagnostik.

Die Notaufnahme ist rund um die Uhr ärztlich und pflegerisch mit qualifiziertem Personal besetzt und kann jederzeit Notfälle versorgen. Labordiagnostik, radiologische Untersuchungen sowie die operative und endoskopische Versorgung sind ebenfalls zeitlich uneingeschränkt möglich.

Die Aufnahmebereitschaft ist durch eine Dienstplanregelung gewährleistet. Diagnostik und Behandlung erfolgen entsprechend klinikinternen Standards und aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften.

### **1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Die ambulante Notfallversorgung ist durch alle bettführenden Fachabteilungen und Kooperationspartner rund um die Uhr gewährleistet. Alle Hauptabteilungen bieten Sprechstunden für Privatpatienten und Indikationssprechstunden für alle anderen Patientengruppen an. Außerdem besitzt das Haus eine ambulante BG-Zulassung und Ermächtigung für ambulante Schmerztherapie.

Vorbefunde werden standardmäßig genutzt, um unnötige Wiederholungsuntersuchungen zu vermeiden. Untersuchungsbefunde werden umgehend an weiterbehandelnde niedergelassene Kollegen bzw. klinische Einrichtungen weitergeleitet.

### **1.3.2 Ambulante Operationen**

Die Indikation zu ambulanten Operationen wird in den fachspezifischen Indikations-Sprechstunden oder in der Notaufnahme bei Selbsteinweisung durch einen Facharzt gestellt. Hier finden auch die präoperative Untersuchung und OP-Aufklärung mit Sicherungsaufklärung statt. Der Patient erhält nach mündlicher Aufklärung auch schriftliches Informationsmaterial. Die OP – und Endoskopie-Terminierung erfolgt zentralisiert und EDV-gesteuert.

Bei Entlassung erhält jeder Patient eine ausreichende Schmerzmedikation und einen ambulanten Entlassungsbrief mit notwendigen Informationen.

### **1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Für die häufigsten Krankheitsbilder und Operationen sind hausinterne Standards definiert, um die Diagnostik und Behandlungsplanung zu optimieren. Die Lebensumstände, Bedürfnis-

se und individuellen Risiken werden bei Aufnahme des Patienten erfasst und immer berücksichtigt. Die Behandlungsplanung erfolgt unter Nutzung der Vorbefunde. Eine interdisziplinäre Abstimmung bezüglich der Behandlungsplanung findet bei den täglichen Visiten und interdisziplinären Besprechungen statt. Fachärzte in den bettenführenden Abteilungen sowie mehrere Kooperationspartner sichern ein hohes Kompetenzniveau bezüglich Diagnostik und Therapie. Konsile ärztlicher Mitarbeiter anderer Fachabteilungen sind jederzeit möglich, für im Hause nicht vorhandene Fachdisziplinen stehen externe Konsiliarärzte zur Verfügung.

#### **1.4.2 Therapeutische Prozesse**

Patienten sowie Angehörige und Eltern werden über geplante diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei der Aufnahme, den Einzelgesprächen und Visiten informiert und in weitere Entscheidungen einbezogen. Bei Bedarf stehen fremdsprachige Informationsbögen und sprachkundige Mitarbeiter zur Verfügung. Multiprofessionalität wird durch interdisziplinäre Fallbesprechungen, die einzelnen Besprechungsforen und tägliche gemeinsame Visiten sichergestellt. Die Versorgung mit Medikamenten und Materialien ist durch die Hausapotheke gesichert. Die Hilfsmittel werden durch ein in der Nähe liegendes Sanitätshaus und weitere Kooperationspartner zeitnah geliefert.

Die Schmerztherapie erfolgt nach einem hausinternen Standard. Ein Schmerzdienst mit qualifiziertem Personal sichert eine adäquate Schmerztherapie. Invasive schmerztherapeutische Maßnahmen gehören ebenfalls zum Behandlungsspektrum der Anästhesiologischen Abteilung.

#### **1.4.3 Operative Verfahren**

Die Indikationsstellung zu elektiven Operationen erfolgt diagnosebezogen und leitlinienkonform durch einen Facharzt. OP - und Anästhesieaufklärung werden mit standardisierten Aufklärungsbögen durchgeführt.

Mittels eines speziellen Programms ist eine langfristige OP-Planung möglich. Das elektive OP-Programm wird am Vortag im Rahmen einer fachübergreifenden OP-Besprechung koordiniert und fixiert. Die Notfalloperationen können jedoch nachträglich integriert und jederzeit durchgeführt werden.

OP - Bereitschaft besteht rund um die Uhr. Sie ist außerhalb der Regelarbeitszeiten durch den Rufdienst in ärztlichen und pflegerischen Bereichen gewährleistet.

Die Regelungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und der Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation werden im OP umgesetzt.

Die Wechselzeiten werden erfasst, analysiert und laufend optimiert.

Bei den häufigsten Eingriffen erfolgt bereits am OP-Tag die Anmeldung zur Physiotherapie, für postoperative Untersuchungen oder Rehabilitation. Ebenso wird der Sozialdienst zeitnah angefordert und in den Behandlungsprozess eingebunden.

#### **1.4.4 Visite**

In den Abteilungen finden täglich Visiten, ggf. unter Beteiligung der Pflegekräfte, Sozialdienst und Physiotherapeuten statt. Chefarzt- und Oberarztvisiten werden ebenfalls regelmäßig durchgeführt. Die Visitenzeiten sowie die Regelung der Visiten an Wochenenden und Feiertagen sind abteilungsspezifisch festgelegt.

Diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden in der Frühvisite geplant. Die Überprüfung und Auswertung durchgeführter Maßnahmen erfolgt im Laufe des Tages und später bei gemeinsamen Kurvenvisiten durch Ärzte und Pflegefachkräfte. Der Zeitpunkt der Visite und deren Ergebnisse werden in der Patientenkurve dokumentiert.

#### **1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär**

Eine Teilstationäre Behandlung findet bei uns im Klinikum nicht statt.

Prästationäre Vorstellungen in den Indikations-Sprechstunden dienen zur Überprüfung der OP-Indikation, Aufklärung, Vorbereitung oder zur erweiterten präoperativen Diagnostik sowie

der Terminierung. Dadurch kann der stationäre Aufenthalt verkürzt werden, sodass viele Eingriffe mittlerweile tagesgleich durchgeführt werden.

Die Poststationäre Versorgung, z.B. postoperative Kontrollen, erfolgt in allen Hauptabteilungen.

### **1.5.1 Entlassung**

Die Planung der Entlassung erfolgt zum Teil schon bei Aufnahme. In der Regel wird die Entlassung jedoch abhängig von der persönlichen und medizinischen Situation bei den täglichen Visiten geplant und mit den Patienten besprochen.

Bei Bedarf wird der Sozialdienst frühzeitig angefordert, der die Weiterversorgung organisiert. Ausführliche Entlassungsgespräche unter Einbeziehung von Betreuern und Familienangehörigen werden rechtzeitig geführt. Der Entlassungstermin wird mit den weiterbetreuenden Einrichtungen rechtzeitig abgestimmt.

Jeder entlassene Patient bekommt einen Arztbrief und ggf. ein Pflegeverlegungsbericht mit. Die Entlassungspapiere enthalten alle Informationen für weiterbetreuende Ärzte, Pflegepersonal und ggf. Angehörige. Die weiterbetreuenden Einrichtungen und Ärzte werden bei Bedarf telefonisch oder per Fax vorab informiert.

### **1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung**

Der Sozialdienst ist in die Organisation der Weiterbetreuung eng eingebunden. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst und Pflegeüberleitung des Klinikums Starnberg.

Die Mitarbeiter des Sozialdienstes übernehmen die Kommunikation mit weiterbetreuenden Institutionen. Eine enge Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten, Alten- und Pflegeheimen und Rehabilitationseinheiten gewährleisten eine umfassende Versorgung.

Es bestehen Kontakte zu Selbsthilfegruppen. Eine vertraglich zuständige Stomatherapeutin gewährleistet eine kontinuierliche Weiterbetreuung entsprechender Patientengruppen.

### **1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten**

Sterbende Patienten werden würdevoll begleitet. Sie werden, sofern es die Belegungssituation zulässt, in einem Einzelzimmer untergebracht. Auf pietätvolle Atmosphäre wird geachtet. Seelsorger stehen den Patienten und derer Angehörigen zur Verfügung.

Für die Palliativtherapie wurde ein hausinternes Konzept entwickelt. Zur Lösung schwieriger ethischer Fragen wurde ein Ethikkomitee gegründet, das bei medizinischen Fragestellungen hinzugezogen werden kann. Alle Schritte werden mit dem Patienten und/ oder seinen Angehörigen besprochen und abgestimmt.

Persönliche, kulturelle und religiöse Wünsche des Patienten und seiner Angehörigen werden berücksichtigt. Eine Ritualienbox ist vorhanden und wird bei sterbenden Patienten bedürfnisorientiert eingesetzt.

### **1.6.2 Umgang mit Verstorbenen**

Es existieren interne Regelungen sowie ein Pflegestandard für den Umgang mit Verstorbenen und die Betreuung der Hinterbliebenen. Verstorbene bleiben bis zur vollständigen Leichenschau im Zimmer auf der entsprechenden Station. Hier haben die Angehörigen die Möglichkeit Abschied zu nehmen. Den Angehörigen und Hinterbliebenen wird auf Wunsch seelsorgerische Begleitung angeboten.

## **2 Mitarbeiterorientierung**

### **2.1.1 Planung des Personalbedarfs**

Die Planung des Personalbedarfs erfolgt jährlich auf Basis definierter Kennzahlen. Bei strukturellen Veränderungen in den Abteilungen wird der Personalbedarf entsprechend angepasst. Um den Personalbedarf möglichst genau zu ermitteln, werden in die Stellenplanung neben den Abteilungsleitern die Mitarbeiter einbezogen. Bei kurzfristigen Personalengpässen kommen Zeitarbeitsfirmen zum Einsatz. Mitarbeiter, die neue Mitarbeiter werben, erhalten eine Prämie. Über das Personalkostencontrolling werden die Klinikleitung und Abteilungsleiter regelmäßig informiert.

### **2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung**

Ziel der systematischen Personalentwicklung ist die Förderung und Bindung qualifizierter Mitarbeiter an das Krankenhaus. Jeder Abteilungsleiter erstellt einmal jährlich eine Qualifikationsmatrix. Aus dieser Matrix wird der Qualifikationsbedarf einzelner Abteilungen ermittelt und daraus der Umfang der Förderung abgeleitet. Dafür werden spezielle Budgets zur Verfügung gestellt.

Um die Personalentwicklung zu fördern, engagiert sich die Klinik auch als Aus- und Weiterbildungsstätte. Die regelmäßigen Mitarbeitergespräche dienen der systematischen Kontrolle zur Personalentwicklung sowie der Planung von Fort- und Weiterbildungen. Wünsche der Mitarbeiter werden berücksichtigt, sofern sie mit den Zielen der Klinik in Einklang stehen.

Das Organigramm zeigt die Zuordnung, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen aller Stellen. Weiterentwicklung von Führungskräften wird durch regelmäßige Fortbildungen und spezielle Trainings gefördert.

### **2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern**

Die neuen Mitarbeiter werden nach einem fachspezifischen Einarbeitungskonzept in die Routine eingeführt. Als wichtigstes Ziel gilt eine schnelle Integration in das Team sowie ein effizientes, sicheres und selbständiges Arbeiten. Für jeden Mitarbeiter erfolgt eine Einarbeitung, die durch einen Mentor oder Praxisanleiter unterstützt wird. Neue Mitarbeiter werden mit den geltenden Dienst-, Verfahrens- und Betriebsanweisungen, Hygienerichtlinien sowie der Unternehmensstruktur bekannt gemacht und in die wichtigsten Abläufe eingeführt. Die Einarbeitungszeit wird mit einem Feedbackgespräch abgeschlossen.

### **2.2.3 Ausbildung**

Im Klinikum werden kaufmännische und medizinische Fachangestellte, Gesundheits- und Krankenpfleger, Operationstechnische Assistenten und Notfallsanitäter ausgebildet. Das Klinikum ist zudem als Weiterbildungsstätte für den Operationsdienst und Intensivmedizin anerkannt. Zwischen den einzelnen Bildungsträgern und dem Klinikum besteht eine enge Zusammenarbeit. Ziel ist die Verknüpfung von Theorie und Praxis zur Gewährleistung einer bestmöglichen praktisch ausgerichteten Ausbildung. Die praktische Ausbildung findet durch ausgebildete Praxisanleiter statt, die den Auszubildenden zur Seite gestellt werden.

### **2.2.4 Fort- und Weiterbildung**

Durch gezielte und kontinuierliche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wird die Qualifikation der Mitarbeiter gefördert und weiterentwickelt. Das Angebot der innerbetrieblichen Fortbildung für die Pflege und dem Funktionsdienst wird in einem Jahresprogramm und einem Terminkalender bekannt gegeben. Die internen Fortbildungen stehen den Mitarbeitern zur Verfügung und werden in der ganzen Klinik bekannt gemacht. Es gibt eine Reihe interner Pflichtfortbildungen. Fort- und Weiterbildungen werden intensiv gefördert sowie finanziell unterstützt. Als Budget für Fort- und Weiterbildungen stehen ca. 0,25 % des Jahresumsatzes zur Verfügung. Je nach Relevanz für das Unternehmen werden die Fortbildungen in drei Kategorien eingeteilt. Eine Dienstanweisung regelt die Budgetvergabe und die finanzielle Beteiligung an den Fortbildungen.

Fachzeitschriften werden im Umlauf weitergegeben. Da jedem Mitarbeiter der PC-Zugang offen steht, können die Datenbanken und Infodienste des Internets sowie des hauseigenen Intranets genutzt werden.

### **2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

Zu den Grundwerten der Unternehmensphilosophie des Klinikums gehört ein partizipativer Führungsstil, der im Leitbild verankert ist. Ziel ist es, die Eigenverantwortung und Motivation der Mitarbeiter nachhaltig zu fördern. Führungskräfte sind aufgefordert, eine Atmosphäre von Aufrichtigkeit, gegenseitiger Achtung, Toleranz und Vertrauen zu schaffen und nachhaltig zu fördern. Der Grundsatz, dass jeder von jedem lernen kann, wird in den abteilungs- und fachübergreifenden Arbeitsgruppen und Qualitätszirkeln gelebt.

### **2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit**

Die Arbeitszeitregelungen sind an die Gesetze sowie aktuelle Tarifverträge gebunden. Zur Optimierung der Mitarbeiterzufriedenheit und zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit werden flexible und individuelle Arbeitszeitmodelle eingesetzt, die durch ein elektronisches Dienstplansystem unterstützt werden. In dem Dienstplansystem sind alle gesetzlichen und tariflichen Regelungen hinterlegt. Somit kann eine zeitnahe Einhaltung der Regelungen gewährleistet werden. Die Wünsche unserer Mitarbeiter gehen in die Planung ein. Familienfreundliche Arbeitszeiten werden als sehr wichtig betrachtet.

### **2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden**

Die Grundidee der partizipativen Führung ist die Einbindung sowohl der Wünsche als auch der Kritik der Mitarbeiter. Mündliche, schriftliche und anonyme Vorschläge werden auf den kurzen Dienstwegen erfasst, gesammelt und je nach Relevanz umgesetzt. Die Geschäftsführung bietet regelmäßig offene Sprechstunden für alle Mitarbeiter des Hauses an. Außerdem steht die Geschäftsführung ausdrücklich für eine vertrauliche direkte Ansprache zur Verfügung. Zudem werden die Mitarbeiter regelmäßig aktiv von den Abteilungsleitungen und dem Betriebsrat befragt. Auf diesem Weg werden wertvolle Informationen für weitere Verbesserungen gesammelt.

Mitarbeiterbeschwerden werden im Team oder auch mit Moderation des Betriebsrates geklärt.

## 3 Sicherheit

### 3.1.1 Arbeitsschutz

Der Arbeitsschutz wird von einer Fachkraft für Arbeitssicherheit, einem Strahlenschutzbeauftragten und jeweils einem benannten Sicherheitsbeauftragten pro Abteilung zusammen mit der Geschäftsführung sichergestellt. In den regelmäßigen Besprechungen der Sicherheitsbeauftragten und ASA Sitzungen werden Arbeitsschutzziele und die Unfallverhütung beraten und entschieden. Mitarbeiter werden regelmäßig zum Arbeitsschutz geschult. Festgestellte Mängel werden erfasst, analysiert und gemeinsam mit den Abteilungsleitungen behoben.

Die arbeitsmedizinische Vorsorge obliegt der Betriebsärztin, die präventive Maßnahmen und Impfungen durchführt und die Mitarbeiter umfassend informiert.

### 3.1.2 Brandschutz

Im Klinikum ist der Brandschutz durch die hausinterne Brandschutzordnung geregelt, die den erforderlichen Ablauf im Brandfall beschreibt. Ein Brandschutzbeauftragter, der regelmäßig Begehungen, Pflichtschulungen und Unterweisungen für die Mitarbeiter durchführt, ist benannt. Ausschilderungen der Flucht- und Rettungswege hängen in der gesamten Klinik aus, die Melde- und Alarmierungswege sind festgelegt. Die Brandmeldeanlage, die Hydranten und die Löscheinrichtungen werden regelmäßig geprüft, es erfolgt eine engmaschige Abstimmung der Maßnahmen mit der örtlichen Feuerwehr.

Brandschutzübungen werden regelmäßig durchgeführt.

### 3.1.3 Umweltschutz

Im Klinikum ist ein betrieblicher Umweltschutz etabliert. Ein Leitbild ist hierzu erstellt. Es wurde eine Beauftragte für Abfallwirtschaft benannt. Zu den Aufgaben gehören die Erstellung und die Umsetzung des Abfallwirtschaftskonzepts. Das Ziel ist, mit Ressourcen sparsam umzugehen, die Verbesserungspotenziale zu identifizieren und zu nutzen, um den Ausstoß umweltschädigender Stoffe zu vermeiden, den Verbrauch an Wasser und Energie gering zu halten und die Abfalltrennung und Entsorgung im Unternehmen zu regeln.

### 3.1.4 Katastrophenschutz

Das Klinikum ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden. Die Aufnahmeverpflichtungen für Notfallpatienten bei Großschadensereignissen sind geregelt.

Im hausinternen Katastrophenplan für externe und interne Notfälle sind die personellen Ressourcen, die Zuständigkeiten, Verhaltensregeln und Alarmierungswege in Notfallsituationen festgelegt.

### 3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Die Maßnahmen zur Vermeidung und zum Umgang mit nicht medizinischen Notfällen wurden etabliert. Die Medienversorgung (Strom, Gas, Wasser, Sauerstoff, Druckluft, Heizung-Lüftung, EDV) erfolgt redundant. Die Notstromversorgung wird regelmäßig durch die Haustechnik überprüft. Die Notversorgung mit Sauerstoff erfolgt über eine automatische Umschaltanlage. Rufbereitschaften des technischen Dienstes und der EDV-Abteilung sind eingerichtet.

### **3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung**

Bereits bei der Aufnahme wird das Vorliegen von Eigen- oder Fremdgefährdung in den entsprechenden Patientengruppen abgeklärt, um die Patientensicherheit zu sichern und evtl. eine Aufsicht zu organisieren. Es besteht die Möglichkeit, Begleitpersonen aus medizinischen oder pflegerischen Gründen aufzunehmen. Die bestehenden Risiken werden durch individuelle Sicherheitsmaßnahmen und erhöhte Aufmerksamkeit des qualifizierten Stationspersonals minimiert. Verschiedene Regularien wie Standards und eine perioperative Checkliste erhöhen den Schutz der Patienten.

### **3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement**

Es existiert ein Konzept für interne und externe medizinische Notfallsituationen. Die Notfälle werden rund um die Uhr versorgt. In der Regelarbeitszeit besteht das Notfallteam aus einem qualifiziertem Arzt der Med. Klinik, einem Fachpfleger der Intensivstation und einem Anästhesisten. In den Dienstzeiten, an Feiertagen und am Wochenende werden die Notfälle durch die Dienstärzte der Medizinischen Klinik mit Unterstützung der Dienstärzte der chirurgischen Abteilung und Fachpfleger der Intensivstation behandelt. Die leitenden Ärzte und Anästhesisten können als Rufdienst zugezogen werden.

Das Notfallteam wird über eine einheitliche Notfallnummer alarmiert. Systematische und regelmäßige Schulungen aller ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter sind Bestandteil des innerbetrieblichen Fortbildungsplans. Die Notfallausrüstung ist vereinheitlicht, wird vom Notfallteam zum Einsatzort mitgebracht und regelmäßig überprüft.

### **3.2.3 Hygienemanagement**

Hygienefachkräfte, ein hygienebeauftragter Arzt, eine externe Krankenhaushygienikerin und Hygienebeauftragte der Pflege sind benannt. Die Hygienefachkräfte und die Hygienikerin beraten, überprüfen und kontrollieren das gesamte Klinikum. Hygienebeauftragte in der Pflege auf jeder Station und in den Funktionsbereichen sorgen für die Bereithaltung des aktuellen Wissensstandes. Halbjährlich tagt eine beschlussfassende Hygienekommission, in der die Führungsebene und alle hygienerelevanten Abteilungen des Hauses vertreten sind. Die Hygienebeauftragten treffen sich alle 2 Monate mit der Hygienefachkraft. Im Intranet ist das Hygiene-Handbuch veröffentlicht, welche alle hygienerelevanten Regelungen enthält.

### **3.2.4 Hygienerelevante Daten**

Ziel ist es, alle hygienerelevanten Daten für alle medizinischen Bereiche strukturiert zu erfassen, auszuwerten und die Ergebnisse für die Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen bereit zu stellen.

Alle erhobenen mikrobiologischen Befunde werden durch die Hygienefachkraft gesichtet. Bei auffälligen Befunden wird sofort Kontakt mit der zuständigen Station aufgenommen und entsprechenden Maßnahmen getroffen. Je nach Dringlichkeit erfolgt auch die Einbindung der Hygienikerin, des hygienebeauftragten Arztes und des Ärztlichen Direktors. Die gesetzlich vorgeschriebenen Statistiken werden geführt. In der Hygienekommissionssitzung erfolgt eine kritische Auswertung der Keimstatistik. Meldepflichtige Infektionskrankheiten werden vom auswertenden Labor direkt ans Gesundheitsamt gemeldet.

### **3.2.5 Infektionsmanagement**

Auf jeder Station befindet sich ein Ordner mit aktuellen Hygieneplänen. Im Intranet werden die aktuellen Informationen und Hygienegerichtlinien in Form eines Hygienehandbuchs publiziert. Für spezielle hygienesichernde Maßnahmen existieren Arbeits- und Dienstsanweisungen. Für die externe Reinigungsfirma wurden die Reinigungs- und Desinfektionspläne etabliert. Patienten mit Verdacht auf eine infektiöse Erkrankung werden bereits in der Notaufnahme in einem ausgewiesenen Zimmer untersucht und später in einem Patientenzimmer auf Station isoliert. Patienten mit ansteckenden Erkrankungen (z.B. Influenza, Tbc, Norovi-

rus) werden in enger Zusammenarbeit mit der Hygieneabteilung behandelt. Es existiert ein hausinterner Standard zur Antibiotikatherapie. In regelmäßigen Begehungen werden Mängel in den Bereichen aufgezeigt und Lösungsvorschläge erarbeitet.

### **3.2.6 Arzneimittel**

Die Bereitstellung von Arzneimitteln ist durch die konzerninterne Klinikapotheke gewährleistet. Alle Abläufe vom Einkauf bis zur Lieferung von Medikamenten und Materialien sind standardisiert. Die Arzneimittelbestände und Lagerhaltung werden regelmäßig von den Pflegekräften und durch Begehungen der Apotheke kontrolliert. Die Arzneimittelverschreibung erfolgt durch die Ärzte. Medikamente werden nach dem „Vier-Augen-Prinzip“ gestellt.

Als Grundlage für die Auswahl und wirtschaftliche Anwendung von Arzneimitteln tagt regelmäßig eine Arzneimittelkommission. Nach deren Beschlüssen wird das Arzneimittelsortiment angepasst. Zu pharmakologischen Fragestellungen steht ein Arzneimittelinformationsservice der Klinikapotheke im Intranet zur Verfügung.

### **3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Der Umgang mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten ist durch das hausinterne Handbuch Hämotherapie geregelt. Die Regelungen entsprechen den aktuellen Anforderungen des Qualitätsmanagements in der Medizin. Bei regelmäßigen internen Audits wird das Transfusionswesen in der Klinik überprüft. Es wurde eine Transfusionskommission etabliert. In deren Sitzungen werden Probleme identifiziert und Zielvorgaben erarbeitet. Regelmäßig finden spezielle Schulungen zum Thema Hämotherapie für die Ärzte und Pflege statt.

### **3.2.8 Medizinprodukte**

Die Medizinprodukte werden in enger Abstimmung mit der Abteilung für Medizintechnik bereitgestellt. Durch die Einkaufsabteilung werden die rechtlichen Anforderungen geprüft. Dieser Vorgang ist unter anderem im hausinternen Handbuch auf Grundlage des Medizinproduktegesetzes und der Betreiberverordnung geregelt. Das Handbuch beschreibt die jeweiligen Pflichten einzelner Abteilungen (Technik, Einkauf) und der Anwender beim Umgang mit Medizinprodukten.

Die Wartung inklusive der mess- und sicherheitstechnischen Kontrollen und Prüfungen sowie die Instandhaltung von Medizinprodukten erfolgt durch die hausinterne Medizintechnik. Medizinprodukte werden nach einem validierten Prozess aufbereitet.

In jedem betroffenen Bereich gibt es ausgebildete Beauftragte für Medizinprodukte. Zu ihren Aufgaben gehören die Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen, Einweisung der Mitarbeiter und Teilnahme an den regelmäßig stattfindenden MPG-Besprechungen.



## **4 Informations- und Kommunikationswesen**

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

Nach der Übernahme durch das Klinikum Starnberg wurde im Klinikum Penzberg ein neues Krankenhausinformationssystem eingeführt, über das alle Arbeitsplätze vernetzt sind. Für dieses System steht eine umfassende moderne krankenhausspezifische Software zur Verfügung. Die Systeme sind redundant und ausfallsicher eingerichtet. Die Zugangsmöglichkeiten sind datenschutzkonform und benutzerspezifisch geregelt. Schulungen für die Mitarbeiter werden durchgeführt. Bei Problemen steht die zentrale Hotline der EDV-Abteilung jederzeit zur Verfügung. Um die rechtzeitige Problembeseitigung zu gewährleisten, steht außerhalb der Regelarbeitszeit ein Mitarbeiter der EDV-Abteilung als Rufbereitschaft zur Verfügung.

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

Die Verantwortlichkeiten, die Inhalte und der Zeitpunkt der Dokumentation sind durch eine Dienstanweisung klar geregelt. Die Anamnese, die Diagnosen, die Therapien sowie der Verlauf und alle relevante Ereignisse werden umfassend, zeitnah, und nachvollziehbar von den am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeitern dokumentiert. Damit ist sichergestellt, dass die mit der Behandlung des Patienten betrauten Mitarbeiter stets aktuell informiert sind.

### **4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten**

Die Dokumentation erfolgt sowohl in elektronischer als auch in Papierform. Eine kontinuierliche Erweiterung der elektronischen Patientenakte ist geplant.

Alle an der Behandlung eines Patienten beteiligten Personen können entsprechend den Datenschutzbestimmungen zu jeder Zeit auf die elektronischen Daten zugreifen. Der Lauf der Patientenakten in Papierform ist abteilungsspezifisch geregelt.

### **4.3.1 Information der Krankenhausleitung**

Ziel ist es, eine Kommunikationsstruktur top down und bottom up weiter zu entwickeln, um einen Informationsfluss hierarchie- und berufsgruppenübergreifend sicherzustellen.

Durch die Beteiligung der Geschäftsführung in verschiedenen Gremien, Kommissionen und bei Besprechungen ist die Informationsweitergabe sichergestellt.

Durch das umfassende Berichtswesen auf der Basis eines Kennzahlensystems wird die Krankenhausleitung umfassend informiert. Die besonderen Vorkommnisse werden zeitnah kommuniziert.

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

Durch die Etablierung verschiedener Gremien, Kommissionen und Besprechungen wird eine Informationsweitergabe innerhalb der verschiedenen Krankenhausbereiche sichergestellt.

Gemeinsame Visiten, schriftliche und mündliche Informationsweitergaben bei Verlegung von Patienten, Stations- und Abteilungsbesprechungen sowie interdisziplinäre Fallkonferenzen wie Tumorkonferenz, Arzneimittelkonferenz, Lenkungsgruppen mit externen Kooperationspartnern spiegeln als Beispiele die komplexe Informationslandschaft des Unternehmens wider. Als weitere Medien dienen das Mailsystem, das Intranet und Rundschreiben.

Ein umfassendes Berichtswesen mit klar definierten Informationsflüssen stellt der Krankenhausleitung und den Abteilungsleitern stets alle entscheidungsrelevanten Informationen zeitnah zur Verfügung.

#### **4.4.1 Organisation und Service**

Der Empfang dient gleichzeitig als zentrale Informations- und Auskunftsstelle und als Telefonzentrale des Klinikums. Er ist wochentags von 07.00 Uhr bis 21:00 Uhr und am Wochenende von 08:00 Uhr bis 20:00 Uhr mit speziell geschultem Personal durchgehend besetzt, Außerhalb dieser Zeiten wird die Telefonzentrale auf die Intensivstation umgeleitet.

Aktuelle patientenbezogene Daten sowie der Belegungsplan stehen den Mitarbeitern des Empfangs in elektronischer Form zur Verfügung und werden unter Einhaltung des Datenschutzes weitergegeben. Informationen über diensthabende Mitarbeiter, Veranstaltungen und Ansprechpartnern liegen ebenfalls vor.

#### **4.5.1 Regelungen zum Datenschutz**

Für die Einhaltung der gesetzlichen Regelungen des Datenschutzes ist jeder Mitarbeiter mit verantwortlich. Die Einhaltung wird von einem externen Datenschutzbeauftragten überwacht. Jeder Mitarbeiter hat sich schriftlich zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen bei Einstellung verpflichtet. Der Zugriff auf Patienten- und Mitarbeiterdaten wird, abhängig von der Funktion des Mitarbeiters, über spezielle Berechtigungskonzepte geregelt. Das Kliniknetz ist durch umfassende Schutzmaßnahmen vor externen Zugriffen geschützt.

## 5 Führung

### 5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Bei der Übernahme 2012 wurden Unternehmensziele definiert und kommuniziert. Diese dienen den Verantwortlichen, Führungskräften aber auch Mitarbeitern als Orientierung. Für die Klinik wurde darauf aufbauend ein zentrales Leitbild entwickelt, das einen verbindlichen Rahmen für die gemeinsamen Wertvorstellungen, die Ziele der Arbeit in einem modernen sozialen Dienstleistungsunternehmen und den Umgang miteinander festlegt. Das Leitbild ist für jeden Mitarbeiter und die Öffentlichkeit transparent.

### 5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Die Krankenhausführung fördert das gegenseitige Vertrauen durch eine engmaschige Kommunikation. Die Mitarbeiter werden in den Betriebsversammlungen, den Besprechungsforen und über das Intranet regelmäßig informiert. Im Rahmen der jährlich stattfindenden Mitarbeitergespräche werden die Zufriedenheit und die Verbesserungspotenziale kritisch reflektiert. Betriebsausflüge und Betriebsfeste fördern die Identifikation der Mitarbeiter mit dem Unternehmen.

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

Unser Ziel ist es, ethische Problemstellungen zu erkennen, sich mit den ethischen Fragestellungen zu beschäftigen und darauf basierend im Sinne der Patienten und Angehörigen zu agieren.

Ethische Probleme werden in der Krankenhausführung unter Beteiligung von Seelsorgern beider großen Konfessionen und im Einzelfall durch Hinzuziehen weiterer Fachkompetenz behandelt. Die Klinik greift auf die im Landkreis vorhandene Notfallseelsorge zurück, die auf den Umgang mit existenziell bedrohlichen Situationen und die damit vorhandene Krisenintervention besonders geschult ist.

Ein interdisziplinär zusammen gesetztes Ethikkomitee, die sich mit ethischen Fragestellungen befasst, tagt mindestens vierteljährlich. Schwierige Entscheidungen mit ethischem Hintergrund werden abteilungsintern auf Führungsebene behandelt.

### 5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Infolge der veränderten Grundlagen und Strukturen im Gesundheitswesen und bedingt durch den Gesellschafterwechsel wurde für die Neupositionierung des Klinikums eine umfassende strategische Planung erstellt und freigegeben. Dabei wurde festgelegt, dass sich das Klinikum als Regionaler Anbieter der Gesundheitsdaseinsvorsorge für die Region um die Stadt Penzberg etabliert. Alle Aktivitäten sind im Rahmen der Zielplanung hierauf ausgerichtet. Unter Berücksichtigung der Strategien und der Zielplanung für den kommenden Zeitraum sowie der finanziellen und personellen Ressourcen wird ein Wirtschaftsplan erarbeitet, der einen Erfolgs-, Finanz-, Investitions- und Stellenplan umfasst. Die Freigabe des Wirtschaftsplans erfolgt durch den Aufsichtsrat. Die Krankenhausführung übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung.

### 5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Die strategische Ausrichtung des Klinikums beinhaltet zahlreiche Partnerschaften und Kooperationen mit anderen Leistungserbringern. Diese beziehen sich auf das gesamte Spektrum der medizinischen Leistung wie Radiologie, Labor, niedergelassene Ärzte, Beleg- und Konsiliarärzte, aber auch Bereiche der Prävention, Rehabilitation und Pflege und den umliegenden Schulen. Daneben gibt es Kooperationen mit Selbsthilfegruppen. Es finden regelmäßig kultu-

relle Veranstaltungen im Klinikum statt, die allen Interessierten offen stehen.

### **5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur**

Eine eindeutige Organisationsstruktur mit Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten liegt für alle Bereiche der Klinik vor. Das Organigramm ist allen Mitarbeitern im Intranet zugänglich und wird bei Wechsel von Funktionsträgern oder Änderungen von Organisationsstrukturen durch die Geschäftsführung aktualisiert.

In einer EFQM Projektmatrix finden sich alle wichtigen Projekte des Klinikums wieder.

### **5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien**

In der Klinik ist ein System an Besprechungsforen eingerichtet. Dieses umfasst alle Leitungsebenen. In dem jährlich aktualisierten Plan werden Zusammensetzung, Leitung, Protokollführung und Sitzungshäufigkeit genau beschrieben. Wesentliches Kontroll- und Steuerungsinstrument sind die Protokolle der einzelnen Sitzungen / Gremien / Kommissionen. Die Protokolle enthalten bei Aufgaben / Umsetzungen / Beschlüssen mindestens einen Verantwortlichen.

Die Aufgaben und die Verantwortlichkeiten der Mitglieder der Krankenhausleitung sind klar definiert.

### **5.3.3 Innovation und Wissensmanagement**

Wissensmanagement fasst die strategischen bzw. operativen Tätigkeiten und Managementaufgaben, die auf den bestmöglichen Umgang mit Wissen im Unternehmen abzielen, zusammen. Dementsprechend nimmt das Klinikum methodisch Einfluss auf die Wissensbasis der Mitarbeiter. Dies versetzt das Unternehmen in die Lage, Lösungen auf die vielfältig gestellten Aufgaben zu erarbeiten. Grundlage ist hierbei die Erfassung von Wissen.

### **5.4.1 Externe Kommunikation**

Hauptmedium für die externe Kommunikation ist die Homepage des Klinikums. Sie beinhaltet zahlreiche Informationen für Patienten, Besucher, aber auch Kooperationspartner und Mitarbeiter. Daneben gibt es diverse Informationsflyer.

Die Öffentlichkeit wird über aktuelle Änderungen im Klinikum informiert.

Durch die Durchführung der Penzberger Sprechstunde kann die Bevölkerung einen Überblick über das Leistungsspektrum des Klinikums erhalten. In regelmäßigen Besprechungen und Qualitätszirkeln werden externe Ärzte über die Entwicklung des Klinikums detailliert informiert.

### **5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems**

Durch die Implementierung und den Ausbau eines Risikomanagements werden Risiken frühzeitig erkannt und ermöglichen eine zeitnahe Gegensteuerung. Dies betrifft neben dem wirtschaftlichen Bereich auch die Risiken aus dem operativen Geschehen des Klinikums. Ein Meldesystem ermöglicht die Analyse und zukünftige Vermeidung von Fehlern und Risiken im Rahmen des Qualitätsmanagements.

## 6 Qualitätsmanagement

### 6.1.1 Organisation

Ziele unseres Qualitätsmanagements sind u.a. die kontinuierliche Systementwicklung, eine systematische und kontinuierliche Identifizierung von Verbesserungspotentialen und deren Umsetzung.

Qualitätsmanagement ist ein fester Bestandteil der Führungsaufgabe. Daher sind alle Führungskräfte des Hauses maßgebend am Qualitätsmanagement beteiligt.

Nach der Übernahme durch das Klinikum Starnberg wurde das umfassende Qualitätsmanagement des Mutterkonzerns im Klinikum Penzberg eingeführt. Das Konzept orientiert sich an dem Europäischen Qualitätsmodell (EFQM).

### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Alle wichtigen Abläufe des Klinikums werden als Prozesse betrachtet. Eine genaue Prozessanalyse und Prozessoptimierung ermöglicht eine effiziente Leistungserbringung. Durch die Definition und Beschreibung von Prozessen, Prozesskennzahlen und Schnittstellen entsteht eine zusammenhängende Prozessstruktur. Durch zahlreiche Richtlinien (z.B. Standards und Verfahrensanweisungen) werden die komplexen Prozessabläufe synchronisiert und zielgerichtet gestaltet.

### 6.2.1 Patientenbefragung

Die Zufriedenheit von Patienten ist ein wichtiger Qualitätsindikator für uns. Die kontinuierliche Erfassung des Zufriedenheitsgrades der Patienten und Angehörigen wird durch das System der schriftlichen internen Patientenbefragung sichergestellt. Erkannte Verbesserungspotentiale werden zeitnah abgeleitet. Ergebnisse der Befragungen werden im Haus bekannt gemacht.

### 6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Als Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung vor Ort und somit Ansprechpartner der externen Einrichtungen in unmittelbarer Umgebung sind deren Rückmeldung und deren Einschätzung von besonderer Wichtigkeit. Daher ist es unser Ziel, die Zufriedenheit der Einweiser und der nachversorgenden Einrichtungen zu ermitteln und die Qualität der Patientenkoordination darzustellen.

Im Jahr 2014 wurde daher eine Befragung der einweisenden Ärzte durchgeführt, um mögliche Defizite zu identifizieren und die Zusammenarbeit zu verbessern. Die entsprechenden Maßnahmen wurden anhand der Ergebnisanalyse erarbeitet und umgesetzt.

### 6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Nach der Übernahme durch das Klinikum Starnberg wurde bewusst in der Übergangsphase auf eine strukturierte Mitarbeiterbefragung verzichtet. Es ist uns aber wichtig, die Bedürfnisse der Mitarbeiter zu erfahren, um Verbesserungspotenziale zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen abzuleiten. Es wird sich daher verschiedener Instrumente bedient, um die Meinung, Kritik und Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter zu eruieren. So finden u.a. regelmäßig Mitarbeitergespräche mit den Vorgesetzten statt. Regelmäßig bietet die Geschäftsführung offene Sprechstunden an. Alle Mitarbeiter haben die Möglichkeit, Wünsche, Beschwerden, Kritik, Verbesserungsvorschläge bei den Team- und Abteilungsbesprechungen, offenen Gesprächsrunden, Betriebsversammlungen etc. zu kommunizieren.

### **6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden**

Die Zufriedenheit der Patienten ist dem Klinikum sehr wichtig. Es wurde mit dem Klinikum Starnberg ein gemeinsames Beschwerdemanagement etabliert. Die Patientenwünsche und festgestellten Probleme dienen als Grundlage für langfristige Veränderungen von Prozessen und Abläufen. Das aktive Beschwerdemanagement soll aktuelle Probleme beseitigen und Wünsche kurzfristig erfüllen. Die Patienten werden auf die Möglichkeit einer Beschwerde bzw. einer Kritik durch Informationsmaterialien und persönliche Ansprache hingewiesen.

### **6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten**

Die Klinik beteiligt sich neben der verpflichtenden Sammlung qualitätsrelevanter Daten auch an zusätzlichen Maßnahmen, Daten zu erheben. So werden diverse Leistungsstatistiken, Hygienedaten, Komplikationsstatistiken etc. erfasst und in den verschiedenen Bereichen kommuniziert und anschließend Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet.

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

Die Gesamtverantwortung der Verfahren der vergleichenden Qualitätssicherung liegt bei der Geschäftsführung und auf nächster Ebene den Chefärzten, den Leitenden Ärzten und den hierfür beauftragten Oberärzten. Dies folgt auch unmittelbar den Vorgaben der BAQ (Bayerische Geschäftsstelle). Unterstützt werden alle Maßnahmen von der Controlling-Abteilung. Hier werden die Daten zentral gesammelt, auf Validität überprüft und fristgerecht an die externen Stellen weitergeleitet. Die Erfassung der Daten erfolgt über eine zentrale einheitliche Software, die in das Krankenhausinformationssystem integriert ist, worüber die Validität nochmals verbessert wird und Übertragungsfehler vermieden werden. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden intern präsentiert und diskutiert. Dabei werden entsprechende Maßnahmen abgeleitet.