



KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus: Klinikum Starnberg

Institutionskennzeichen: 260912285

Anschrift: Oßwaldstraße 1
82319 Starnberg

**Ist zertifiziert nach KTQ[®]
mit der Zertifikatnummer:** 2018-0048 KHVB

**durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle:** WIESO CERT GmbH, Köln

Gültig vom: 12.07.2018

bis: 11.07.2021

5. Zertifizierung

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	8
1. Patientenorientierung	9
2. Mitarbeiterorientierung	12
3. Sicherheit - Risikomanagement	14
4. Informations- und Kommunikationswesen	18
5. Unternehmensführung	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 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 Starnberg** 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



Das Klinikum Starnberg hat den öffentlichen Auftrag, die Grund- und Regelversorgung der Region sicherzustellen. Hierfür stehen gemäß dem bayerischen Krankenhausplan 300 Betten zur Verfügung. Darüber hinaus ist im Laufe der Jahre durch die Anbindung zahlreicher weiterer Fachbereiche und durch Ansiedlung niedergelassener Praxen ein großes Gesundheitszentrum entstanden. Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München ist das Klinikum an der fachlichen Ausbildung von Ärzten und Therapeuten maßgeblich beteiligt. Dem Klinikum sind Schulen für Krankenpflege, Physiotherapie und operationstechnische Assistenten angeschlossen.

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.

Das Klinikum Starnberg ist im Verbund der Gesundheit Oberbayern GmbH, ein Verbund von zwölf kommunalen Krankenhäusern in der Region Oberbayern.

Unsere Zielsetzung

Im Mittelpunkt unserer Arbeit stehen die Menschen, die sich vertrauensvoll in unsere Obhut begeben. Wir verstehen Krankheit als ein gestörtes Zusammenwirken körperlicher und seelischer Funktionen. Entsprechend ganzheitlich gestalten wir die Behandlung unter Berücksichtigung der sozialen Aspekte. Unsere Patienten sollen sich in unserer Klinik geborgen fühlen in der Sicherheit, optimal betreut zu werden. Um dies zu gewährleisten, arbeiten alle Mitarbeiter Hand in Hand zusammen. Jeder trägt durch gewissenhafte Erfüllung seiner Aufgaben seinen Anteil zum Wohlbefinden und zur Genesung unserer Patienten bei. Das Berücksichtigen der Bedürfnisse und Wünsche unserer Patienten bei der Betreuung und Behandlung ist uns ein Hauptanliegen.

Fachrichtungen

Das Leistungsspektrum unserer Klinik:

- Medizinische Klinik mit Kardiologie, Nephrologie, Gastroenterologie und Palliativmedizin
- Chirurgische Klinik mit Endokrine Chirurgie, Unfallchirurgie, Viszeral- und Allgemein Chirurgie, Orthopädie und Plastisch-ästhetische Chirurgie
- Handchirurgie
- Frauenklinik inklusive Geburtshilfe,
- Klinik für Kinder- und Jugendmedizin inklusive Neonatologie und Tagesklinik,
- Urologie,
- Anästhesie
- Belegabteilungen HNO, Neurologie, Onkologie, Plastische Chirurgie

Am Klinikum Starnberg arbeiten die einzelnen Fachabteilungen auch in nachfolgenden fachübergreifenden Zentren zusammen: Perinatalzentrum (Level II), zertifiziertes Brustzentrum, zertifiziertes gynäkologisches Krebszentrum, Referenzzentrum für Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie, zertifizierte CPU sowie Zentrum für Hypertonie.

Klinikum Starnberg - das regionale Gesundheitszentrum für die ganze Familie

In Deutschland wird zunehmend erkannt, dass das Wissen um die Erhaltung der Gesundheit und um die Behandlung von Krankheit in sektorübergreifenden und interdisziplinären Kompetenzzentren gebündelt werden muss. Ein tiefgreifender Strukturwandel führt daher in unserem Gesundheitswesen zu neuen Versorgungsformen. Das Klinikum Starnberg hat diese Entwicklung frühzeitig erkannt und realisierte am Standort Starnberg den Aufbau eines Gesundheitszentrums, in dem Kompetenzen zusammengeführt und Leistungen "aus einer Hand" ermöglicht werden. Die Konzentration der verschiedenen Einrichtungen und Fachspezialisten auf einem Gelände macht medizinische Kooperation für die Bevölkerung besonders lohnenswert und attraktiv. Die integrierte Versorgung zu Gunsten des Patienten wird hier bereits in vielen Ansätzen umgesetzt.

In den verschiedenen Einrichtungen unseres Gesundheitszentrums finden Sie eine hohe Vielfalt und Bandbreite an medizinischen Angeboten:

Klinikum Starnberg

Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 300 Behandlungsplätzen.

PoliCenter

Ambulante Fachzentren in besonders enger Vernetzung und baulicher Anbindung mit dem Klinikum; Ambulantes OP-Zentrum; Ambulantes Endoskopie-Zentrum

MediCenter*

Fachärzte- und Geschäftshaus - in sinnvoller Ergänzung zu den Fachdisziplinen des Klinikums

Gesundheitsakademie

Präventionseinrichtung zur Informationsvermittlung und Gesundheitsschulung

Residence

Klinikeigenes Gästehaus mit interdisziplinärer Wahlleistungsstation für Patienten, Begleitpersonen und Gäste des Gesundheitszentrums

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Klinikum stellt umfangreiche Patienteninformationen bezüglich Erreichbarkeit und Aufnahmemodalitäten im Internet und in Druckform zur Verfügung. Über ein Bettendispositionsprogramm können Betten im Voraus gebucht werden. Die stationäre Aufnahme erfolgt mit Ausnahme von Kindern und Schwangeren in der Zentralambulanz. Die Notfallaufnahme und die Aufnahme elektiver Patienten sind räumlich getrennt. Seit Anfang des Jahres entlastet eine Bereitschaftspraxis der KVB die Notfallambulanz. Vital bedrohte Notfallpatienten werden in der Zentralambulanz vom Notfallteam erstversorgt. Eine Chest Pain Unit (CPU) versorgt Patienten mit unklaren Brustschmerzen. Die Klinik ist mit ÖPNV hervorragend angebunden. Parkplätze sind in ausreichender Zahl vorhanden. Ein Wegeleitsystem ermöglicht eine einfache Orientierung im Krankenhaus.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Die Behandlung im Klinikum folgt den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Fachübergreifende, hauseigene Leitlinien, z.B. für die Schmerztherapie, wurden erarbeitet und über Fortbildungen den Mitarbeitern vermittelt. Häufig anzuwendende Standards und Verfahrensanweisungen sind in laminierten Kitteltaschenformaten verfügbar, z.B. Antibiotikarte in der Kinderklinik, Schmerzmitteltherapie. Standards und Leitlinien wurden den formalen Anforderungen angepasst, sie werden regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüft und überarbeitet. Sie sind über das Intranet oder am Arbeitsplatz in Papierform verfügbar.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Die Umsetzung des Patientenrechtegesetzes ist für alle an der Behandlung des Patienten Beteiligten von enormer Wichtigkeit. Die Patientenrechte werden, gesetzlichen Vorgaben folgend, gewahrt. Kernthema stellt hier die Aufklärung des Patienten dar. Entsprechende Informationen sind in Aufklärungsbögen (auch in mehreren Sprachen) vorhanden. Patienten, ggf. Angehörige und Eltern, werden zeitnah über geplante diagnostische und therapeutische Maßnahmen informiert und in weitere Entscheidungen einbezogen. Patienten mit infauster Prognose werden über palliative Behandlungsmöglichkeiten informiert. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. Bei Bedarf stehen fremdsprachige Informationsbögen und sprachkundige Mitarbeiter zur Verfügung.

1.1.4 Ernährung und Service

Die Patientenzimmer sind patienten- und sachgerecht in Übereinstimmung mit den gesetzlichen und anderen Vorgaben eingerichtet. Es gibt Ein-, Zwei- und Dreibettzimmer. Die Residence bietet eine hotelähnliche Ausstattung für Wahlleistungspatienten an. Spezifische Räumlichkeiten wie Cafeteria oder Andachtsraum stehen zur Verfügung. Das Klinikum wendet aktuelle Erkenntnisse auf dem Gebiet der Ernährungswissenschaften an. Die Speisenbestellung erfolgt EDV-gestützt durch die Mitarbeiter des Serviceteams. Die Essensbestellung kann den individuellen Wünschen der Patienten angepasst werden. Eine Vielzahl von Sonderkostformen steht zur Verfügung. Diätassistenten stehen als Ernährungsberater täglich zur Verfügung.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Zentralambulanz ist 2014 komplett renoviert worden. Damit ist die getrennte Aufnahme von elektiven und Notfallpatienten gewährleistet. Eine ChestPainUnit, welche in den Räumlichkeiten der Zentralambulanz untergebracht ist, optimiert die Versorgung von Patienten mit Brustschmerzen. Die Zentralambulanz ist ganztags ärztlich und pflegerisch besetzt und kann jederzeit Notfälle versorgen. Die Aufnahmebereitschaft ist durch Dienstplanregelungen gewährleistet. Diagnostik und Behandlung von Notfällen erfolgen entsprechend festgelegter Standards und eines standardisierten Schockraummanagements. Der Schockraum ist als lokales Traumazentrum zertifiziert. Das Klinikum verfügt über eine Stroke-Unit mit 24-Stunden-Bereitschaft.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Die ambulante Notfallversorgung ist durch alle Fachdisziplinen rund um die Uhr gewährleistet. Eine ambulante Bereitschaftspraxis der KVB unterstützt die Versorgung der Notfallpatienten. Eine kassenärztliche Behandlung ist in der Notfallambulanz sowie im Rahmen von Teilermächtigungen für Kindergastroenterologie und gynäkologische Onkologie möglich. Alle Hauptabteilungen bieten Sprechstunden für Privatpatienten an, ferner existieren ambulante Sprechstunden für Viszeral- und Unfallchirurgie. Vorbefunde werden standardmäßig genutzt. Untersuchungsbefunde werden umgehend an weiterbehandelnde niedergelassene Kollegen bzw. klinische Einrichtungen weitergeleitet.

1.3.2 Ambulante Operationen

Das ambulante OP-Zentrum befindet sich im Policenter in einem Gebäudeteil des Klinikums. Die Indikation zu ambulanten Operationen wird in den fachspezifischen chirurgischen Sprechstunden durch einen Facharzt geprüft. Hier finden auch präoperative Untersuchung und OP-Aufklärung mit Sicherungsaufklärung statt. Vorbefunde werden berücksichtigt. Der Patient erhält ausführliches Informationsmaterial. Die OP-Terminierung erfolgt EDV-gesteuert. Ambulante Operationen werden im Policenter durchgeführt. Bei Entlassung erhält der Patient eine ausreichende Schmerzmedikation und einen Kurzbrief mit notwendigen Informationen.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

In der Zentralambulanz sind Checklisten und Algorithmen für alle wesentlichen Diagnosen vorhanden. Für einige Diagnosen existieren Zeitziele. Lebensumstände und Risiken des Patienten werden mittels eines standardisierten Formulars erfasst. Eine multiprofessionelle Abstimmung bezüglich der Behandlungsplanung findet bei den täglichen Visiten und Teambesprechungen statt. Ein hoher Facharztanteil, z.T. mit Subspezialitäten, sichert ein hohes Kompetenzniveau bezüglich Diagnostik und Therapie. Die Durchführung der stationären Diagnostik ist in den Hauptabteilungen fachspezifisch geregelt. Vorbefunde sollen genutzt, Mehrfachuntersuchungen vermieden werden. Konsile ärztlicher Mitarbeiter anderer Fachabteilungen sind jederzeit möglich, für im Hause nicht vorhandene Fachdisziplinen stehen externe Konsiliarärzte zur Verfügung. Die Patienten bzw. deren Sorgeberechtigte sowie die Eltern unserer pädiatrischen Patienten werden grundsätzlich eingehend über alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen informiert.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Therapie erfolgt leitlinienkonform und nach hauseigenen Standards. Patienten, ggf. Angehörige und Eltern werden über geplante diagnostische und therapeutische Maßnahmen 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 ist durch die Hausapotheke jederzeit gesichert. Eine umfassende, EDV-gestützte pharmakologische Beratung wird durch die Leitung der hauseigenen Apotheke sichergestellt. Die Schmerztherapie erfolgt leitliniengerecht, das Klinikum hat das Zertifikat "qualifizierte Schmerztherapie" erworben. Die Versorgung nach dem Facharztstandard ist ganztags gesichert.

1.4.3 Operative Prozesse

Die diagnosebezogene Indikationsstellung zu einem operativen Eingriff entspricht den fachspezifischen Leitlinien. Die Aufklärung des Patienten zum Eingriff und die Prämedikation durch die Anästhesie erfolgt entweder im Rahmen der ambulanten Vorstellung in den speziellen Sprechstunden oder am Vortag der Operation mit Hilfe von standardisierten, eingriffsbezogenen Aufklärungsbögen. Mittels Unterstützung eines Bettendispositionsprogramms ist eine langfristige OP-Planung möglich. Das elektive OP-Programm wird am Vortag koordiniert und im OP-Plan fixiert. Notfälle können nachträglich integriert werden. OP-Bereitschaft besteht rund um die Uhr. Wechselzeiten werden erfasst, analysiert und laufend optimiert.

1.4.4 Visite

In allen Abteilungen finden täglich Visiten statt; Chefarztvisiten und Oberarztvisiten werden ebenfalls regelmäßig durchgeführt. Die Visitenzeiten sowie die Regelung der Visiten an Wochenenden und Feiertagen sind in allen Abteilungen schriftlich festgelegt. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden bei der Kurvenvisite überprüft. Auf der Intensivstation finden mehrmals täglich Visiten statt. Die bei der Visite erhobenen Befunde sowie ärztliche Anordnungen und Zusammenfassungen von Patientengesprächen werden in der Patientenakte dokumentiert. Die Dokumentation der Pflege erfolgt einmal pro Schicht in der elektronischen Patientenakte. Durch eine Pharmazeutin der Hausapotheke wird im wöchentlichen Turnus zusammen mit den Ärzten eine pharmakologische Kurvenvisite auf der Erwachsenenintensivstation und den chirurgischen Abteilungen durchgeführt. Die neu eingeführten Pflegevisiten sind als ein regelmäßiger Besuch und ein Gespräch mit dem Patienten über den Pflegeprozess zu verstehen.

1.5.1 Entlassungsprozess

Das Entlassmanagement wird umgesetzt. Bei allen betroffenen Patienten wird die Einwilligung eingeholt. Die Entlassungsplanung beinhaltet alle notwendigen Maßnahmen, wie Organisation der Weiterbehandlung, Fertigstellen der benötigten Dokumente und bei Bedarf Einbeziehung der Angehörigen. Die Entlassungsplanung erfolgt z.T. schon bei Aufnahme bzw. bei den Visiten, je nach klinischem Verlauf. Bei Bedarf werden Sozialdienst oder Pflegeüberleitung frühzeitig angefordert. Sie organisieren die Weiterversorgung durch ambulante Dienste bzw. Rehabilitation. Ausführliche Entlassungsgespräche unter Einbeziehung aller an der weiteren Betreuung Beteiligten werden rechtzeitig vor dem geplanten Entlassungstermin geführt.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Den Bedürfnissen der schwerstkranken und sterbenden Menschen wird durch umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung Rechnung getragen. Eine 6-Betten-Palliativeinheit ist etabliert und steht mit einem Palliativmediziner und Palliativ-Care-Fachkräften zur Verfügung. Absehbar sterbende Patienten werden prinzipiell in einem Einzelzimmer untergebracht. Auf pietätvolle Atmosphäre wird geachtet. Seelsorger unterschiedlicher Konfessionen stehen zur Verfügung. Für die Palliativtherapie steht eine Palliativeinheit mit spezifisch qualifiziertem Personal zur Verfügung. Zur Lösung schwieriger ethischer Fragen wurde eine hauseigene Ethikkommission gegründet. Alle Schritte werden mit dem Patienten und/ oder seinen Angehörigen besprochen und abgestimmt. Persönliche, kulturelle und religiöse Wünsche des Patienten und seiner Angehörigen werden (soweit möglich) berücksichtigt.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Der Umgang mit Verstorbenen ist geregelt. Eine Verfahrensanweisung mit Früh- und Fehlgeburten ist implementiert. Religiöse, kulturelle und persönliche Wünsche werden im Rahmen des Möglichen erfüllt. Die Begleitung der Angehörigen endet nicht mit dem Tod. Räumlichkeiten zum Abschied nehmen für Angehörige sind vorhanden. Verstorbene bleiben bis zur vollständigen Leichenschau auf der entsprechenden Station. Geeignete Räumlichkeiten für die Unterbringung von Verstorbenen und für das Abschiednehmen durch die Angehörigen sind vorhanden. Den Angehörigen wird seelsorgerische Begleitung angeboten. Die katholische Krankenhauseelsorgerin bietet Gesprächsrunden für trauernde Angehörige an. Der evangelische Geistliche wird im Bedarfsfall angefordert.

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 Vorschlagswesen, 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 zur 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 Mitar-

beiter 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 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.

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 Großschadensereignissen 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

eingrichtet. 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 Ethik-konferenz) wie externer Fachkompetenz (niedergelassene Juristen, niedergelassene Psychoonkologen) behandelt. Die Klinik greift zudem auf die vorhandene Notfallseelsorge zurück, die auf den Umgang mit existentiell 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 Führungsaufga-

be 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 mehreren 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 Pro-

zesse 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.