



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Klinikum Penzberg
Institutionskennzeichen:	260914846
Anschrift:	Am Schloßbichl 7 82377 Penzberg
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2018-0049 KHVB
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	WIESO CERT GmbH, Köln
Gültig vom:	12.07.2018
 bis:	11.07.2021
Zertifiziert seit:	12.10.2015

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ[®]	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	8
1. Patientenorientierung	9
2. Mitarbeiterorientierung	13
3. Sicherheit - Risikomanagement	15
4. Informations- und Kommunikationswesen	18
5. Unternehmensführung	20
6. Qualitätsmanagement	22

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 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 Fremdbewertung wurden den Krankenhäusern die KTQ-Zertifikate verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtungen sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2015.

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 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 www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung



Die Krankenhaus Penzberg GmbH ist ein kommunales Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung.

Die Kliniken Starnberg und Penzberg sind seit Anfang 2018 im Konzern der Starnberger Kliniken GmbH eingebunden. Dazu gehören noch die STAMED GmbH und die Krankenpflegeschule. Die Zentralen Dienste sind in der Holdingspitze abgebildet und sind für alle Gesellschaften zuständig. Der Gesellschafter der Starnberger Kliniken GmbH 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, Notfallsanitäter, 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. Mit dem Klinikum Starnberg wird ein Beckenbodenzentrum betrieben.

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.

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

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) 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. Das Konzept sieht eine umfassende Information über alle Modalitäten bei elektiven Aufnahmen vor. 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 und Standards

Die Behandlung der Pat. erfolgt in Orientierung an den Leitlinien der AWMF, Expertenstandards sowie anhand Fachgesellschaften und eigener abteilungsspezifischer Leitlinien bzw. Standards für häufige Krankheitsbilder. Die hausinternen Standards werden durch die leitenden Mitarbeiter der jeweiligen Fachabteilungen entwickelt und vom Abteilungsleiter freigegeben. Konzernübergreifende Pflegestandards werden in Arbeitsgruppen erstellt. Diese orientieren sich am aktuellen Fachwissen und den Expertenstandards Pflege. Für die Erstellung und Aktualisierung der konzernübergreifenden Pflegestandards sind die Arbeitsgruppen verantwortlich. 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 Webseite 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. Ziel ist es, die aktuellen gesetzlichen Vorgaben zur Wahrung der Patientenrechte in der tgl. Routine umzusetzen. Die im Patientenrechtegesetz besonders hervorgehobenen Rechte der Patientenaufklärung,

Dokumentation der Behandlung und Einsicht in die Patientenakte sowie die im Rahmenvertrag zum Entlassmanagement geregelten Aufgaben sind implementiert.

1.1.4 Ernährung und Service

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 Krankenhausernährung 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.

1.2.1 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 Elektive, 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 Indikationsprechstunden 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. In der Chirurgischen Klinik bestehen Sprechstunden für Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Endoprothetik, BG-Sprechstunde, Viszeralchirurgie. In der Medizinischen Klinik werden in den Bereichen Endoskopie und Sonografie ambulante/ vorstationäre Untersuchungen durchgeführt.

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. Zentrale Anlaufstelle der ambulanten

Operationen bildet die OP-Leitung, die Anmeldungen und Ablauf unter Berücksichtigung des vorhandenen Personals und Materials plant und koordiniert. Dieser wird von den beteiligten operativen Ärzten die beabsichtigten Eingriffe gemeldet.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

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

Ziel ist es, die therapeutischen Prozesse leitlinienkonform und patientenorientiert zu gestalten. Eine große Rolle dabei spielen die EDV-gestützten Standardabläufe. Eine umfassende Unterstützung in Form einer elektronischen Datenbank wird gewährleistet. Für die interdisziplinäre Zusammenarbeit werden klare Abläufe und Schnittstellen definiert. 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 Prozesse

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

Visitenabläufe sind zeitlich und inhaltlich standardisiert, um sie einerseits mit den anderen Arbeitsabläufen zu koordinieren und andererseits die bei den Visiten erhobene Information in der Planung der weiteren Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen. In jeder FA gibt es feste Regelungen bzgl. Visitenzeiten, die allen Beteiligten bekannt sind (festgelegt im Konzept Belegungsmanagement und in der Inneren Abteilung auch in einer VA Ärztliche Visite). In den Abteilungen finden täglich Visiten 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.

1.5.1 Entlassungsprozess

Das laut Rahmenvertrag Entlassmanagement wird umgesetzt. 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. Der Sozialdienst ist in die Organisation der Weiterbetreuung eng eingebunden. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst und Pflegeüberleitung des Klinikums Starnberg.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

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. Ziel ist es, regelmäßig zu überprüfen, ob die Sterbebegleitung auf der Basis des hausinternen Leitfadens beruht und inwieweit sie den Bedürfnissen der Patienten und Angehörigen noch mehr anzupassen ist. 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

Die Begleitung sterbender Patienten und die Einbeziehung der Verwandten und die Berücksichtigung kultureller und religiöser Wünsche sind wichtige Bestandteile der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten. 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 Personalbedarf

Die Personalplanung basiert grundsätzlich auf dem Leistungsspektrum des Klinikums. Aufgrund dessen findet eine direkte Bedarfsabsprache der einzelnen Abteilungen mit der Geschäftsführung statt. In den bettenführenden Abteilungen sind alle OÄ/FOÄ Fachärzte. In der Anästhesie werden überwiegend Fachärzte beschäftigt. Im Pflegebereich werden Fachweiterbildungen im Bereich Intensiv / Kinderintensiv / Anästhesie jährlich beantragt. Die Quote des Fachpersonals wird mittels Qualifikationsmatrix ermittelt. Bei Veränderungen im Leistungsspektrum sowie bei strukturellen Veränderungen wird der Personalbedarf frühzeitig angepasst. Um den Personalbedarf möglichst genau zu bestimmen, werden die Mitarbeiter in die Stellenplanung einbezogen. Bei kurzfristigen Personalengpässen kommen Zeitarbeitsfirmen zum Einsatz. Mitarbeiter, die neue Mitarbeiter werben, erhalten eine Prämie. Ein Personalkostencontrolling informiert die Klinikleitung und einzelne Abteilungsleiter.

2.1.2 Personalentwicklung

Das Konzept zur systematischen Personalentwicklung ist zum einen auf den Gesamtkonzern, zum anderen auf die einzelnen MA (Karriereplanung) ausgerichtet. Dabei werden sowohl die grundlegende Strategie des Konzerns, als auch die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben berücksichtigt. Ziel der systematischen Personalentwicklung ist die Förderung und Bindung qualifizierter Mitarbeiter an das Krankenhaus. Jeder Abteilungsleiter erstellt einmal jährlich eine Qualifikationsmatrix. Aus dieser gehen der Qualifikationsbedarf der Abteilung und die Wünsche der Mitarbeiter hervor. Der Umfang der Förderung orientiert sich am Qualifikationsbedarf der Abteilung. Dafür werden spezielle Budgets zur Verfügung gestellt. Um die Personalentwicklung zu fördern, engagiert sich die Klinik auch als Weiterbildungsstätte. Die regelmäßigen Mitarbeitergespräche dienen der systematischen Personalentwicklung und der Planung der Fort- und Weiterbildung. Wünsche der Mitarbeiter werden berücksichtigt, wenn sie mit den Zielen der Klinik in Einklang stehen.

2.1.3 Einarbeitung

Ein allgemeines berufsgruppenübergreifendes und interdisziplinäres Einarbeitungskonzept dient als Basis zur systematischen Einführung neuer Mitarbeiter. Es ist uns wichtig, eine schnelle Integration in das Team zu erreichen. Für jeden Mitarbeiter erfolgt eine umfangreiche Einarbeitung, die durch einen Praxisanleiter unterstützt wird. Neue Mitarbeiter werden mit den geltenden Dienst-, Verfahrens- und Betriebsanweisungen, Hygienerichtlinien sowie der Unternehmensstruktur bekannt gemacht. Die Einarbeitungszeit wird mit einem Feedbackgespräch abgeschlossen. Neue Mitarbeiter werden von ihrem zuständigen Vorgesetzten

im Intranet vorgestellt. Am Informationstag für neue Mitarbeiter werden die wichtigsten Themen aus der Hygiene, dem Datenschutz, der EDV sowie Informationen der Klinikleitung präsentiert.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Für die Kliniken Starnberg /Penzberg besteht eine zentrale Aufgabe in der Ausbildung des Nachwuchses bzw. der kontinuierlichen und systematischen Fort- und Weiterbildung (FuW) der Mitarbeiter. So sind Ausbildungsstätten für folgende Berufe angegliedert: Gesundheits- und Krankenpfleger (GuK), Operationstechnische Assistenten (OTA), Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen (KiG), Hebammen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (GuKi). Die Klinik ist auch Weiterbildungsstätte für "Klinische Pharmazie". Zwischen den einzelnen Bildungsträgern und dem Klinikum besteht eine enge Zusammenarbeit. Ziel ist die Verknüpfung von Theorie und Praxis zur Gewährleistung einer bestmöglichen Ausbildung. Die Berufsschulordnung des Bayerischen Kultusministeriums wird voll umgesetzt. Die praktische Ausbildung findet durch Lehrkräfte der Schule und ausgebildete Praxisanleiter statt. Unsere Qualität wird durch eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung gesichert. Das Angebot der innerbetrieblichen Fortbildung für die Pflege wird in einem Jahresprogramm bekannt gegeben. Die internen Fortbildungen stehen allen Mitarbeitern offen und werden in der ganzen Klinik bekannt gemacht. Ebenso werden zahlreiche externe Fortbildungen angeboten.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Die Arbeitszeitregelungen sind an die Gesetze sowie Tarifverträge gebunden und erfüllen die Vorgaben des AZG. Zur Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit und zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit werden flexible Arbeitszeiten eingesetzt, die durch ein elektronisches Dienstplansystem unterstützt werden. Die Mitarbeiter können innerhalb gewisser Grenzen eigenverantwortlich die Planung ihrer Arbeitszeiten regeln. Urlaubszeiten werden teamintern abgesprochen und eine Jahresurlaubsplanung erstellt. Die Wünsche unserer Mitarbeiter gehen sowohl in der Planung als auch im Ausgleich von Dienstschichten ein. Wichtig sind uns familienfreundliche Arbeitszeiten. Teilzeitarbeitswünsche der Mitarbeiter werden, wenn möglich, nachgekommen. Dies spielt zunehmend im ärztlichen Bereich eine Rolle. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sollen sich in Angelegenheiten des Mutterschutzes, der Elternzeit und Teilzeit gut beraten fühlen. Daher erhalten alle Mitarbeiter zu den genannten Themen Informationsbroschüren und Merkblätter von der Abteilung Personalservice und werden umfassend beraten.

2.1.6 Ideenmanagement

Die Grundidee der partizipativen Führung ist die Einbindung der Wünsche, aber auch Kritik unserer Mitarbeiter. Die Ansprache erfolgt unkompliziert und direkt im Rahmen des Teams, bei Mitarbeitergesprächen oder an die Klinikleitung. Auf einer Intranet-Plattform werden alle Vorschläge transparent und aktuell mit dem Stand der Umsetzung aufgelistet. Zudem gehen wir aktiv auf die Mitarbeiter zu und erhalten so wertvolle Informationen für Verbesserungen. Mitarbeiterbeschwerden werden ebenfalls im Team oder auch mit Moderation des Betriebsrates geklärt. Zusätzlich steht die Geschäftsführung in einem festen Rahmen ausdrücklich für eine vertrauliche Ansprache zur Verfügung. Im Klinikum gibt es ein Verfahren für ein Vor-

schlagwesen, das sogenannte Ideenmanagement. Mitarbeiter werden für Ideen, bei denen eine Kosteneinsparung erkennbar ist, mit einer entsprechend hohen Prämie entlohnt.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Das Risikomanagementsystem dient dazu bestehende und zukünftige Risiken frühzeitig zu identifizieren, zu priorisieren, entsprechende Strategien zu Risikobewältigung festzulegen und daraus abgeleitete Gegenmaßnahmen in Form von strukturierten Projekten umzusetzen. Das Risikomanagement ist strukturell in klinisches und nicht-klinisches Risikomanagement aufgeteilt. Die Gesamtverantwortung für beide Bereiche liegt bei der GF. Die Verantwortung für Teilbereiche wird an die Abteilungs- und Bereichsleitungen delegiert. Es bestehen klare und schlanke Strukturen die einerseits eine zeitnahe, risiko-relevante Kommunikation Bottom-Up als auch eine gezielte Reaktion Top-Down ermöglichen. Ein wichtiges Instrument im klinischen Risikomanagement ist das CIRS- Meldewesen, bei dem Zwischenfälle gemeldet werden können, die noch keinen Schaden verursacht haben, aber wichtige Erkenntnisse für Fehlermöglichkeiten liefern.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Zum Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung erfolgt bei gefährdeten Patientengruppen eine Abklärung vor Aufnahme, um eine Aufsicht zu sichern, ggf. mit Aufnahme von medizinischen Begleitpersonen. Die Sicherheitsrisiken werden durch individuelle Maßnahmen und erhöhte Aufmerksamkeit des qualifizierten Stationspersonals minimiert. Verschiedene Regularien wie eigenes Sicherheitskonzept für Säuglinge und Kinder, sturzprophylaktische Richtlinien, einer perioperative Checkliste und Patientenidentifikationsarmbänder erhöhen den Schutz der Patienten. Eine WHO- Checkliste soll eine Patientenverwechslung im OP verhindern. Präventionsmaßnahmen, wie der Einsatz eines Niedrigbettes bei sturzgefährdeten Patienten oder der regelmäßigen Durchführung von Wundkonsilen bei dekubitusgefährdeten Patienten, werden ergriffen.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Für das Notfallmanagement sind mehrere Mitarbeiter freigestellt. Es werden für alle Mitarbeiter Notfallschulungen mit praktischen Übungen angeboten; die Teilnahme ist alle zwei Jahre verpflichtend. Es existiert eine Notrufsystematik im Klinikum Starnberg und Klinikum Penzberg. Für beide Häuser wird ein Notfallteam für die Versorgung hausinterner Notfälle 24 Std. vorgehalten. Jede Station hält eine standardisierte Notfallausrüstung vor; das Notfallteam führt ebenfalls einen Notfallrucksack mit sich, so dass jederzeit die optimale Versorgung von Notfällen möglich ist.

3.1.4 Organisation der Hygiene

In den Kliniken Starnberg und Penzberg sind mehrere Hygienefachkräfte, hygienebeauftragte Oberärzte und eine externe Krankenhaushygienikerin tätig. Sie beraten, überprüfen und kontrollieren beide Kliniken. Hygienebeauftragte in der Pflege auf jeder Station sorgen für die Bereithaltung des aktuellen Wissensstandes. Vierteljährlich tagt eine beschlussfassende Hygienekommission, in der die Führungsebene und alle hygienerelevanten Abteilungen des Hauses vertreten sind. Die Hygienebeauftragten in der Pflege treffen sich alle 2 Monate. Im Intranet ist das Hygiene-Handbuch veröffentlicht, welches alle hygienerelevanten Regelungen enthält. Es finden in beiden Häusern regelmäßige angekündigte Stations- bzw. Abteilungsbegehungen mit den mitwirkenden Verantwortlichen (Stationsleitung, Hygienebeauftragte in der Pflege, Hauswirtschaftsleitung, Technik, Pflegedienstleitung) statt, die anhand eines Protokolls dokumentiert werden.

3.1.5 Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement

Ziel der Krankenhaushygiene ist es, das Infektions- bzw. Übertragungsrisiko zu anderen Mitpatienten und Personal so gering wie möglich zu halten. Deshalb wird in den Kliniken Penzberg und Starnberg zum einen ein aktives Screening für MRSA und MRGN anhand eines MRE-Erfassungsbogens und zum anderen ein symptomadaptiertes Screening bei entsprechender Symptomatik z.B. bei V.a. Noroviren, Influenza, Clostridien mit jeweils festgelegten Hygienemaßnahmen auf Station angewandt. Anlehnend an die Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts wird in den Kliniken Starnberg und Penzberg ein engmaschiges Ausbruchmanagement gepflegt. Hierzu werden, wie bei der Überwachung der Screeningverfahren auch, jeden Tag die Laborbefunde gesichtet, überprüft und mit den Isolationsmeldungen der Stationen verglichen und dokumentiert. Als Basis der Evaluation nosokomialer Infektionen werden in den Kliniken Starnberg und Penzberg die Richtlinien zur Krankenhaus- und Infektionsprävention (KRINKO) des Robert-Koch-Instituts und der Verordnung zur Veränderung der Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (Bayerische Medizinhygieneverordnung-MedHygV) umgesetzt.

3.1.6 Arzneimittel

Der Bereitstellung von Arzneimitteln ist rund um die Uhr durch die hausinterne Klinikapotheke gewährleistet. Die Ablauforganisation vom Einkauf bis zur Lieferung über den Auffüllservice und Beratung ist festgelegt. Die Arzneimittelbestände und Lagerhaltung werden regelmäßig kontrolliert. Zur Patientensicherheit und unter ökonomischen Gesichtspunkten ist die Arzneimittelorganisation und -verschreibung durch eine Lagerhaltung und Verordnung nach Wirkstoffnamen eingeführt. Die Arzneimittelkommission (AMK) entscheidet über die Listung von Arzneimitteln und Medizinprodukten, die von den Stationen und Abteilungen regulär bestellt werden können. Die Rechte und Pflichten der AMK sind in der hausinternen Geschäftsordnung beschrieben. Zu pharmakologischen Fragestellungen steht ein Arzneimittelinformationsservice der Klinikapotheke zur Verfügung. Die Anwendung von Arzneimitteln sowie der Umgang mit Nebenwirkungen sind durch verschiedene Richtlinien und Standards ebenso geregelt wie die Meldekette und die Verantwortlichkeiten bei unerwünschten Nebenwirkungen. Bei jedem Patienten erfolgt eine individuelle Arzneimittelanamnese. Hausübergreifend wurde ein strukturierter Arzneimittel-Anamnesebogen erstellt.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Die Organisation des Transfusionswesens ist in beiden Kliniken weitgehend einheitlich strukturiert: es existiert ein Transfusionsverantwortlicher und ein Qualitätsbeauftragter für beide Häuser, für jede Abteilung ein Transfusionsbeauftragter und eine Transfusionskommission, die zweimal jährlich tagt. Es liegt ein Qualitätsmanagement-Handbuch für Hämotherapie und ein weiteres für die maschinelle Autotransfusion vor, die einer regelmäßigen Revision unterliegen, für jeden Mitarbeiter im Intranet (Dokumentenpool) zugänglich sind und in dem alle Qualifikationsanforderungen und Verantwortungsbereiche festgelegt sind. Die Qualifikationen der MA werden vom Transfusionsverantwortlichen überprüft und dokumentiert, jeder neue ärztliche MA wird eingewiesen. Das Zentrallabor untersteht in beiden Häusern externen Betreibern.

3.1.8 Medizinprodukte

Die Bereitstellung von Medizinprodukten erfolgt in enger Abstimmung mit der Medizintechnik und nach Prüfung der rechtlichen Anforderungen durch die Einkaufsabteilung entsprechend dem hausinternen Handbuch. Das Handbuch beschreibt die jeweiligen Pflichten der Technik, des Einkaufs und der Anwender beim Einsatz von und Umgang mit Medizinprodukten. Die Wartung incl. der mess- und sicherheitstechnischen Kontrollen und Prüfungen sowie die Instandhaltung von Medizinprodukten regelt die hausinterne Medizintechnik. In jedem betroffenen Bereich gibt es Beauftragte für Medizinprodukte, die zur Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen geschult werden und regelmäßig in einem Forum berichten.

3.2.1 Arbeitsschutz

Der Arbeitsschutz wird von einer Fachkraft für Arbeitssicherheit, einem Strahlenschutzbeauftragten und jeweils einem benannten Sicherheitsbeauftragten pro Abteilung zusammen mit der Geschäftsführung sichergestellt. In der regelmäßig tagenden Arbeitsausschusssitzung werden Arbeitsschutzziele und die Unfallverhütung beraten und entschieden. Durch Schulungen und Abteilungsbegehungen werden die Mitarbeiter aufgeklärt. Die arbeitsmedizinische Vorsorge obliegt der Betriebsärztin, die die Mitarbeiter über präventive Maßnahmen und Impfungen informiert. Alle Mitarbeiter erhalten zu Beginn ihrer Tätigkeit und dann alle drei Jahre eine arbeitsmedizinische Vorsorge entsprechend ihrer Tätigkeit.

3.2.2 Brandschutz

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

3.2.3 Datenschutz

Für die Einhaltung der gesetzlichen Regelungen des Datenschutzes ist jeder Mitarbeiter mit verantwortlich. Die Einhaltung wird von einer internen Datenschutzbeauftragten überwacht. Jeder Mitarbeiter hat sich schriftlich zur Einhaltung der im Datenschutzhandbuch geregelten Datenschutzbestimmungen ver-

pflichtet. 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.

3.2.4 Umweltschutz

Das Klinikum Starnberg ist EMAS- validiert; in Penzberg ist mit Ökoprot Energie ein Energieaudit durchgeführt. Die benannte Beauftragte für die Abfallwirtschaft ist für die Erstellung und Pflege des Abfallwirtschaftskonzepts verantwortlich. Das Ziel ist, Verbesserungsmöglichkeiten zu nutzen, um umweltschädigende Stoffe zu vermeiden, den Verbrauch an Wasser und Energie gering zu halten, und die Abfalltrennung und Entsorgung zu regeln. Kernthema des betrieblichen Umweltschutzes ist die Nutzung alternativer Energien, wie Photovoltaik oder der Betrieb eines BHKWs.

3.2.5 Katastrophenschutz

Die Kliniken sind in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden. Die Aufnahmeverpflichtungen für Notfallpatienten bei Großschadenereignissen sind geregelt. Im hausinternen Katastrophenplan für externe und interne Notfälle sind die personellen Zuständigkeiten, Verhaltensregeln und Alarmierungswege in Notfallsituationen festgelegt. Es sind auch die neuen Gefahrenlagen, wie Amoklauf oder Bombendrohung berücksichtigt.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Die Maßnahmen zum Umgang und zur Vermeidung von nichtmedizinischen Notfällen der Technik und EDV sind geregelt. Die Medienversorgung (Strom, Gas, Wasser, Sauerstoff, Druckluft, Heizung-Lüftung, EDV) erfolgt redundant. Die Notstromversorgung wird regelmäßig durch die Haustechnik überprüft. Die Notversorgung von Sauerstoff erfolgt über eine automatische Umschaltanlage. Rufbereitschaften sind eingerichtet. Es gibt für die einzelnen Abteilungen Ausfallszenarien mit einem entsprechenden Maßnahmenkatalog.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Zielsetzung des Einsatzes der IT Infrastruktur ist die Unterstützung der Kernprozesse der Kliniken. Die IT Services werden seitens der Holding Starnberger Kliniken GmbH zur Verfügung gestellt. Die Verkabelungen innerhalb der Gebäude unterliegen der Hoheit der einzelnen Kliniken. Die IT Services ermöglichen rund um die Uhr nach einem definierten Berechtigungskonzept Zugriff auf die digitalen Daten. Das Rahmenkonzept der Sicherstellung einer uneingeschränkten Nutzung der IT beinhaltet Schritte der DS, Hochverfügbarkeit durch Ausbau der Redundanzen sowie proaktives Monitoring und Alarmierung im Störfall. Die Datensicherheit wird durch die Anforderungen an Hochverfügbarkeitssysteme des BSI Grundschutzes sowie deren Umsetzung gewährleistet.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Die Erfassung, Führung, Dokumentation, DRG-kodierung und Archivierung der Patientendaten im Haus ist durch die Dienstanweisung sowie abteilungsspezifische Konzepte geregelt. Neue Mitarbeiter werden entsprechend geschult. Die Dokumentation findet teilweise noch in Papierform statt. Es findet eine kontinuierliche Erweiterung der elektronischen Patientenakte statt. Anamnese, Diagnosen, Therapien, Krankheitsverlauf, ärztliche und pflegerelevante Ereignisse, getroffene Maßnahmen und deren Wirkung werden vollständig, zeitnah und stets nachvollziehbar dokumentiert. Damit ist sichergestellt, dass alle mit der Behandlung des Patienten betrauten Mitarbeiter stets aktuell informiert sind. Zur Vermeidung und zur Korrektur von Dokumentationsmängeln findet täglich z.B. im Rahmen einer Kurvenvisite ein systematischer Abgleich der Dokumentation zwischen Ärzten und Mitarbeitern der Pflege statt.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Alle an der Behandlung eines Patienten beteiligten Personen können entsprechend den Datenschutzbestimmungen zu jeder Zeit auf elektronische Daten und Patientenakten in Papierform zugreifen. Dies gilt auch für archivierte Daten aus früheren Aufenthalten. Der noch papierbezogene Teil der Patientenakte ist unter Berücksichtigung des Datenschutzes in den Behandlungsbereichen verfügbar.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Es existiert ein umfangreiches Berichtswesen mit klar definierten Informationsflüssen, Zeitpunkten und Inhalten, das der Krankenhausleitung faktenbasierte Entscheidungen und Steuerungseingriffe ermöglicht. Das jeweilige Reporting ist klar definiert. Zusätzliche Instrumente, wie regelmäßige Betriebsversammlungen und Sprechstunden der Geschäftsführung ermöglichen eine Informationsweitergabe. Durch Bildung von Konzernstrukturen sind die Informationsstrukturen der Unternehmensleitung(en) überarbeitet worden. Der strategische Teil wird durch die Geschäftsführung der Holding wahrgenommen, der operative durch die Geschäftsführungen der jeweiligen Klinik.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Die zeitnahe und umfassende Weitergabe der Informationen der Unternehmensführung, Abteilungsführung und Patientenbehandlung wird durch interdisziplinäre Besprechungsforen gewährleistet. Belegarztbesprechungen und Lenkungsgruppen erlauben die Kommunikation mit externen Partnern. Ziel aller Besprechungen ist der Informationsaustausch und die Entscheidungsvorbereitung für GF und Klinikleitung. Bereichsinterne Besprechungen unterstützen die Organisation des Routinebetriebs. Eingesetzte Kommunikationsmedien (z.B. für Infos und Protokolle) sind das Intranet, das Mailsystem, Rundbriefe und das EDV-gestützte Berichtswesen. Eine persönliche Informationsvermittlung erfolgt in Betriebsteilversammlungen und Klausurtagungen. Der Informationsaustausch mit niedergelassenen Ärzten findet sowohl im direkten Dialog als auch in sog. Zuweiser-Veranstaltungen statt. Patienten und Angehörigen wird bei Visiten und zu festen Sprechzeiten Auskunft erteilt, unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Die Kliniken haben jeweils ein eigenes Leitbild, das einen verbindlichen Rahmen für die gemeinsamen Wertvorstellungen, die Ziele der Arbeit in einem modernen sozialen Dienstleistungsunternehmen und den Umgang miteinander festlegt. Die Leitbilder werden in verschiedenen Gesprächsforen, auf der jährlichen Tagung der Führungskräfte und auf Abteilungsebene kommuniziert. Über die Abteilungsleitungen werden die Inhalte und Werte der Leitbilder an die Mitarbeiter vermittelt. Bereits bei der Einführungsveranstaltung neuer MA wird das jeweilige Leitbild präsentiert und diskutiert. Alle Zielvereinbarungen orientieren sich am entsprechenden Leitbild. Das jeweilige Leitbild ist Grundsatz des Handelns und der Verhaltensweise aller MA. Da die Leitbilder einvernehmlich als verbindliche Orientierungsvorgabe kommuniziert werden, hat jeder MA das Recht, dessen Beachtung einzufordern.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Führungskompetenzen wurden in den letzten Jahren bei den Führungskräften stark gefördert. Für die Führungskräfte des Klinikums Starnberg und Penzberg wurde eine Schulung mit mehrtätigen Schulungsmodulen entwickelt. 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 wird die Zufriedenheit der Mitarbeiter kritisch reflektiert. Betriebsausflüge und Betriebsfeste fördern die Identifikation der Mitarbeiter mit dem Unternehmen.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Ethische Problemstellungen werden unmittelbar in der Klinikleitung unter Beteiligung von Seelsorgern beider großen Konfessionen und im Einzelfall durch Hinzuziehen weiterer interner (insbesondere Ethikkomferenz) wie externer Fachkompetenz (niedergelassene Juristen, niedergelassene Psychoonkologen) behandelt. Die Klinik greift zudem auf die vorhandene Notfallseelsorge zurück, die auf den Umgang mit existenziell bedrohlichen Situationen und die damit vorhandene Krisenintervention spezialisiert ist. Eine Ethikkommission, die sich mit ethischen Fragestellungen befasst, tagt mindestens vierteljährlich. Schwierige Entscheidungen mit ethischem Hintergrund werden abteilungsintern auf Führungsebene behandelt.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Marketingaktivitäten werden in regelmäßigen Besprechungen mit der Geschäftsführung abgestimmt. Größere Aktionen werden zeitnah im Vorfeld geplant. Die Kliniken verfügen über diverse Flyer, in denen die verschiedenen Abteilungen ihr Leistungsspektrum präsentieren. Ein wesentlicher Bestandteil der Marketingaktivitäten findet über die Gesundheitsakademie statt. Hauptmedium für die externe Kommunikation ist die Homepage des Klinikums. Sie beinhaltet zahlreiche Informationen für Patienten, Besucher, aber auch Kooperationspartner und Mitarbeiter. Mittels Pressegesprächen wird die Öffentlichkeit über aktuelle Änderungen im Klinikum informiert. Durch Messeteilnahmen kann die Bevölkerung einen Überblick über das Leistungsspektrum des Klinikums erhalten.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

2012 wurde das Klinikum Penzberg als Tochter zur Kreiskrankenhaus Starnberg GmbH zugeordnet. Eine wesentliche Unternehmensstrategie ist seitdem, dass die Kliniken nicht nur formal zusammengehören, sondern in allen Bereichen zusammenarbeiten und Synergieeffekte genutzt werden. Im Fokus stehen die Zentralen Dienste, welche v.a. im Verwaltungsbereich in den Kliniken tätig sind. Seit 2018 sind diese Abteilungen in eine Holding ausgelagert und die Kliniken sind als Töchter der Holding gleichermaßen untergeordnet. Durch diese Organisationsänderung steht der Fokus in der Zusammenarbeit der Kliniken mit der Holding und den Töchtern. Es gibt einen festgelegten Prozess für die Erstellung des Wirtschaftsplans, der Finanz- und Investitionspläne. Im Aufsichtsrat wird der Wirtschaftsplan genehmigt. Hier steht die prinzipielle Ausrichtung der Kliniken und des Konzerns im Mittelpunkt.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Auf Grundlage der langfristigen Strategien und Ziele für den Planungszeitraum und der finanziellen und personellen Ressourcen wird jedes Jahr ein Wirtschaftsplan erarbeitet. Dieser besteht aus Erfolgs-, Finanz-, Investitions- und Stellenplan. Ebenfalls wird ein Liquiditätsplan erstellt, der die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben darstellt. Alle Planungen sind auf das zu planende Gesamtjahr ausgerichtet. Ein umfangreiches Controlling sorgt für Transparenz und gibt den Klinikleitungen Informationen über die finanzielle Entwicklung der Kliniken. Das kaufmännische Risikomanagement stützt sich dabei auf die Festlegung und Überprüfung von Kennzahlen. Für die Vermeidung von Korruption gibt es strenge Regelungen, deren Einhaltung von der Geschäftsführung überwacht wird.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Die strategische Ausrichtung des Klinikums beinhaltet zahlreiche Partnerschaften und Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern. Diese beziehen sich auf das gesamte Spektrum der medizinischen Leistung, wie Radiologie, Labor, Sterilisation, amb. Dienste, niedergelassene Ärzte, Beleg- und Konsiliarärzte, aber auch Bereiche der Prävention, Rehabilitation und Pflege. Daneben gibt es zahlreiche Zusammenarbeiten mit Selbsthilfegruppen. Kulturelle Veranstaltungen im Klinikum sind auch für die Starnberger Bewohner offen. Unsere Ziele sind die Arbeitsplätze für unsere MA zu sichern, unsere Standorte zu stärken, unser Leistungsspektrum für die Patientenversorgung stetig zu erweitern und neue Geschäftsfelder zu entwickeln, die Qualität und/oder die Wirtschaftlichkeit kontinuierlich zu verbessern und nicht zuletzt auch andere gesellschaftliche Verpflichtungen und Aufgaben wahrzunehmen

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Eine Geschäftsordnung für den Aufsichtsrat sowie für die Geschäftsführung regelt die Arbeitsweise der Gremien. Eine eindeutige Organisationsstruktur in Form eines Organigramms mit Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten liegen für die Kliniken vor. Daran können sich Patienten, Angehörige, MA und externe Partner klar orientieren. Alle Kliniken, Abteilungen, Stabsstellen und Funktionen mit ihren jeweiligen Führungsinstanzen werden in einem Organisationsplan erfasst. Diese Übersicht wird bei Bedarf von der GF aktualisiert. Neben diesem Organigramm werden laufend Dienstanweisungen zur Übertragung besonderer Kompetenzen (z.B. im Vertrags- und Kontenbereich) gepflegt.

5.3.2 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 MA. Dies versetzt das Unternehmen in die Lage, Lösungen auf die vielfältig gestellten Aufgaben zu erarbeiten. Grundlage ist hierbei die Erfassung von Wissen. Sowohl beim Innovations- als auch beim Wissensmanagement ist Zusammenarbeit mehrerer Teams wichtig. Im Pflegedienst wird ein webbasiertes Trainingsmodul eingeführt. Ziel ist die Möglichkeit der elektronischen Durchführung der gesetzlich vorgeschriebenen Pflichtfortbildungen.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Der festen Überzeugung folgend, dass die Verantwortung für die Qualität einer Leistung genauso wenig delegierbar ist wie Führungsverantwortung, sind alle Verantwortlichkeiten in unserem QM-System direkt auf die Führungskräfte übertragen. Ziel war und ist es, keine "Parallel-Organisationen" aufzubauen. Somit sind alle Organisationseinheiten in das QM-System mit eingebunden. Oberster "hauptamtlicher" Qualitätsbeauftragter ist somit auch der Geschäftsführer. Dies spiegelt auch das Organigramm wieder. Die unmittelbare Verantwortlichkeit für Qualitätsmanagement ist elementarer Bestandteil der Führungsaufgabe unserer Führungskräfte. Hierauf werden die Führungskräfte und MA qualifiziert. Dies ist fester Bestandteil der Regelkommunikation.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -Optimierung

Alle wichtigen Abläufe des Klinikums laufen über Prozesse ab. Eine genaue Prozessanalyse und Prozessoptimierung ermöglicht eine hohe Leistungserbringung. Definierte Prozesse, Prozesskennzahlen, Schnittstellen führen zu einer zusammenhängenden Prozessstruktur. Durch zahlreiche Standards und Verfahrensanweisungen werden komplexe Prozessabläufe beherrscht. Eine prozessorientierte Vorgehensweise wurde im Klinikum seit Jahren etabliert. Hierbei wurden die Kernprozesse sowie je nach Aufgabenstellung die Teilprozesse identifiziert und festgelegt. Die Definition und Regelung erfolgten im Wesentlichen über Standards, geregelt. Die Prozessanalysen werden durch das Risikomanagement im Auftrag von Klinikleitung koordiniert aber durch die in den Abteilungen und Organisationseinheiten festgelegten Prozessverantwortlichen durchgeführt.

6.2.1 Patientenbefragung

Zufriedenheit von Patienten ist ein wichtiger Qualitätsindikator. Die Erfassung des Zufriedenheitsgrades der Patienten und Angehörigen wird durch regelmäßige Befragungen sichergestellt. Die Auswertungen werden in der Lenkungsgruppe Qualität ausführlich präsentiert und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. 2017 wurde eine große Patientenbefragung mit Hilfe eines externen Instituts bei meh-

renen tausend Patienten durchgeführt. Die Ergebnisse werden in Führungsgremien besprochen und Verbesserungen abgeleitet.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

In der Vergangenheit wurden in allen Kliniken Einweiserbefragungen durchgeführt mit dem Ziel die Zusammenarbeit hier zu verbessern. Durch die Ergebnisse und aus deren Verbesserungsmaßnahmen haben sich stabile und intensive Kooperationsverhältnisse entwickelt. Alle beteiligten Mitarbeiter sind in die Kontaktpflege eingebunden. Durch den regelmäßigen, jeweils patientenbezogenen Kontakt durch die Mitarbeiter des Sozialdienstes sowie der Pflegeüberleitung, besteht insbesondere mit den nachsorgenden Einrichtungen in der näheren Umgebung permanenter Austausch. Hier ist eine optimale Übergabe des Patienten in den nachsorgenden Bereich Kernthema.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Mitarbeiterbefragungen zur Feststellung der Zufriedenheit aller Mitarbeiter werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. 2017 fand eine Mitarbeiterbefragung erstmals für beide Kliniken statt. Die Mitarbeiter wurden in Betriebsteilversammlungen über den Sachstand der Projekte laufend informiert. Daneben haben die Mitarbeiter in jährlich stattfindenden Gesprächen die Möglichkeit, Wünsche, Beschwerden, Kritik u.a. zu äußern.

6.3.1 Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen

Die Zufriedenheit der Patienten, Mitarbeiter und Partner ist dem Klinikum sehr wichtig. Somit wurde ein Beschwerdemanagement geplant, konzipiert und etabliert. Die regelmäßig zu wiederholende Patientenbefragung soll die Wünsche und Probleme der Patienten identifizieren, so dass auf dieser Grundlage Prozesse und Abläufe langfristig verändert werden können. Das aktive Beschwerdemanagement soll aktuelle Probleme beseitigen und Wünsche kurzfristig erfüllen. Jeder Patient wird auf die Möglichkeit einer Beschwerde bzw. einer Kritik durch Informationsmaterialien hingewiesen. Patientenfürsprecher stehen bei Konflikten zwischen Patient und Klinik beratend zur Seite. Für Mitarbeiter besteht im Rahmen einer Betriebsvereinbarung die Möglichkeit, sich an eine unabhängige Vertrauensperson zu wenden.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Die Klinik beteiligt sich neben der verpflichtenden Sammlung qualitätsrelevanter Daten auch an zahlreichen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung in nicht mehr verpflichtenden Indikationen, oder beispielsweise der Perinatalerhebung sowie der Meldung aller Malignome an das Münchner Tumorzentrum. Durch die Zertifizierung von zwei Organzentren (Brustzentrum und Gynäkologisches Krebszentrum) erheben wir zahlreiche qualitätsrelevante Daten und werten diese aus. Gleiches gilt für die erfolgreiche EMAS-Validierung. Es werden zahlreiche hygienerelevante Daten erfasst und ausgewertet. Bei der Planung der Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung finden Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften in allen Abteilungen Anwendung. Methoden der externen Qualitätssicherung werden auch bei internen QS- Maßnahmen verwandt.