



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Klinikum Garmisch-Partenkirchen	Zentrum Innere Medizin an der BG Klinik Murnau
<b>Institutionskennzeichen:</b>	260911320	
<b>Anschrift:</b>	Auenstraße 6 82467 Garmisch-Partenkirchen	Prof.-Küntscher-Str. 8 82418 Murnau a Staffelsee
<b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:</b>	2019-0040 KH	
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	SAMA Cert GmbH, Stuttgart	
<b>Gültig vom:</b>	25.11.2019	
<b>bis:</b>	24.11.2022	

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>6</b>
1. Patientenorientierung	7
2. Mitarbeiterorientierung	12
3. Sicherheit - Risikomanagement	14
4. Informations- und Kommunikationswesen	18
5. Unternehmensführung	20
6. Qualitätsmanagement	23

## 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.

Im Beirat der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) vertreten. 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

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

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 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 Garmisch-Partenkirchen** und das **Zentrum Innere Medizin an der BG Klinik Murnau** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abrufbar.

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

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

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**F. Wagner**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Das Klinikum Garmisch-Partenkirchen wird als Kommunalunternehmen geführt und ist ein hoch spezialisierter Anbieter anerkannter Spitzenmedizin mit überregionalem Versorgungsauftrag. Es verfügt über 505 Betten in 18 Fachabteilungen. Pro Jahr werden rund 23.000 stationäre und weitere 30.000 ambulante Patienten behandelt.

Als akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) beteiligt sich das Klinikum an der Ausbildung von Medizinstudenten. An der angegliederten Berufsfachschule für Kinderkranken- und Krankenpflege werden Pflegekräfte ausgebildet. Mit der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau besteht eine Kooperation für die praktische Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege.

Seit Juli 2007 kooperiert das Klinikum Garmisch-Partenkirchen mit der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik in Murnau. Diese umfasst die enge Zusammenarbeit auf den Gebieten der Inneren Medizin und der Unfallchirurgie & Sportorthopädie. Neben dem Zentrum Innere Medizin im Klinikum Garmisch-Partenkirchen hat das Klinikum in der BG Unfallklinik Murnau ein zweites Zentrum Innere Medizin als Konzept „Krankenhaus im Krankenhaus“ in 2007 etabliert.

Motivierte und leistungsfähige Mitarbeiter sind der Schlüssel für unseren Erfolg. Durch zahlreiche Entwicklungsmöglichkeiten, wie attraktiven Weiterbildungen und einem umfassenden Fortbildungsprogramm positionieren wir uns als zukunftsfähiger Arbeitgeber. Mit vielfältigen Angeboten im unmittelbaren Umfeld wie z. B. Betriebskindergarten und Supervision entlasten wir unsere Mitarbeiter, damit diese sich engagiert auf die Anliegen unserer Patienten konzentrieren können.

Mit rund 1350 Mitarbeitern gehört das Klinikum Garmisch-Partenkirchen zu den größten Arbeitgebern der Region. Unsere hochqualifizierten Mitarbeiter versorgen Patienten an zwei Standorten, in Garmisch-Partenkirchen und Murnau, nach den neuesten wissenschaftlichen Standards. Die enge fachübergreifende Zusammenarbeit in Diagnostik und Therapie hat das Ziel, Kompetenzen zu bündeln – um für jeden Patienten die beste individuelle Behandlungsmethode zu entwickeln.

Mit unserer Fachkompetenz, unseren innovativen Leistungen und unserer Wettbewerbsfähigkeit sind wir erste Adresse und wollen eine stabile Größe für die komplette Brandbreite der medizinischen Akutversorgung sein – in unserer Region und mit Ausstrahlung darüber hinaus. Wir ermöglichen mit unseren medizinischen Leistungen Gesundheit und bessere Lebensqualität von Mensch zu Mensch. Als kompetentes, sympathisches und innovatives Klinikum fördern wir gemeinsam mit unseren Kooperationspartnern die aktive Teilnahme unserer Patienten am Leben und über ihren gesamten Lebenszyklus hinweg. Unsere herausragende Menschlichkeit und Wertschätzung gegenüber unseren Patienten zeigt sich auch in außergewöhnlichen Leistungen für unsere eigenen Mitarbeiter.

Wir folgen dem übergeordneten Ziel maximaler Qualität. Das Klinikum ist seit 2004 nach KTQ zertifiziert und hat damit die offizielle Bestätigung der erfolgreichen Anwendung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems.

Die Qualitätsziele des Klinikums orientieren sich u.a. am Leitbild. Menschlichkeit, Respekt, Qualität, Ergebnisorientierung, Wirtschaftlichkeit, Fortschritt und Transparenz sind die Leitlinien für unser berufliches Handeln.



Bernward Schröter  
Geschäftsführer

# Die KTQ-Kategorien

## 1. Patientenorientierung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Haus ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln sowie mit dem PKW gut erreichbar. Es stehen mehrere Parkmöglichkeiten, die von Patienten und Besuchern kostenlos genutzt werden können, zur Verfügung. Alle Zugänge sind behindertengerecht ausgestattet. Unsere geschulten Mitarbeiter im Empfangsbereich stehen rund um die Uhr für Fragen und Auskünfte zur Verfügung. Ein eingerichtetes Wegeleitsystem unterstützt die Orientierung der Patienten und Besucher. Zudem steht an Werktagen am Vormittag zusätzlich ein ehrenamtlicher Lotsendienst bereit.

Informationen zum Leistungsspektrum können auf der Homepage abgerufen werden ([www.klinikum-gap.de](http://www.klinikum-gap.de)). Auskunft über das Angebot an Therapien und Operationen mit Ihren jeweiligen Schwerpunkten geben u.a. Patientenbroschüre, Patienten-App (speziell endogap) und verschiedene Flyer.

Die stationäre Aufnahme wird in unseren Ambulanzen vorbereitet. Über ein zentrales Belegungsmanagement werden vorausschauend Termine vergeben, so dass Wartezeiten vermieden werden können. Eine separate administrative Aufnahme stellt die verwaltungstechnischen Aspekte der Aufnahme im Krankenhaus sicher. Die medizinische und pflegerische Aufnahme erfolgt nach festgelegten Standards.

### 1.1.2 Leitlinien und Standards

Um ein bestmögliches Behandlungsergebnis erreichen zu können orientieren sich unsere Klinikärzte an den evidenzbasierten Leitlinien der Fachgesellschaften. Für die Pflegekräfte gelten die nationalen Expertenstandards, die sich an den Erkenntnissen der Pflegeforschung orientieren. In allen Abteilungen existieren berufsgruppenübergreifend erarbeitete schriftliche Standards für die verschiedensten Erkrankungen. Durch digitale Arbeitslisten in der elektronischen Patientenakte lässt sich die Einhaltung der Standards überprüfen. Die hausinternen Leitlinien und Standards sind für alle Mitarbeiter jederzeit im Infoportal einsehbar und werden regelmäßig auf Aktualität geprüft. Regelmäßige Fortbildungen und Schulungen gewährleisten den aktuellen Wissensstand.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Im Leitbild des Klinikums wird dem Selbstbestimmungsrecht und der Individualität eines jeden Patienten ein hoher Stellenwert beigemessen. Daher werden Patienten und Angehörige bereits bei der Aufnahme in die Behandlungs- und Therapieplanung mit einbezogen. In ausführlichen Patientengesprächen werden diese über die medizinische Indikation sowie die Risiken entsprechend aufgeklärt. Eine Kopie der schriftlichen Einverständniserklärung wird regelhaft den Patienten ausgehändigt. Das Patientenrechtegesetz sowie der Rahmenvertrag "Entlassungsmanagement" finden Anwendung. Individuelle Patientenwünsche (z.B. Patientenaufklärung) werden berücksichtigt.

Um der Sprachbarriere bei Patienten mit Migrationshintergrund entgegen wirken zu können werden bei Bedarf fremdsprachige Mitarbeiter als Dolmetscher hinzugezogen. Standardisierte Aufklärungsbögen stehen in verschiedenen Sprachen zur Verfügung.

#### *1.1.4 Ernährung und Service*

Alle Zimmer sind den Bedürfnissen unserer Patienten angepasst. Alle Bettplätze verfügen über Telefon, eigenen Fernseher, Radio und Internetanschluss. Um den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten werden die Patienten durch Serviceassistenten mit einer dreijährigen Ausbildung im Hotel- und Gaststättengewerbe bei der Aufnahme auf Station unterstützt. Die Essenserfassung erfolgt über ein digitales Menüerfassungssystem durch die Servicekraft was kurzfristige Änderungen in der Bestellung zulässt. Sofern keine spezielle Diät notwendig ist, kann jeder Patient zwischen drei Menüs und einer Vielzahl von Beilagen auswählen. In der Küche wird auf gesunde Vitalkost geachtet. Kulturelle und religiöse Bedürfnisse (z.B. kein Schweinefleisch) sowie besondere Kostformen bei Nahrungsunverträglichkeiten werden ebenfalls berücksichtigt. Für die Geburtshilfe sowie für die Kinderstation stehen individuelle Speisenangebote zur Verfügung. Seit 2016 wurde jährlich das Siegel "Qualitätspartner der PKV" erlangt.

#### *1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung*

Die Zentrale Notaufnahme ist rund um die Uhr mit Fachärzten aller Abteilungen zur Behandlung von Notfällen besetzt. Der Notarztwagen vor Ort ist mit Ärzten des Klinikums besetzt, was eine lückenlose Versorgung sowie eine enge Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst ermöglicht. Es wird kein Patient abgewiesen. Unmittelbar nach Aufnahme des Patienten wird eine Einstufung durch speziell geschultes Pflegepersonal vorgenommen. Der Aufnahmeprozess ist in jeder Fachabteilung standardisiert.

Schwerstverletzten Patienten steht ein moderner, hochspezialisierter Schockraum zur Verfügung. Der Versorgungsablauf dieser Patienten ist hoch standardisiert. Seit 2010 ist das Klinikum nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie -Traumanetzwerk zertifiziert. Das erforderliche diagnostische Spektrum (z.B. Labor, CT, Röntgen) steht rund um die Uhr bereit.

Zusätzlich besteht eine Bereitschaftspraxis der Kassenärztlichen Vereinigung im Klinikum. Die Behandlung von Arbeitsunfällen erfolgt gemäß den Vorgaben der Berufsgenossenschaft.

#### *1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung*

Der Ablauf der ambulanten Versorgung der Patienten ist systematisch organisiert. Unsere Ambulanzen sind mit Fachärzten besetzt. Sie sind für die fachspezifische Versorgung der Patienten verantwortlich und entscheiden mit dem Patienten und ggf. deren Angehörigen über die weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Die Dokumentation erfolgt ausschließlich im Krankenhausinformationssystem. Auf Vorbefunde kann unmittelbar im digitalen Archiv zurückgegriffen werden. Die Informationsweiterleitung über Ergebnisse der ambulanten Behandlung erfolgt mithilfe des Arztbriefs, der über das Krankenhausinformationssystem erstellt und an die Niedergelassenen weitergeleitet wird.

Das jeweilige Leistungsangebot ist auf unserer Homepage einsehbar ([www.klinikum-gap.de](http://www.klinikum-gap.de)).



### *1.3.2 Ambulante Operationen*

Ambulante OP-Termine werden in den Sprechstunden der Fachambulanzen bzw. der Notaufnahme terminiert. Eine rechtzeitige Aufklärung über Risiken und Alternativen finden durch den Facharzt und den Anästhesisten statt. In Verfahrensanweisungen und Standards wird der reibungslose Ablauf der Vorbereitungsphase, der prä- und postoperativen Phase, der Operation selbst sowie der Nachsorge und Schmerztherapie beschrieben. Der Patient erhält bei Entlassung einen Arztbrief, aus dem alle wichtigen Informationen für den nachbehandelnden Arzt hervorgehen. Die Nachsorge ist über die Fachambulanzen bzw. durch die Notaufnahme gewährleistet.

### *1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung*

Die Planung der Abläufe, Patientenpfade und Algorithmen sind in internen Behandlungspfaden, Behandlungsstandards und Pflegestandards geregelt. Alle genannten Dokumente sind den Mitarbeitern im Infoportal zugänglich. Es erfolgt ein Pflegeassessment bei der Behandlung. Daraus wird bei Bedarf eine Pflegeplanung abgeleitet. Die Behandlungsplanung bildet die Grundlage der weiteren Behandlung. Im Rahmen von Visiten und Besprechungen wird der Stand der Behandlung evaluiert und ggf. Anpassungen vorgenommen. Der Entlassungstermin wird am Aufnahmetag festgelegt und täglich reevaluiert. Die durchgeführten Maßnahmen und Befunderhebungen werden in der elektronischen Patientenakte vermerkt.

### *1.4.2 Therapeutische Prozesse*

Die diagnosebezogene Planung der therapeutischen Maßnahmen basiert auf den Leitlinien der Fachgesellschaften und dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens. Die externen Leitlinien und Expertenstandards wurden im Klinikum in interne Standards und Behandlungspfade überführt. Alle Dokumente sind im Intranet veröffentlicht. Für die Pflege sind zahlreiche Pflegestandards erarbeitet und die nationalen Expertenstandards umgesetzt. Die interdisziplinäre und multiprofessionelle Abstimmung zwischen den Abteilungen und die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen erfolgt über das Besprechungs-, Visiten- und das Konsilwesen. Physiotherapeuten werden per ärztlicher Anforderung hinzugezogen und sind z.T. fester Bestandteil des Visitentteams. Auf der Palliativstation und in der Geriatrie sind Musiktherapeuten, Physiotherapeuten etc. zudem fester Bestandteil des Behandlungsteams. Für die Behandlung von Patienten mit akuten oder chronischen Schmerzen steht ein Schmerzdienst zur Verfügung, der rund um die Uhr erreichbar ist. Innerhalb der Zentren (z.B. Onkologie) finden wöchentlich Konferenzen statt, in denen alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte die individuelle Situation des Patienten diskutieren und die weitere Behandlung planen.

#### 1.4.3 Operative Prozesse

Die Planung des gesamten OP-Programms erfolgt EDV-gestützt am Vortag und unter Abstimmung zwischen allen operativen Abteilungen sowie dem OP-Koordinator. Dringende Operationen können jederzeit, nach telefonischer oder persönlicher Abstimmung, eingeschoben werden. Es wurden Standards zur OP-Vorbereitung, -Durchführung und -Nachbereitung entwickelt und kontinuierlich umgesetzt. Die Vollständigkeit der OP-Dokumentation wird zu 100% durch Fehlerlisten im System nachgehalten. Die Operationsbereitschaft ist rund um die Uhr gewährleistet. Für eine größtmögliche Sicherheit unserer Patienten orientieren wir uns an den Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (z.B. Patientenidentifikationsarmbänder). Daneben erfolgt die freiwillige Teilnahme an verschiedenen vergleichenden Erfassungen (z.B. Endoprothesenregister Deutschland).

#### 1.4.4 Visite

Die Visite ist zentraler Bestandteil der stationären Patientenversorgung und dient zur interdisziplinären und multiprofessionellen Abstimmung der diagnostischen und therapeutischen Prozesse. Auf den Allgemeinstationen findet mindestens einmal tägliche eine Visite statt, auf den Intensivstationen mindestens zweimal täglich. Der Ablauf der Visiten ist in den Visitenkonzepten festgelegt und wird in der Regel gemeinsam von Stationsärzten und Pflegekräften durchgeführt. Zusätzlich erfolgen in allen Abteilungen mindestens einmal pro Woche eine Oberarztvisite und eine Chefarztvisite. Die Dokumentation der Visite erfolgt ausschließlich in der elektronischen Patientenakte. Ergebnisse, Befunde und Anordnungen werden während oder unmittelbar nach der Visite dokumentiert. Dazu stehen allen Berufsgruppen Tablet PCs bzw. mobile Visitenwägen zur Verfügung.

Daneben erfolgen Teamvisiten, zu denen weitere medizinische Fachbereiche und andere Berufsgruppen hinzugezogen werden. Der Behandlungsablauf und die Ergebnisse bisheriger Untersuchungen werden dem Patienten verständlich erläutert und die weitere Diagnostik und Therapie geplant.

#### 1.5.1 Entlassungsprozess

Das Entlassungsmanagement beginnt bereits mit der Aufnahme des Patienten. Das vorläufige Entlassungsdatum ergibt sich aus der Aufnahmediagnose bzw. der täglichen Anpassung. Der konkrete Entlassungstermin wird i. d. R. am Vortag der Entlassung festgelegt. Die elektronische Entlasscheckliste muss berufsgruppenübergreifend abgearbeitet werden, bevor eine vollständige Entlassung möglich ist. Um eine kontinuierliche Weiterbetreuung sicherzustellen, wird der Weiterversorgungsbedarf erkrankungsspezifisch schon während der Aufnahme abgeklärt und b. B. der Sozialdienst hinzugezogen. Das ärztliche Entlassungsgespräch erfolgt einen Tag vor bzw. am Tag der Entlassung. Die nachbehandelnden Ärzte und Einrichtungen werden durch Arztbriefe / Kurzarztbriefe und ggf. Pflegeverlegungsberichte umfassend informiert. Die Anforderungen zum Rahmenvertrag "Entlassungsmanagement" werden umgesetzt.

### *1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung*

Es wird darauf geachtet, dass sterbende Patienten und ihre Angehörigen würdevoll begleitet werden. Zur Bewältigung der physischen und psychischen Bedürfnisse steht ein multiprofessionelles Behandlungsteam mit spezieller Weiterbildung (z.B. Palliativmedizin, Psychoonkologie) zur Verfügung. Ein Hauptaugenmerk liegt auf der adäquaten Schmerztherapie. Liegt eine Patientenverfügung vor, so wird diese berücksichtigt. Neben speziell geschulten Pflegekräften und Ärzten stehen Seelsorger und ehrenamtliche Mitarbeiter des Hospizdienstes, sowie ein interdisziplinäres Ethikkomitee beratend zur Verfügung. Sterbende Patienten erhalten immer ein Einzelzimmer. Für Angehörige können Übernachtungsmöglichkeiten gestellt werden. Auf multikulturelle, religiöse Rituale wird Rücksicht genommen.

Seit 2018 besteht ein Kooperationsvertrag mit der Oberland Hospiz- und Palliativversorgung GmbH. Sie ermöglichen es den Patienten durch ein individuelles Behandlungskonzept die letzte Lebensphase selbstbestimmt und bei guter Lebensqualität in der vertrauten Umgebung zu verbringen.

### *1.6.2 Umgang mit Verstorbenen*

Angehörige werden im Sterbefall frühzeitig informiert und eingebunden und erhalten die Möglichkeit zur würdevollen Verabschiedung. Der Abschied der Angehörigen vom Verstorbenen erfolgt immer in einem freien Zimmer. Die Versorgung eines Verstorbenen ist in Pflegestandards geregelt und für alle Mitarbeiter verbindlich. Bei Fehl- und Totgeburten erhalten die Eltern alle erforderlichen Informationen sowie bei Bedarf psychologische oder seelsorgerische Unterstützung. Sollten Angehörige zu einem späteren Zeitpunkt Abschied nehmen wollen, so steht ein Andachtsraum zur Verfügung.

## 2. Mitarbeiterorientierung

### 2.1.1 Personalbedarf

Die Planung des Personalbedarfs erfolgt in der Regel jährlich auf der Basis von Leistungskennzahlen und anerkannten Anhaltzahlen. Bei aktuellen strukturellen Veränderungen kann die Anpassung auch unterjährig erfolgen. Fluktuationsraten und Krankenstand werden regelmäßig ermittelt und auf ihre Ursachen hin geprüft. Bei Arbeitnehmerkündigungen werden Austrittsgespräche geführt. Anreize für Mitarbeiter werden durch Bereitstellung von vergünstigten Personalwohnungen sowie einem Betriebskindergarten und Kinderkrippe geschaffen.

### 2.1.2 Personalentwicklung

Die strategische Personalentwicklung obliegt der Krankenhausleitung unter Berücksichtigung der Unternehmensstrategie und der Kernkompetenzen des Klinikums. Für alle Bereiche im Klinikum wurden detaillierte Stellenbeschreibungen erstellt. Wesentliche Elemente der Personalentwicklung sind regelmäßige Mitarbeitergespräche mit Zielvereinbarungen sowie Planung der Fort- und Weiterbildung.

Im hausinternen Fortbildungsprogramm werden die Wünsche der Mitarbeiter möglichst berücksichtigt. Externe Aus-, Fort-, und Weiterbildungen werden, sofern sie dem Interesse und finanziellen Rahmen des Hauses entsprechen, ermöglicht.

Bei Neueinstellungen wird neben der fachlichen Qualifikation auf die soziale Kompetenz und auf die Qualifikation im Management geachtet.

### 2.1.3 Einarbeitung

Im Rahmen eines monatlichen Einführungstages werden alle neuen Mitarbeiter im Klinikum begrüßt und erhalten alle wichtigen Informationen sowie grundsätzliche Themen zum Klinikum. Ein übergreifendes Einarbeitungskonzept ist etabliert. Die fachliche Einarbeitung erfolgt in den jeweiligen Bereichen / Abteilungen. Für die Zeit der Einarbeitung werden den Mitarbeitern Bezugspersonen zugeordnet (Mentor / Praxisanleiter). Die Zwischen- und Beurteilungsgespräche dienen dem Abgleich der Erwartungen des Vorgesetzten und des Mitarbeiters. Zur Überprüfung der Vollständigkeit der Einarbeitung werden Checklisten eingesetzt.

### 2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Dem Klinikum ist eine Krankenpflegeschule mit 20 Ausbildungsplätzen pro Ausbildungsjahr angegliedert. Ein zentrales wesentliches Element der Ausbildung ist die Vermittlung des Theorie-Praxis-Transfer. Die praktische Anleitung der Krankenpflege-Schüler erfolgt zum einen durch die Lehrer als auch durch die vor Ort ausgebildeten Mentoren bzw. Praxisanleiter. Neben den Pflegeberufen bildet das Klinikum Medizinische Fachangestellte, Kaufmann im Gesundheitswesen, Pflegefachhelfer, operations- / und anästhesie-technische Assistenten, Fachinformatiker Systemintegration sowie Notfallsanitäter (praktischer Einsatz) aus.

Das Klinikum ist akademisches Lehrkrankenhaus und bildet Medizinstudenten aus. Für die PJ-Studenten bestehen seitens der Fachabteilungen Lernzielkataloge sowie regelmäßige interdisziplinäre Fortbildungen. Das Klinikum beteiligt sich am Projekt der Bayerischen Landesärztekammer "Weiterbildungskonzept Allgemeinmedizin".

Das innerbetriebliche Fortbildungsprogramm umfasst eine Vielzahl von Veranstaltungen pro Jahr. Das Fortbildungsangebot steht jedem Mitarbeiter offen. Ein jährliches Fortbildungsbudget wird in den einzelnen Abteilungen festgelegt. Die bundesweiten Vorgaben zur Fortbildung von Fachärzten werden vollständig erfüllt.

### *2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance*

Die Arbeitszeitenregelungen basieren auf gesetzlichen, rechtlichen und tariflichen Vorgaben und erfüllen die Anforderungen des Arbeitszeitgesetzes. Zur Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit werden in unserem Haus unterschiedliche Arbeitszeitmodelle angewandt, welche nach den betrieblichen Bedürfnissen wie auch nach Wünschen der Mitarbeiter erstellt wurden. Alle Berufsgruppen sind in die elektronische Zeiterfassung eingebunden.

Ein betriebliches Gesundheitsmanagement mit umfangreichen Angebot zum Aufbau und Erhalt gesunder Arbeitsbedingungen sowie zur Befähigung der Beschäftigten zu einer aktiven und gesunden Lebensführung ist etabliert.

### *2.1.6 Ideenmanagement*

Mitarbeiterideen und Wünsche sind ausdrücklich erwünscht. Hierzu ist das Ideenmanagement mit einer Bewertungskommission eingerichtet. Ein Ideenmanagementbeauftragter ist benannt und verantwortlich. Zur Einreichung von Ideen sind mehrere Möglichkeiten etabliert (Formularversand Intranet, Email und Post). Alle eingehenden Ideen werden quartalsweise nach festgelegten Kriterien bewertet und prämiert sowie für alle Mitarbeiter anonym im Intranet veröffentlicht. Dabei werden sowohl Ideen für die Verbesserung der Versorgungsqualität am Patienten als auch wirtschaftlich günstige Verbesserungsvorschläge berücksichtigt. Unabhängig davon erhält jeder Mitarbeiter für eine neue Idee ein Anerkennungsgeschenk.

### 3. Sicherheit - Risikomanagement

#### 3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Im Klinikum ist ein klinisches Risikomanagementsystem inklusive einer positiven Fehlerkultur etabliert. Ziel des klinischen Risikomanagement ist es, Risiken aus allen vorhandenen Informationsquellen zu identifizieren und zu integrieren sowie die zweckmäßige Auswahl und Einleitung von geeigneten Maßnahmen zur Risikominimierung. Diese Festlegungen sind hausübergreifend in einem Risikomanagementhandbuch beschrieben, welches eine einheitliche Risikopolitik und die Definition von Risikozielen sicherstellt. Es erfolgt eine jährliche Bewertung der Risiken aus dem Risikoatlas. Die Umsetzung von Maßnahmen wird den Verantwortlichen in den einzelnen Bereichen delegiert.

Über ein anonymes Fehlermeldesystem können von jedem Mitarbeiter Beinahezwischenfälle eingereicht werden. Die Meldungen werden geprüft und geeignete Maßnahmen zur Prävention eingeleitet. Alle Meldungen werden anonym im Intranet veröffentlicht. Darüber hinaus beteiligt sich das Klinikum am krankenhausübergreifenden Fehlermeldesystem.

#### 3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Die Mitarbeiter sind zur Sicherstellung und Gewährleistung einer umfassenden Patientensicherheit verpflichtet. Diese umfasst den Schutz des Patienten vor sich selbst und den Schutz vor Schädigungen durch Dritte. Geeignete Maßnahmen zur Vorbeugung sowie zur Risikominimierung werden ergriffen. Dies beinhaltet auch technische Regelungen. Durch Checklisten zur Patientensicherheit werden gezielt Risiken im Behandlungsprozess reduziert. Für Patienten, die einer Selbst- oder Fremdgefährdung ausgesetzt sind, gelten spezielle Regelungen. Sensible Bereiche (z.B. Intensivstation, OP) sind durch Zutrittskontrollen geschützt. Den Mitarbeitern werden regelmäßig Deeskalationsschulungen angeboten. Patientenarmbänder zur Vermeidung von Patientenverwechslungen sind hausübergreifend etabliert.

#### 3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Im Klinikum ist das medizinische Notfallmanagement durch einen Reanimationsdienst rund um die Uhr sichergestellt und über eine zentrale Notrufnummer erreichbar. Das Reanimationsteam ist interdisziplinär und interprofessionell zusammengesetzt. Alle am Reanimationsdienst teilnehmenden Ärzte und Pflegekräfte haben ein Megacode-Training absolviert und sind für diese Aufgabe in besonderer Weise qualifiziert. Für die bis zum Eintreffen des Reanimationsteam erforderlichen Sofortmaßnahmen verfügen alle Stationen über die erforderlichen Materialien und Gerätschaften. Für alle Mitarbeiter werden regelmäßig praktische Reanimations-schulungen als Pflichtschulung durchgeführt.

### *3.1.4 Organisation der Hygiene*

Im Klinikum ist ein hausübergreifendes Hygienemanagement etabliert sowie die Verantwortlichkeiten festgelegt. Gesamtverantwortlich ist der Ärztliche Direktor. Dieser wird durch einen hygienebeauftragten Arzt, Hygienefachkräfte und der Hygienekommission unterstützt. In den therapeutischen Bereichen ist jeweils ein Hygieneansprechpartner benannt. Die Mitarbeiter werden kontinuierlich zu hygienerelevanten Themen geschult. Maßnahmen sowie entsprechende Dienstanweisungen und Desinfektionsrichtlinien stehen im sogenannten Hygieneplan im Intranet allen Mitarbeitern zur Verfügung und werden in den Abteilungen veröffentlicht. Es finden regelmäßig unangemeldete Hygienebegehungen durch die Hygienefachkraft statt. Die Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte arbeitet nach den zentral vorgegebenen Hygienerichtlinien und wird ebenfalls regelmäßig begangen.

### *3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement*

Im Klinikum ist ein EDV-basiertes Keim-Monitor-System eingerichtet. Hierin fließen sämtliche mikrobiologischen Befunde ein. Die Keim- und Resistenzstatistiken werden im Intranet veröffentlicht. Bei Verdacht auf eine Infektionserkrankung und bei bestimmten Patientengruppen erfolgt mittels eines hausinternen MeldeweSENS durch das Pflegepersonal eine Meldung an den hygienebeauftragten Arzt. Entsprechend den Richtlinien werden meldepflichtige Erkrankungen an die erforderlichen Stellen gemeldet. Im Bereich der Krankenhausküche ist ein regelhaftes Hygienemanagement (HACCP-Konzept) etabliert. In der Hygienekommission werden die Ergebnisse der Begehungen und Auswertungen des Keim-Monitor-System besprochen und ggf. erforderliche Maßnahmen festgelegt. Das Klinikum beteiligt sich freiwillig an nationalen Krankenhausvergleichen zu Infektionshäufigkeiten (z.B. ITS-KISS, Neo-KISS).

### *3.1.6 Arzneimittel*

Die Bereitstellung der zur medikamentösen Therapie benötigten Arzneimittel erfolgt durch die eigene Apotheke des Klinikums. Die Versorgung ist über eine 24-stündige Bereitschaft auch in Not- und Katastrophenfällen sichergestellt. Eine Arzneimittelkommission ist etabliert und u.a. für die Aktualisierung der Arzneimittelliste zuständig. Die Beschaffung und Anforderung vorhandener und nicht vorhandener Arzneimittel ist standardisiert geregelt und erfolgt in elektronischer Form. Zur Beratung einer Antibiotikatherapie steht ein Antibiotic-Stewardship-Team zur Verfügung. Allgemeine Regelungen zur Antibiotikatherapie sind in den Antibiotika Therapiegrundsätzen festgehalten. Ein Arzneimittel-Therapie-Sicherheitssystem ist im Krankenhausinformationssystem integriert und unterstützt die Ärzte bei der Vermeidung von Wechselwirkungen zwischen Medikamenten. Darüber hinaus werden Medikamente und Zytostatikazubereitungen unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben selbst hergestellt. Die Pflegekräfte werden jährlich im Umgang mit Zytostatika geschult.

### *3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin*

Blut und Blutprodukte werden durch die Blutbank bevorratet und zur Verfügung gestellt. Die Ablauforganisatorischen Regelungen zur Bestellung und Anwendung sind im Qualitätshandbuch Transfusion beschrieben. Im Klinikum ist eine Transfusionskommission etabliert. Ein Transfusionshandbuch ist gemäß den Leitlinien der Bayerischen Landesärztekammer erarbeitet. Die Überprüfung zur Einhaltung der Vorgaben findet in den jährlichen Audits statt. Die Teilnahme an jährlichen Transfusionsunterweisungen ist für alle transfundierenden Ärzte Pflicht. Die Meldung unerwünschter Transfusionsreaktionen ist standardisiert geregelt und allen Mitarbeitern des ärztlichen Dienstes bekannt. Die Chargendokumentation erfolgt elektronisch gestützt. Jährlich erfolgt eine Meldung an die Landesärztekammer durch den Qualitätsbeauftragten Arzt für Hämotherapie. Im Klinikum werden fremdblutsparende Maßnahmen wie maschinelle Autotransfusion (Aufbereitung während einer Operation verloren gegangenen Blutes) durchgeführt.

### *3.1.8 Medizinprodukte*

Der Umgang mit Medizinprodukten sowie deren Einsatz sind in einer Dienstordnung verbindlich geregelt. In allen Abteilungen und Funktionsbereichen sind Medizinprodukte-Verantwortliche und Medizinprodukte-Einweisungs-Beauftragte benannt. Darüber hinaus sind Medizinprodukte-Geräte-Verantwortliche benannt, welche auf die Einhaltung der Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibVO) zu achten haben. Ein Gerätebuch sowie ein Bestandsverzeichnis werden im EDV-System der Medizintechnik geführt. Ersteinweisungen und Inbetriebnahme werden von der Medizintechnik organisiert. Neue Mitarbeiter werden gemäß Einarbeitungskonzept eingewiesen.

Zur Sicherstellung der Funktionstüchtigkeit der Medizinprodukte wird gemäß Dienstordnung nach der aktuellen MPBetreibVO verfahren. Die Vorgaben für den Umgang mit Sterilgut sind im Hygieneplan und im Qualitätsmanagementhandbuch festgelegt.

### *3.2.1 Arbeitsschutz*

Die Sicherheit unserer Mitarbeiter ist durch umfassende Regelungen zum Arbeitsschutz gewährleistet. Die Organisationsstruktur zum Arbeitsschutz ist im aktuellen Organigramm ersichtlich. Die Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt ist geregelt. Eine Fachkraft für Arbeitssicherheit sowie Sicherheitsbeauftragte sind bestellt. Eine Liste der Beauftragten Personen ist im Intranet hinterlegt. Am Klinikum ist ein Arbeitssicherheitsausschuss etabliert. Der Ausschuss sowie die bestellten Personen sorgen für die sichere Gestaltung der Arbeitsbereiche im Klinikum. In den Bereichen werden standardisierte Begehungen / Gefährdungsbeurteilungen durchgeführt erforderliche Maßnahmen zur Risikominimierung eingeleitet und deren Umsetzung überprüft.

Das Verhalten bei Arbeitsunfällen ist in einer Verfahrensanweisung festgeschrieben. Vorgaben zum Schutz vor Gefahrstoffen und Strahlungen werden umfänglich beachtet.

### *3.2.2 Brandschutz*

Das Klinikum ist mit einer automatischen Brandmeldeanlage ausgestattet. Die im Notfallplan integrierte Brandschutzordnung regelt das Verhalten im Brandfall. Die Brandschutzunterweisungen werden regelmäßig durch den Brandschutzbeauftragten durchgeführt und dokumentiert sowie der Informationsstand durch Begehungen überprüft. Brandmeldeanlage und Löscheinrichtungen werden entsprechend der DIN-Norm durch



zertifizierte Fachfirmen durchgeführt. Das gesamte Haus ist mit Flucht- und Rettungswegplänen ausgestattet. Im Klinikum gilt ein Rauchverbot.

### *3.2.3 Datenschutz*

Die Regelungen zum Datenschutz sind im Datenschutzhandbuch beschrieben. Ein Datenschutzbeauftragter ist schriftlich benannt und für die Regelungsvereinbarung verantwortlich. Alle Mitarbeiter werden im Rahmen einer Pflichtschulung zum Thema Datenschutz unterwiesen. Jeder neue Mitarbeiter unterschreibt bei seiner Einstellung eine Schweigepflichterklärung. Der Datenschutzbeauftragte informiert am Einführungstag über den Datenschutz im Klinikum.

Begehungen aller Bereiche der Patientenversorgung werden jährlich unangekündigt durchgeführt.

### *3.2.4 Umweltschutz*

Die Aktivitäten auf dem Gebiet des Umweltschutzes beinhalten die Berücksichtigung ökologischer Anforderungen bei der Beschaffung, das Ressourcen-Management (v.a. Wasser und Energie) sowie das Abfallmanagement. Generelle Ziele sind Energieeinsparungen und die Erhöhung der Energieeffizienz sowie die Effektivität der Abfallwirtschaft. Im Rahmen von Umbaumaßnahmen wird immer auf Energie sparende Installationen geachtet. Ein betriebliches Abfallwirtschaftskonzept mit entsprechenden Maßnahmen zur Abfallreduzierung bzw. -vermeidung ist entsprechend gesetzlicher Vorgaben vorhanden. Die Mitarbeiter werden regelmäßig zu Themen des Umweltschutzes geschult.

### *3.2.5 Katastrophenschutz*

Das Klinikum ist in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden und hat eine Aufnahmeverpflichtung für Notfallpatienten bei Großschadensereignissen. Zur Bewältigung interner Katastrophen ist der Notfallplan erarbeitet und etabliert. Dieser ist im Intranet veröffentlicht und allen Mitarbeitern zugänglich. Zur Aktualisierung der Regelungen ist die AG "Katastrophenschutz" verantwortlich. Zur Alarmierung ist ein Alarmserver eingerichtet, der alle internen sowie dienstfreien Kräfte im Notfall verständigt.

Der Notfallplan wird jedem neuen Mitarbeiter im Rahmen des Einführungstages vorgestellt. Auffrischungen zum Katastrophenschutz sind im Rahmen der drei jährlichen Katastrophenschutzunterweisungen für alle Mitarbeiter verpflichtend.

### *3.2.6 Ausfall von Systemen*

Für den Ausfall aller wichtigen technischen Medien wurden Ausfallkonzepte entwickelt, die eine Weiterversorgung ermöglichen. Technische Anlagen, die unter die Anlagenprüfverordnung oder Betriebssicherheitsverordnung fallen, werden im vorgeschriebenen Turnus vom TÜV überprüft. Um einen IT-Ausfall zu vermeiden, werden umfassende redundante Strukturen vorgehalten (z.B. Telefonanlage, Stromversorgung, EDV). Ausfallkonzepte wurden für verschiedene Systeme erstellt. Entsprechende Rufbereitschafts- und Störungsdienste sind eingerichtet.

## 4. Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Im Rahmen einer langfristigen strategischen Planung wurde im Klinikum ein hoch verfügbares EDV-System aufgebaut, zu welchem alle Mitarbeiter in der Patientenversorgung überall Zugang haben. Zum Aufbau und zur Weiterentwicklung sowie zur strategischen Abstimmung ist ein Informationstechnologie-Lenkungskreis implementiert. Die Verwendung der einzelnen Programme und Programmsystemen sowie der Zugang zu spezifischen Daten sind über ein Gruppen-Rollen-Konzept durch die jeweilige Funktions- und Abteilungszugehörigkeit geregelt. Um die Vorteile der EDV noch besser nutzen zu können, werden kontinuierlich Anwenderschulungen durchgeführt. Zur Meldung von Störungen besteht ein Ticketsystem. Für die mobile Nutzung steht ein redundantes Funk-Netzwerk (WLAN) zur Verfügung.

### 4.2.1 Klinische Dokumentation

Nahezu die gesamte Dokumentation erfolgt in der elektronischen Patientenakte. Hierdurch stehen alle relevanten Informationen allen an der Behandlung Beteiligten jederzeit zur Verfügung. Zur Dokumentation besteht ein einheitliches System. Umfangreiche übergreifende Regelungen zur digitalen Dokumentation von Patientendaten sind etabliert (z.B. Medikation, Fieberkurve). Die Mitarbeiter werden in der Anwendung geschult. Informationen aus vorangegangenen Aufenthalten der Patienten werden in ein digitales Archiv überführt und stehen so ebenfalls allen Berechtigten an allen Arbeitsplätzen zur Verfügung.

### 4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Im zentralen Archiv werden alle papiergestützten Akten nach Entlassung digitalisiert und anschließend archiviert. Der Zugriff auf die Archivsoftware ist in das Krankenhausinformationssystem integriert und somit jederzeit möglich. Bei einem Ausfall des Krankenhausinformationssystems steht dezentral die Behandlungsdokumentation der aktuell anwesenden Patienten lokal zur Verfügung. Zur Dokumentation sind flächendeckend Tablet-PC sowie mobile Dokumentationswagen für alle an der Behandlung beteiligten eingeführt.

### 4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Die Weitergabe internen Informationen an die Klinikumsleitung über die Kostenentwicklung und Entwicklung des Leistungsgeschehens wird durch das Berichtswesen sichergestellt (z.B. Jour fixes, Leistungsbericht der Kommissionen, Monatsberichtswesen OP-Management). Mit Erfassung und Aufbereitung externer Informationen sind verschiedenen Abteilungen beauftragt. Darüber hinaus wird die Klinikumsleitung über Befragungen, Auswertungen des Beschwerdemanagement, Jahresberichte und andere Berichte über spezifische Fragestellungen informiert. Auf der Grundlage des bestehenden Informigramms erhält die Klinikumsleitung wichtige Informationen über das Betriebsgeschehen und die Umsetzung beschlossener Maßnahmen.

#### *4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang*

Die Informationsweitergabe innerhalb des Klinikums findet in einer interdisziplinären und berufsgruppenübergreifenden Regelkommunikation (z.B. Team-, Abteilungs-, Röntgenbesprechungen) statt. Entsprechende Protokollregelungen sind etabliert. Ein Informigramm ist erarbeitet und beinhaltet sämtliche Informations- und Kommunikationswege. Das Infoportal dient als zentrales Kommunikations- und Dokumentationssystem für die Mitarbeiter, auf dieses haben alle Mitarbeiter Zugriff.

Als zentrale Informationsstelle dient der Empfangsbereich am Haupteingang welcher 24 Stunden besetzt ist. Hier befinden sich die Rezeption und die Telefonzentrale. Die Mitarbeiter der Rezeption stehen Patienten, Angehörigen und Besuchern für Fragen und die Weitergabe von Informationen zur Verfügung.

## 5. Unternehmensführung

### 5.1.1 Philosophie/Leitbild

Das Klinikum folgt einem Leitbild, welches eine übergeordnete Vision enthält. Das Leitbild wurde von einer interdisziplinären und berufsgruppenübergreifenden Arbeitsgruppe erstellt, gezielt überprüft und beibehalten. Als ergänzende Maßnahme, die sich aus dem Leitbild ableitet, wurde ein Claim für das Klinikum erarbeitet. Die im Leitbild enthaltenen Leitsätze beschreiben die Grundsätze unserer Arbeit. Das Leitbild ist allen Mitarbeitern bekannt und befindet sich für neue Mitarbeiter in der digitalen Infomappe. Bei der Festlegung von Unternehmenszielen wird darauf geachtet, dass Sie mit den grundlegenden Werten des Leitbildes konform sind.

### 5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Im Leitbild findet sich bereits die Verpflichtung einen mitarbeiterorientierten Führungsstil zu praktizieren, zudem wird die Vorbildfunktion der Führungskräfte betont. Die Klinikumsleitung arbeitet eng mit dem Betriebsrat zusammen und fördert damit das gegenseitige Vertrauen. Es werden regelmäßig Betriebsvereinbarungen zu Mitarbeiter betreffenden Themen beschlossen. Viermal im Jahr finden Betriebsversammlungen zur Information der Mitarbeiter unter Teilnahme der Klinikumsleitung statt. Darüber hinaus sind eine Supervision, ein betriebliches Gesundheitsmanagement sowie eine Schwerbehindertenvertretung eingerichtet. Mitarbeiterbefragungen und gemeinsame Veranstaltungen unterstützen die vertrauensfördernden Maßnahmen.

### 5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Am Klinikum ist ein Ethikkomitee bestehend aus Vertretern verschiedener Berufsgruppen und Abteilungen eingerichtet. Zu zahlreichen ethischen und kulturellen Problemstellungen wurden hier Festlegungen erarbeitet. Zur Fortbildung in aktuell, ethischen Fragestellungen wird regelmäßig ein Ethik-Café für alle Mitarbeiter angeboten. Alle Mitarbeiter können sich mit Fragen und Vorschlägen an das Ethikkomitee wenden. Für die Betreuung von Patienten in Krisensituationen steht ein psychoonkologischer bzw. psychiatrischer Dienst zur Verfügung.

Die Seelsorgerische Betreuung ist durch zwei Seelsorger beider christlichen Konfessionen sichergestellt. Bei Bedarf können auch Ansprechpartner anderer Religionen hinzugezogen werden.

### 5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Die Kommunikation nach außen ist bereits im Leitbild des Klinikums verankert. Darüber hinaus besteht der Claim des Hauses "kompetent, innovativ, sympathisch". Ein Konzept zur Positionierung des Klinikums mit dem Titel "WIR 2025" sowie eine Kommunikationsstrategie sind erstellt und etabliert. Die Öffentlichkeitsarbeit erfolgt über die Stabsstelle PR & Marketing welche direkt der Klinikumsleitung unterstellt ist.

Die Kommunikation in kritischen Fällen richtet sich nach den schriftlichen Regelungen im Handbuch Krisenkommunikation. Informationen für definierte Zielgruppen finden u. a. in zahlreichen Veranstaltungen, Presseberichten, Internetauftritt statt.

### *5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung*

Im Sinne eines mehrdimensionalen Zielsystems, welches aus dem Leitbild abgeleitet wurde, werden strategische Ziele auf den strategisch relevanten Ebenen (z.B. Wirtschaftsplanung, Bildung von Zentren, Personal, IT-Strategie) formuliert. Ein übergreifendes Strategiepapier zur Konsolidierung der Themen ist erarbeitet. Dieses enthält Unternehmensziele z.B. Entwicklungsziele der Abteilungen, Wettbewerbsfähigkeit, Demographie und Marktumfeld. Verantwortlich für Strategie und Zielplanung ist die Klinikumsleitung. Der Strategie- und Strukturplan wird kontinuierlich fortgeschrieben und bildet die Grundlage für die Wirtschaftsplanung. Die aktuelle Entwicklung, auch in Bezug auf die einzelnen Abteilungen, wird anhand der jährlichen Erfolgs- und Investitionsplanung sowie der Abteilungsergebnis- Rechnung geprüft.

### *5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement*

Neben den medizinischen und betriebswirtschaftlichen Meldewesen pflegt das Klinikum eine positive Fehlerkultur, um Risiken frühzeitig zu erkennen oder zu vermeiden. Jeder Mitarbeiter hat die Möglichkeit, Fehler, welche nicht zu einem Schaden geführt haben, anonym zu melden. Verantwortlich für den Aufbau und die Entwicklung eines umfassenden Risikomanagements ist die Klinikumsleitung. Durch zahlreiche Kennzahlen und monatlichen Berichtswesen sind die Krankenhausleitung sowie die Führungskräfte stets über die aktuellen Entwicklungen informiert und kann entsprechend steuern.

Die Verbindung zum klinischen Risikomanagement ist über das gemeinsame Risikomanagementhandbuch sowie die einheitliche Systematik zur Erfassung und Bewertung von Risiken sichergestellt. Zur internen Revision erfolgen regelmäßig Prüfungen zu Schwerpunktthemen im Rahmen der Gesundheit Oberbayern GmbH. Eine Dienstanweisung zur Korruptionsprävention ist erarbeitet, sowie eine Compliance-Beauftragte benannt.

### *5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen*

Ziel ist es, Partnerschaften und Kooperationen aktiv zu gestalten und über die Kernleistung der Patientenversorgung hinaus bewusst gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen. Bei der Auswahl von Kooperationen und Partnerschaften wird darauf geachtet, dass die Partner unsere Qualitätskriterien erfüllen. Wesentliche Kooperationspartner sind die beiden Münchner Universitätskliniken, die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau sowie Fachkliniken im Landkreis. Das Klinikum bietet Praktikumsplätze für Schüler und Studenten der umliegenden Bildungseinrichtungen sowie eine große Zahl von Ausbildungsplätzen an.

### *5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien*

Die Aufbauorganisation des Klinikums ist klar in einem Organigramm dargestellt. Neben den hierarchischen Zuordnungen beschreibt es auch die Verantwortlichkeiten aller wichtigen Bereiche. Unabhängig hiervon sind abteilungsübergreifende Projektgruppen eingerichtet, welche die Umsetzung von aktuell erforderlichen Veränderungen erarbeiten. Im Klinikum sind verschiedenste Fach-Kommissionen und Gremien eingerichtet. Sie verfügen über klar geregelte Geschäftsordnungen, in denen Aufgaben und Kompetenzen festgelegt sind. Die Entscheidungen dieser Gremien werden jeweils in einem Protokoll festgehalten und veröffentlicht.

### *5.3.2 Innovation und Wissensmanagement*

Von allen Arbeitsplätzen aus kann über das Intranet bzw. Internet auf medizinische Datenbanken und Fachliteratur zugegriffen werden. Alle Mitarbeiter sind zudem aufgefordert, sich über die aktuellen fachlichen Entwicklungen und Trends (z.B. auf Kongressen) zu informieren und Vorschläge an Ihre jeweiligen Vorgesetzten heranzutragen. Innovationen werden in der Regel in den Abteilungen initiiert und mit der Geschäftsführung abgestimmt. Ideenmanagement und Vorschlagwesen schaffen ein innovationsfreundliches Betriebsklima.

## 6. Qualitätsmanagement

### 6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Das wesentliche Ziel im Klinikum ist es durch ein umfassendes Qualitätsmanagementsystem die nachhaltige Optimierung von Prozessen und Ergebnissen in allen Aspekten der Patientenversorgung und patientenfernen Bereichen zu gewährleisten. Wir verfügen über insgesamt drei Mitarbeiter im hausübergreifenden Qualitätsmanagement, welches direkt der Geschäftsführung unterstellt ist. Sie werden von Qualitätsverantwortlichen in allen Abteilungen und Bereichen unterstützt, welche hierfür systematisch fortgebildet werden.

Alljährlich werden Qualitätsziele und die im abgelaufenen Jahr abgeschlossenen Verbesserungsprojekte in einem Qualitätsentwicklungsbericht dargestellt. Die erfolgreiche Zertifizierung nach KTQ(r) (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) ist letztlich die Bestätigung dieser positiven Entwicklung.

### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Eine Prozesslandkarte mit Kern-, Führungs- und Unterstützungsprozessen ist erarbeitet und bildet als Bestandteil des Qualitätsmanagementhandbuchs die wesentlichen Abläufe im Klinikum ab. Dies dient den Mitarbeitern als Grundlage für die Einarbeitung und ihre tägliche Arbeit. Die Inhalte werden regelmäßig hinterfragt und geprüft sowie bei Bedarf aktualisiert.

Ein zentrales Instrument zur Analyse, Bewertung und Evaluation von Prozessen ist das Data Warehouse, welches an Hand von Kennzahlen die Prozessüberprüfung und -steuerung ermöglicht.

Im Rahmen von internen Überprüfungen (Audits) und externen Begehungen, wie auch der KTQ(r)-Zertifizierung (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) wird die Kenntnis und Anwendung der Regelungen überprüft.

### 6.2.1 Patientenbefragung

Im jährlichen Rhythmus werden eine Patientenbefragung bzw. Befragung der Eltern von erkrankten Kindern in Zusammenarbeit mit einem externen Institut durchgeführt. Dabei wird Wert daraufgelegt, dass die Fragebögen erst nach Entlassung versandt werden, da bei diesem Verfahren größtmögliche Objektivität gewährleistet ist. Die Ergebnisse werden den Abteilungen und Stationen sowie der Klinikumsleitung präsentiert und stellen eine wertvolle Grundlage für eine Vielzahl von Verbesserungsprojekten dar. Die daraus abgeleiteten Maßnahmen werden systematisch vom hausübergreifenden Qualitätsmanagement nachgehalten. Unsere Befragungen werden durch das Beschwerdemanagement ergänzt.

### 6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Zuletzt wurden 2019 die Einweiser sowie die Hausärzte aus dem Landkreis befragt. Dabei erfolgt eine allgemeine Bewertung wie auch eine spezifische Bewertung bezüglich der Zusammenarbeit mit den einzelnen Abteilungen des Hauses.

2019 fand eine Befragung der nachversorgenden Einrichtungen (Altenheime, Pflegedienste) im Landkreis statt.

Wie auch in der Patientenbefragung konnten hier Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden.

### 6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Im Leitbild ist der Leitsatz "der Mitarbeiter ist uns wichtig" als eines der obersten Ziele genannt. Mitarbeiterbefragungen werden in einem dreijährigen Turnus (zuletzt 2018) durch ein renommiertes externes Institut durchgeführt. Ziel ist es, die Zufriedenheit der Mitarbeiter zu verschiedenen Aspekten ihrer täglichen Arbeit zu erfahren. Die Befragung ist anonym. In die Organisation und Durchführung ist der Betriebsrat und der Datenschutzbeauftragte eng mit eingebunden. Die Beteiligung war mit 66% sehr hoch, was für ein großes Engagement der Mitarbeiter spricht. Die Ergebnisse werden detailliert nach Berufsgruppen, Stationen und Abteilungen ausgewertet. Die Bereiche leiten jeweils entsprechende Verbesserungsmaßnahmen ab.

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

2017 wurde das Beschwerdemanagement dem Qualitätsmanagement zugeteilt. Eine zentrale Beschwerdestelle ist eingerichtet und ein Patientenfürsprecher ist benannt, der die Belange der Patienten vertritt. Beschwerden können mündlich, anhand eines standardisierten Formulars, über die Homepage oder per E-Mail geäußert werden. Jede Beschwerde wird in einem Ticketsystem erfasst. Beschwerden mit Relevanz für das klinische Risikomanagement werden hier mit aufbereitet und weiterverfolgt. Jahresberichte werden erstellt und der Geschäftsführung präsentiert. Die Auswertung des Beschwerdemanagements wird im Intranet kommuniziert.

#### 6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Das Klinikum Garmisch-Partenkirchen nimmt an allen gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung teil. Die Routinedaten werden systematisch erfasst und aufbereitet. Neben der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung nimmt das Klinikum freiwillig an einer Vielzahl von Erhebungen zum Vergleich mit anderen Kliniken teil. Diese umfassen Behandlungsergebnisse, Hygienedaten und Komplikationsraten ebenso wie Informationen zur Qualität in der Organisation. Zusätzlich werden intern Kennzahlen erfasst und regelmäßig mit den selbst gesteckten Zielen verglichen. Die Leiter der Abteilungen verschaffen sich regelmäßig einen Überblick über die für sie relevanten Kennzahlen, so dass Abweichungen und Fehler schnell erkannt werden.