

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Klinikum Starnberg
Institutionskennzeichen:	260912285
Anschrift:	Oßwaldstraße 1 82319 Starnberg
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2014-0078 KH
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	LGA InterCert GmbH, Nürnberg
Gültig vom:	01.11.2014
bis:	31.10.2017

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung.....	13
3 Sicherheit.....	16
4 Informations- und Kommunikationswesen	20
5 Führung	22
6 Qualitätsmanagement.....	25

Vorwort der KTQ®

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

Gesellschafter der KTQ® sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

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

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

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

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **Klinikum 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

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

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.

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

Die Kreiskrankenhaus Starnberg GmbH hat zum 01.01.2012 die Krankenhaus Penzberg GmbH* gesellschaftsrechtlich als 100%iges Tochterunternehmen vom Landkreis Weilheim-Schongau übernommen. Zwischen den beiden Kliniken besteht auf allen Ebenen ein enger und kooperativer Austausch.

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 inklusive Palliativmedizin, Chirurgische Klinik, Orthopädie, Frauenklinik inklusive Geburtshilfe, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin inklusive Neonatologie und Tagesklinik, Urologie, Anästhesie

sowie Belegabteilungen in den Fachbereichen Gastroenterologie, Handchirurgie, HNO, Onkologie, Plastische Chirurgie und Urologie.

Am Klinikum Starnberg arbeiten die einzelnen Fachabteilungen auch in nachfolgenden fachübergreifenden Zentren zusammen: Perinatalzentrum (Level II), zertifiziertes Brustzentrum, zertifiziertes gynäkologisches Krebszentrum, Abdominalzentrum, Referenzzentrum für Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie 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. Alle Anmeldungen erfolgen EDV-gestützt. Über ein Bettendispositionsprogramm können Betten im Voraus gebucht werden. Die stationäre Aufnahme erfolgt mit Ausnahme von Kindern und Schwangeren in der Zentralambulanz. Vital bedrohte Notfallpatienten werden in der Zentralambulanz vom Notfallteam erstversorgt. Kein Patient wird abgewiesen. Die ganztägige Betreuung durch qualifiziertes Personal ist sichergestellt. Die Klinik ist mit ÖPNV und PKW gut erreichbar. Parkplätze sind in ausreichender Zahl vorhanden. Ein Wegeleitsystem ermöglicht die Orientierung im Krankenhaus.

1.1.2 Leitlinien

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. 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

Patientenrechte werden, gesetzlichen Vorgaben folgend, gewahrt. Informationen über das Klinikum stehen in Form von Flyern sowie im Internet zur Verfügung. 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. Kulturelle Besonderheiten werden berücksichtigt.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Ausstattung der Krankenzimmer und Hygienerichtlinien entsprechen dem aktuellen Stand. Spezifische Räumlichkeiten wie Cafeteria oder Andachtsraum stehen zu Verfügung. Das Klinikum wendet aktuelle Erkenntnisse auf dem Gebiet der Ernährungswissenschaften an. Die Speisenbestellung erfolgt EDV-gestützt durch die Mitarbeiter des Serviceteams. Eine Vielzahl von Sonderkostformen steht zur Verfügung. Ethisch oder religiös begründete Sonderwünsche werden berücksichtigt. Diätassistenten stehen als Ernährungsberater zur Verfügung. Die Essenszeiten sind aus dem Tagesablaufplan in den Patientenzimmern ersichtlich.

1.1.5 Kooperationen

Es besteht eine enge Kooperation zwischen den Fachabteilungen sowie mit externen Partnern und Selbsthilfegruppen, z.B. im Rahmen des Brust – und Perinatalzentrums. Es finden regelmäßige Fallbesprechungen statt, wie z.B. Röntgenbesprechung, Tumorkonferenz, Pathologiekonferenz, an denen die verschiedenen Berufsgruppen teilnehmen. Strukturierte interdisziplinäre Besprechungsforen sind vorhanden. Konsiliarische Untersuchungen werden mit einem einheitlich strukturierten Formular angefordert. Ein hausinterner Transportdienst stellt die Patiententransporte innerhalb des Klinikums sicher.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Die Zentralambulanz ist 2014 komplett renoviert worden. Damit ist die getrennte Aufnahme von elektiven und Notfallpatienten gewährleistet. Sie 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.

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Die ambulante Notfallversorgung ist durch alle Fachdisziplinen rund um die Uhr gewährleistet. Eine ambulante 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

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 und Behandlungsplanung

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. Konsile ärztlicher Mitarbeiter anderer Fachabteilungen sind jederzeit möglich, für im Hause nicht vorhandene Fachdisziplinen stehen externe Konsiliarärzte zur Verfügung.

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. Die Schmerztherapie erfolgt leitliniengerecht; das Klinikum hat das Zertifikat „qualifizierte Schmerztherapie“ erworben. Die Versorgung nach dem Facharztstandard ist ganztags gesichert.

1.4.3 Operative Verfahren

Die Indikationsstellung zu elektiven operativen Eingriffen erfolgt diagnosebezogen und leitlinienkonform durch einen Facharzt. OP - und Anästhesieaufklärung werden mit standardisierten Aufklärungsbögen durchgeführt. Mittels des Bettendispositionsmoduls 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. Für häufige Eingriffe erfolgt bereits am OP-Tag die Anmeldung des Patienten zur Physiotherapie, für postoperative Untersuchungen oder bzgl. erforderlicher Rehabilitation.

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 Durchführung der Visite und deren Ergebnisse werden in der Patientenkurve dokumentiert.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Teilstationäre Behandlung findet im Klinikum im Rahmen der pädiatrischen Tagesklinik sowie der Geburtshilfe statt. Prästationäre Vorstellungen dienen z.B. zur OP-Vorbereitung oder zu erweiterter Diagnostik. Poststationäre Versorgung, z.B. postoperative Kontrollen, erfolgt in enger Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzten in allen Hauptabteilungen.

1.5.1 Entlassung

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. Der Entlassungstermin wird mit den weiterbetreuenden Einrichtungen rechtzeitig abgestimmt. Der Arztbrief und ggf. ein Pflegeverlegungsbericht enthalten alle Informationen für weiterbetreuende Ärzte, Pflegepersonal und ggf. betreuende Angehörige. Der weiterbetreuende Arzt wird bei Bedarf zudem telefonisch oder per Fax vorab informiert.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Sozialdienst und Pflegeüberleitung sind in die Organisation der Weiterbetreuung eng eingebunden und übernehmen die Koordination zwischen Patient, Angehörigen und den weiterbetreuenden Institutionen. Eine enge Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten, Altenheimen und Rehabilitationseinheiten gewährleisten eine umfassende Versorgung. Es bestehen enge Kontakte zu Selbsthilfegruppen. Im angeschlossenen Pflegezentrum des Klinikums wird im Rahmen der Überleitungs- und Pflege die Rückkehr in die häusliche Umgebung vorbereitet. Ein kliniknahes Sanitätshaus und ein vertraglich zuständiger Stomatherapeut gewährleisten eine kontinuierliche Weiterbetreuung.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Absehbar sterbende Patienten werden grundsätzlich 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

Es existieren Regelungen sowie ein Pflegestandard für den Umgang mit Verstorbenen und die Betreuung Hinterbliebener. 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. Ein Standard „Verfahrensweise mit Tod und Fehlgeburten“ in Form einer Checkliste wurde für die Geburtshilfe erarbeitet. Die katholische Krankenhausseelsorgerin bietet Gesprächsrunden für trauernde Angehörige an. Der evangelische Geistliche wird im Bedarfsfall angefordert.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Die Planung des Personalbedarfs erfolgt jährlich auf Grund anerkannter Anhaltswerte sowie der Leistungszahlen. 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. Ein Personalkostencontrolling informiert die Klinikleitung und einzelne Abteilungsleiter. Der „Arbeitskreis Gesundheit“ unterstützt die Verkürzung von Fehlzeiten und arbeitet mit der Gesundheitsakademie Kurse zur Prävention aus. Die Fluktuation wird genutzt, um die eigenen Krankenpflegeschüler einzustellen.

2.2.1 Personalentwicklung/Qualifizierung

Ziel der systematischen Personalentwicklung ist die Förderung und Bindung qualifizierter Mitarbeiter an das Krankenhaus. Jeder Abteilungsleiter erstellt einmal jährlich eine Qualifikationsmatrix. Aus dieser 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. Für Führungskräfte gibt es eine genaue Aufgabenbeschreibung. Die Organigramme zeigen die Zuordnung, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen der Stellen.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Ein allgemeines berufsgruppenübergreifendes und interdisziplinäres Einarbeitungskonzept dient als Basis zur systematischen Einführung neuer Mitarbeiter. Darüber gelingt es, 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.

2.2.3 Ausbildung

Im Klinikum werden kaufmännische und medizinische Fachangestellte ausgebildet. Die Klinik ist auch Weiterbildungsstätte für „Klinische Pharmazie“. Zwischen den ein-

zelenen 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. Jedem Auszubildenden wird ein Mentor zugewiesen.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Die Qualität wird durch eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung gesichert. Diese ist die Grundlage für Verbesserung und wird intensiv gefördert sowie finanziell unterstützt. 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. Für Fort- und Weiterbildungen stehen 0,25 % des Jahresumsatzes zur Verfügung. Je nach Relevanz für die Interessen des Klinikums werden die Fortbildungen in drei Kategorien eingeteilt. Eine Dienstanweisung regelt die Budgetvergabe und die finanzielle Beteiligung an den Fortbildungen. Interne Fortbildungen sind kostenlos. Die Mitarbeiter haben einen aktuellen, zeitnahen Zugang auf Fachzeitschriften sowie abteilungsspezifische Fachbibliotheken. Besondere Zeitschriften werden im Umlauf weitergegeben. Selbstverständlich kann jeder Abteilungsleiter die notwendigen Lektüren selbst auswählen. Da jedem Mitarbeiter der PC-Zugang offensteht, können die Datenbanken und Infodienste des Internets sowie des hauseigenen Intranets genutzt werden.

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Zu den Grundwerten der "Unternehmensphilosophie" des Klinikums gehört ein "partizipativer" Führungsstil. Dies ist im Leitbild dokumentiert und soll unter anderem mittels Mitarbeitergesprächen gewährleistet werden. Alle Abteilungsleiter unterstützen die strategische Planung für Ihren Bereich durch eigens entwickelte Projekte, die in einer Führungsklausur vorgestellt werden. Es besteht der Grundsatz, dass jeder von jedem lernen kann.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

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. Arbeitszeitmodelle, die die Kundenwünsche von Belegärzten und Patienten berücksichtigen, werden mit der Personalvertretung sowie den Fachvorgesetzten abgestimmt. Die Wünsche der Mitarbeiter gehen sowohl in der Planung als auch im Ausgleich von Dienstschichten ein. Wichtig sind familienfreundliche Arbeitszeiten.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Die Grundidee der partizipativen Führung ist die Einbindung der Wünsche, aber auch die 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.

3 Sicherheit

3.1.1 Arbeitsschutz

Der Arbeitsschutz wird von einer Fachkraft für Arbeitssicherheit, einem Strahlenschutzbeauftragten und jeweils einem benannten Sicherheitsbeauftragten pro Abteilung zusammen mit der Geschäftsführung sicher gestellt. 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.

3.1.2 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. Flucht- und Rettungswege 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.

3.1.3 Umweltschutz

Im Klinikum ist mit Ökoprotit ein betrieblicher Umweltschutz etabliert. 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.

3.1.4 Katastrophenschutz

Das Klinikum ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden. Die Aufnahmeverpflichtungen für Notfallpatienten bei Großschadenereignissen ist geregelt. Im hausinternen Katastrophenplan für externe und interne Notfälle sind die personellen Zuständigkeiten, Verhaltensregeln und Alarmierungswege in Notfallsituationen festgelegt.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

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.

3.2.1 Schutz des Patienten vor 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, eine perioperative Checkliste und Patientenidentifikationsarmbänder erhöhen den Schutz der Patienten. Eine WHO- Checkliste soll eine Patientenverwechslung im OP verhindern.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Sowohl für interne als auch externe Notfälle wird rund um die Uhr ein Notfallteam, bestehend aus qualifiziertem Arzt und Fachpflege, vorgehalten. Dieses wird über eine hausweite einheitliche Notfallnummer alarmiert. Systematische und regelmäßige Schulungen aller ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter sind Bestandteil des innerbetrieblichen Fortbildungsplans. Die Notfallausrüstung ist vereinheitlicht und wird vom Notfallteam mitgebracht und regelmäßig überprüft. In entfernten Außenbereichen des Klinikums gibt es eine eigene Notfallausrüstung, deren Überprüfung sicher gestellt ist.

3.2.3 Hygienemanagement

Vier Hygienefachkräfte, drei hygienebeauftragte Oberärzte und eine externe Krankenhaushygienikerin beraten, überprüfen und kontrollieren das gesamte Klinikum. 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.

3.2.4 Hygienerelevante Daten

Die erhobenen mikrobiologischen Befunde werden alle durch die Hygieneabteilung gesichtet, bei auffälligen Befunden Kontakt mit der Station aufgenommen. Die gesetzlich vorgeschriebenen Erfassungen erfolgen, ein Vergleich mit umliegenden Kli-

niken findet statt. In der Hygienekommissionssitzung erfolgt eine vierteljährliche kritische Auswertung der Keimstatistik. Meldepflichtige Infektionskrankheiten werden vom auswertenden Labor direkt ans Gesundheitsamt gemeldet.

3.2.5 Infektionsmanagement

Auf jeder Station befindet sich ein Ordner mit den aktuellen Hygieneplänen. Im Intranet besteht für alle Mitarbeiter Zugriff auf das klinikeigene Hygienehandbuch, welches alle hygienerlevanten Bereiche des Hauses abdeckt. Für spezielle hygienesichernde Maßnahmen existieren Arbeits- und Dienstanweisungen, Reinigungs- und Desinfektionspläne für die Reinigungsfirma. Hochinfektiöse Patienten (Influenza, Tbc, Norovirus) werden in enger Zusammenarbeit mit der Hygieneabteilung betreut. Eine Antibiotikafibel wurde erstellt. In regelmäßigen Begehungen werden Mängel aufgezeigt und Lösungsvorschläge erarbeitet. Regelmäßige Fortbildungen werden zu Themen wie Händehygiene durchgeführt.

3.2.6 Arzneimittel

Der Bereitstellung von Arzneimitteln ist rund um die Uhr durch die hausinterne Klinikapothekengewährleistung. 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.

Als Grundlage für die Auswahl und wirtschaftliche Anwendung von Arzneimitteln tagt regelmäßig eine Arzneimittelkommission, aus deren Beschlüssen die Arzneimittelliste resultiert. Zu pharmakologischen Fragestellungen steht ein Arzneimittelinformationsservice der Klinikapothekengewährleistung 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.

Ein umfassendes Arzneimittelinformationsprogramm zur Vermeidung von Komplikationen in der Arzneimitteltherapie ist in Form der elektronischen Arzneimittelliste (AMeLI) etabliert; Standards zur Arzneimitteltherapiesicherheit (z.B. Inkompatibilitäten, Umgang mit Hochrisikoarzneimitteln) sind vorhanden.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Das Qualitätsmanagementsystem zum Umgang mit Blutkomponenten und Plasmaprodukten ist durch das hausinterne Handbuch Hämotherapie festgelegt, ebenso die

Regelungen zum Einsatz von Blut sowie deren Dokumentation. Interne und externe Audits überprüfen das Transfusionswesen. In regelmäßigen Sitzungen der richtlinienkompetenten Transfusionskommission werden Probleme identifiziert und Zielvorgaben erarbeitet.

3.2.8 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 im 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.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

Das Klinikum Starnberg betreibt seit 1998 ein Krankenhausinformationssystem, über das alle Arbeitsplätze vernetzt sind. Für dieses System steht eine umfassende moderne krankenhausspezifische Software zur Verfügung. Die Systeme sind redundant und ausfallsicher. Die Zugangsmöglichkeiten sind datenschutzkonform benutzerspezifisch geregelt. Bei Problemen stehen die Mitarbeiter der EDV-Abteilung jederzeit über eine zentrale Hotline zur Verfügung. Durch eine Rufbereitschaft der Mitarbeiter außerhalb der Bürozeiten ist die Ansprechbarkeit rund um die Uhr sichergestellt.

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Die Verantwortlichkeiten und die Dokumentation zur ärztlichen und pflegerischen Dokumentation sind über eine Dienstanweisung und Pflegestandards klar 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 nachvollziehbar dokumentiert. Damit ist sichergestellt, dass alle mit der Behandlung des Patienten betrauten Mitarbeiter stets aktuell informiert sind.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

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.

4.3.1 Information der Krankenhausleitung

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.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

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 Zuweiser-Veranstaltungen statt. Patienten und Angehörigen wird bei Visiten und zu festen Sprechzeiten unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen Auskunft erteilt..

4.4.1 Organisation und Service

Der Empfang, gleichzeitig auch Telefonzentrale, ist die zentrale Auskunftsstelle des Klinikums. Er ist von 06.00 Uhr bis 22.00 Uhr mit speziell geschultem Personal durchgehend besetzt. In der Zeit von 22:00 Uhr bis 06:00 Uhr wird die Telefonzentrale und Zugangsüberwachung in die Zentralambulanz umgeleitet. Patientenbezogene Daten sind aktualisiert elektronisch verfügbar. Informationen über diensthabende Ärzte liegen in stets aktualisierten Listen vor. Der Datenschutz wird eingehalten.

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Für die Einhaltung der gesetzlichen Regelungen des Datenschutzes ist jeder Mitarbeiter mit verantwortlich. Die Einhaltung wird von einer 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 von externen Zugriffen geschützt.

5 Führung

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Für die Klinik wurde ein zentrales Leitbild entwickelt, das einen verbindlichen Rahmen für die gemeinsamen Wertvorstellungen, die Ziele der Arbeit in einem modernen sozialen Dienstleistungsunternehmen und den Umgang miteinander festlegt. Das Leitbild wird in verschiedenen Gesprächsforen, auf der jährlichen Tagung der Führungskräfte und auf Abteilungsebene kommuniziert. Über die Abteilungsleitungen werden die Inhalte und Werte des Leitbilds an die Mitarbeiter vermittelt. Bereits bei der Einführungsveranstaltung neuer MA wird das Leitbild präsentiert und diskutiert. Zielvereinbarungen orientieren sich am Leitbild.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

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

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

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

Eine Ethikkommission, die sich mit ethischen Fragestellungen befasst, tagt regelmäßig. Schwierige Entscheidungen mit ethischem Hintergrund werden abteilungsintern auf Führungsebene behandelt.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Infolge der veränderten Grundlagen und Strukturen im Gesundheitswesen wurde für die Neupositionierung des Klinikums eine umfassende strategische Planung erstellt und vom Aufsichtsrat zur Umsetzung freigegeben. Dabei wurde festgelegt, dass sich die Klinik durch Vernetzung und Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern vom klassischen Versorgungskrankenhaus zum "Regionalen Gesundheitszentrum für die ganze Familie" entwickeln soll. Alle Aktivitäten sind im Rahmen der Zielplanung hierauf ausgerichtet.

Unter Berücksichtigung der Strategien und der Zielplanung für den kommenden Zeitraum sowie der finanziellen und personellen Ressourcen wird ein Wirtschaftsplan erarbeitet, der einen Erfolgs-, Finanz-, Investitions- und Stellenplan umfasst. Die Freigabe des Wirtschaftsplans erfolgt durch den Aufsichtsrat. Die Krankenhausführung übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Die strategische Ausrichtung des Klinikums beinhaltet zahlreiche Partnerschaften und Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern. Diese beziehen sich auf das gesamte Spektrum der medizinischen Leistung, wie Radiologie, Labor, Sterilisation, amb. Dienste, niedergelassene Ärzte, Beleg- und Konsiliarärzte, aber auch auf Bereiche der Prävention, Rehabilitation und Pflege. Daneben gibt es zahlreiche Zusammenarbeiten mit Selbsthilfegruppen. Kulturelle Veranstaltungen im Klinikum sind auch für die Starnberger Bevölkerung offen.

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Eine eindeutige Organisationsstruktur mit Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten liegt für alle Bereiche der Klinik vor. Das Organigramm ist allen Mitarbeitern per Intranet zugänglich und wird bei Wechsel von Funktionsträgern oder Änderungen von Organisationsstrukturen durch die Geschäftsführung aktualisiert. In einer Projektmatrix finden sich alle wichtigen Projekte des Klinikums wieder.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

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

Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Mitglieder der Krankenhausführung sind von der Geschäftsführung klar definiert. Eine Geschäftsordnung regelt die Zusammenarbeit mit dem Aufsichtsrat.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Wissensmanagement fasst die strategischen bzw. operativen Tätigkeiten und Managementaufgaben, die auf den bestmöglichen Umgang mit Wissen im Unternehmen abzielen, zusammen. Dementsprechend nimmt das Klinikum methodisch Einfluss auf

die Wissensbasis der MA. Dies versetzt das Unternehmen in die Lage, Lösungen auf die vielfältig gestellten Aufgaben zu erarbeiten.

5.4.1 Externe Kommunikation

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

Mittels Pressegesprächen wird die Öffentlichkeit über aktuelle Änderungen im Klinikum informiert. Durch Messeteilnahmen kann die Bevölkerung einen Überblick über das Leistungsspektrum des Klinikums erhalten. In Besprechungen, Qualitätszirkeln und Kongressen werden Ärzte über die Entwicklung des Klinikums informiert.

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

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

6 Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation

Bereits im Jahre 1998 wurde im Klinikum ein umfassendes Qualitätsmanagement eingeführt, welches sich an dem Europäischen Qualitätsmodell (EFQM) orientiert. In den weiteren Jahren wurden Teilbereiche einer Selbstbewertung nach EFQM unterworfen. Qualitätsmanagement ist Bestandteil der Führungsaufgaben. Daher sind alle Führungskräfte des Hauses maßgebend am Qualitätsmanagement beteiligt.

In der Lenkungsgruppe Qualität, welche mit Steuerung und Lenkung aller QM-Maßnahmen beauftragt ist, sind hauptsächlich Führungskräfte Mitglieder. Diese setzt sich aus der Klinikleitung, allen Chefarzten, Pflegedienstleitungen und Geschäftsführer sowie den Qualitätsbeauftragten der einzelnen medizinischen Bereiche zusammen.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

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.

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. Eine durch ein externes Institut durchgeführte Patientenbefragung liegt vor. Die Ergebnisse werden in Führungsgremien besprochen und Verbesserungen abgeleitet.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

In der Vergangenheit wurden Einweiserbefragungen durchgeführt mit dem Ziel, die Zusammenarbeit zu verbessern. Durch die Ergebnisse und aus deren Verbesserungsmaßnahmen haben sich stabile und intensive Kooperationsverhältnisse entwickelt. Alle beteiligten Mitarbeiter sind in die Kontaktpflege eingebunden.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

2009 fand eine Mitarbeiterbefragung statt. Daraus resultierten zahlreiche Projekte. Die Mitarbeiter werden 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 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Die Zufriedenheit der Patienten 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.

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

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) werden zahlreiche qualitätsrelevante Daten erhoben und ausgewertet. Gleiches gilt für die erfolgreiche Teilnahme am Öko-Profit Projekt. 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.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung

Die Verantwortung der Verfahren der vergleichenden Qualitätssicherung liegt u.a. bei den Chefarzten und den hierfür beauftragten Oberärzten. Dies folgt auch unmittelbar den Vorgaben der BAQ (Bayerische Geschäftsstelle). Die Gesamtverantwortung liegt beim Geschäftsführer. Unterstützt werden alle Maßnahmen von der Controlling-Abteilung mit den Mitarbeitern aus dem Qualitäts- und Datenmanagement. Hier werden die Daten zentral gesammelt, auf Validität überprüft und fristgerecht an die externen Stellen weitergeleitet. Die Erfassung der Daten erfolgt über eine einheitliche Software, die in das KIS integriert ist, worüber die Validität nochmals verbessert wird und Übertragungsfehler vermieden werden. Die Ergebnisse der externen Qualitätssi-

cherung werden intern präsentiert, diskutiert und entsprechende Maßnahmen abgeleitet.