

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2021 für Krankenhäuser

Krankenhaus:

Starnberger Kliniken GmbH

Anschriften:

Oßwaldstraße 1	Am Schloßbichl 7	Hauptstraße 23	Seestraße 43
82319 Starnberg	82377 Penzberg	82229 Seefeld	82211 Herrsching am Ammersee

**Ist zertifiziert nach KTQ[®]
mit der Zertifikatnummer:**

2025-0003 KHVB

durch die KTQ-GmbH, Berlin

Gültig vom:

31.03.2025

bis:

30.03.2028

2.-7. Zertifizierung

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1. Patientenorientierung	8
2. Mitarbeiterorientierung	11
3. Sicherheit	12
4. Informations- und Kommunikationswesen	15
5. Unternehmensführung	17
6. Qualitäts- und klinisches Risikomanagement	19

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 Rettungsdiensteinrichtungen.

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,
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitäts- und klinisches Risikomanagement

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 48 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2021.

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen, therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass die **Starnberger Kliniken GmbH** 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. Thilo Grüning, MSc.
Für die Deutsche
Krankenhausgesellschaft

Prof. Dr. med Henrik Herrmann
Für die Bundesärztekammer

Thomas Meißner
Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

„**Stark sein für Menschen**“ – dieses Leitmotiv steht im Zentrum unseres täglichen Handelns. Stärke bedeutet für uns nicht nur fachliche und menschliche Kompetenz, sondern auch Stabilität, Verlässlichkeit und kontinuierliche Weiterentwicklung – im Sinne unserer Patientinnen und Patienten, aber auch unserer Mitarbeitenden.

Diese Stärke basiert auf einem systematischen und etablierten Qualitätsmanagement. Seit 2004 ist das KTQ-Zertifizierungsverfahren fester Bestandteil unseres Hauses. Es unterstützt uns dabei, Prozesse transparent zu gestalten, Leitlinien und Handlungsanweisungen zu formulieren, wichtige Schnittstellen zu definieren und Mitarbeitende entsprechend zu schulen. Zielsetzungen geben die Richtung vor, aussagekräftige Kennzahlen schaffen Orientierung. So sichern und verbessern wir nachhaltig die Qualität unserer Leistungen – im medizinischen, pflegerischen und organisatorischen Bereich.

Die **Starnberger Kliniken** bestehen aus den Kliniken in **Starnberg, Penzberg, Seefeld und Herrsching**, ergänzt durch zwei Medizinische Versorgungszentren*, eine Berufsfachschule für Pflege*, der Residence*, sowie ein modernes Schulungszentrum* für Notfallmedizin und Simulation. Gemeinsam sind wir ein leistungsstarker und verlässlicher Partner im Gesundheitswesen – sowohl im **Landkreis Starnberg, in Penzberg und Wolfratshausen** als auch überregional.

Wir bieten ein breites Spektrum an medizinischen Leistungen u.a. in folgenden Fachbereichen an:

- **Medizinische Klinik** mit Gastroenterologie, Kardiologie, Pneumologie und Nephrologie
- **Chirurgische Klinik** mit Allgemein- und Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, Endokriner Chirurgie sowie Urologie
- **Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe**
- **Klinik für Kinder- und Jugendmedizin**
- **Klinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie**
- **Akutgeriatrie**
- **Palliativmedizin**
- **Radiologie**
- **Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie**
- **Zentrale Notaufnahmen** an allen Klinikstandorten

- **Die Residence** – unsere moderne **Wahlleistungsstation** für anspruchsvolle Unterbringung und individuelle Betreuung

Unser gemeinsames Ziel ist es, Menschen in allen Lebenslagen kompetent, empathisch und mit höchster Qualität zu begleiten. Mit Hilfe des KTQ-Systems reflektieren wir unser Handeln, hinterfragen Bestehendes und entwickeln uns stetig weiter – ganz im Sinne unseres Leitmotivs:

Stark sein für Menschen.

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Alle Kliniken des Konzerns stellen 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 stationären Aufnahmen erfolgen nach klinikinternen Richtlinien, dabei werden prozesstechnisch stationäre, tagesgleiche und ambulante Patientenströme unterschiedlich behandelt. Die Notfallaufnahmen und die Aufnahmen elektiver Patienten sind räumlich getrennt. Im Klinikum Starnberg ist zur Entlastung der Zentralen Aufnahme eine Bereitschaftspraxis der KVB installiert. Vital bedrohte Notfallpatienten werden in den Zentralaufnahmen vom Notfallteam erstversorgt. Eine Chest Pain Unit (CPU) im Klinikum Starnberg versorgt Patienten mit unklaren Brustschmerzen. Alle Kliniken sind mit ÖPNV hervorragend angebunden.

1.1.2 Leitlinien, Standards und Richtlinien

Die Behandlung in allen Kliniken des Konzerns folgt den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften. Es wird ein besonderer Wert auf die Entwicklung konzernweiter bzw. klinikübergreifender Richtlinien und Standards. Fachübergreifende, hauseigene Leitlinien, z.B. für die Schmerztherapie, wurden erarbeitet und über Fortbildungen den Mitarbeitern vermittelt. Häufig anzuwendende Standards und Verfahrensanweisungen sind in laminierten Kitteltaschenformaten verfügbar, z.B. Antibiotikakarte in der Kinderklinik, Schmerzmitteltherapie. Standards und Leitlinien wurden den formalen Anforderungen angepasst, sie werden regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüft und überarbeitet. Um diesen Prozess effiziente zu gestalten wurde eine Dokumentenlenkungssoftware (Roxtra) angeschafft und ein Verantwortlicher benannt.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten (MeSeGe)

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

1.1.4 Service und Ausstattung

Die Patientenzimmer sind patienten- und sachgerecht in Übereinstimmung mit den gesetzlichen und anderen Vorgaben eingerichtet. Es gibt Ein- Zwei und Dreibettzimmer. Die Residence im Klinikum Starnberg bietet eine hotelähnliche Ausstattung für Wahlleistungspatienten an. Spezifische Räumlichkeiten wie Cafeteria oder Andachtsraum stehen zu Verfügung. In allen Kliniken des Konzerns werden aktuelle Erkenntnisse auf dem Gebiet der Ernährungswissenschaften angewendet. Bei Indikation wird ein Screening auf Mangelernährung durchgeführt. Die Speisenbestellung erfolgt EDV-gestützt durch die Mitarbeiter des Serviceteams. Die

Essensbestellung kann den individuellen Wünschen der Patienten angepasst werden. Eine Vielzahl von Sonderkostformen steht zur Verfügung. Ein konzernweit gültiger Kostformenkatalog ist etabliert.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Im Rahmen eines interdisziplinären Projektes wurden der Elektivbereich und Notfallbereich der Zentralen Notaufnahme in den Kliniken soweit möglich getrennt. In Penzberg wurde ebenfalls eine Trennung der Elektiv- und Notfallversorgung auf Prozessebene umgesetzt. Damit ist die getrennte Aufnahme von elektiven und Notfallpatienten gewährleistet.

Zwei CPUs im Klinikum Starnberg und Klinikum Penzberg optimieren die Versorgung von Patienten mit Brustschmerzen. Die Zentralambulanzen sind ganztags ärztlich und pflegerisch besetzt und können jederzeit Notfälle versorgen. Die Aufnahmebereitschaft ist durch Dienstplanregelungen gewährleistet. Die Diagnostik und Behandlung von Notfällen erfolgen entsprechend festgelegter Standards. Der Schockraum im Klinikum Starnberg ist als lokales Traumazentrum zertifiziert. Das Klinikum Starnberg verfügt über eine Stroke-Unit und Herzkatheter-Labor mit 24-Stunden – Bereitschaft. Eine Aufnahmestation mit 6 Betten wurde im Klinikum Starnberg etabliert.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik, Behandlung und Operationen

Die ambulante Notfallversorgung ist in allen Häusern des Konzerns durch alle Fachdisziplinen gewährleistet. Eine ambulante Bereitschaftspraxis, sowie eine pädiatrische KVB-Sprechstunde im Klinikum Starnberg unterstützt die Versorgung der Notfallpatienten. Eine kassenärztliche Behandlung ist in der Notfallambulanz sowie im Rahmen von Teilermächtigungen für Kindergastroenterologie und gynäkologische Onkologie möglich. Alle Hauptabteilungen bieten Sprechstunden für Privatpatienten an, ferner existieren ambulante Sprechstunden. Vorbefunde werden standardmäßig genutzt. Neben den bereits existierenden Zentren, wurden ein Beckenbodenzentrum etabliert, ein Darmzentrum befindet sich im Aufbau.

Untersuchungsbefunde werden umgehend an weiterbehandelnde niedergelassene Kollegen bzw. klinische Einrichtungen weitergeleitet. Das ambulante OP-Zentrum des Klinikums Starnberg befindet sich im Policenter in einem Gebäudeteil des Klinikums. Die Indikation zu ambulanten Operationen wird in den fachspezifischen chirurgischen Sprechstunden durch einen Facharzt geprüft. Hier finden auch präoperative Untersuchung und OP-Aufklärung mit Sicherungsaufklärung statt. Vorbefunde werden berücksichtigt. Der Patient erhält ausführliches Informationsmaterial. Die OP – Terminierung erfolgt EDV-gesteuert. Bei Entlassung erhält der Patient entweder ein Rezept, oder eine ausreichende Schmerzmedikation und einen Kurzbefund mit notwendigen Informationen.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität, Behandlung und Visite (MeSeGe)

In den Zentralambulanzen sind Checklisten und Algorithmen für alle wesentlichen Diagnosen vorhanden. Für einige Diagnosen existieren Zeitziele. Alle Notfallpatienten werden nach dem Manchester-Triage-System ersteingeschätzt. Lebensumstände und Risiken des Patienten werden mittels eines standardisierten Formulars erfasst. Eine multiprofessionelle Abstimmung bezüglich der Behandlungsplanung findet bei den täglichen Visiten und Teambesprechungen statt. Ein hoher Facharztanteil, z.T. mit Subspezialitäten, sichert ein hohes Kompetenzniveau bezüglich Diagnostik und Therapie. Die Durchführung der stationären Diagnostik ist in den Hauptabteilungen fachspezifisch geregelt. Vorbefunde sollen genutzt,

Mehrfachuntersuchungen vermieden werden. Konsile ärztlicher Mitarbeiter anderer Fachabteilungen sind jederzeit möglich, für im Hause nicht vorhandene Fachdisziplinen stehen externe Konsiliarärzte zur Verfügung. Die Patienten bzw. deren Sorgeberechtigte sowie die Eltern unserer pädiatrischen Patienten werden grundsätzlich eingehend über alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen informiert. In allen Abteilungen finden täglich Visiten statt; Chefarztvisiten und Oberarztvisiten werden ebenfalls regelmäßig durchgeführt. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen werden bei der Kurvenvisite überprüft. Auf der Intensivstation finden mehrmals täglich Visiten statt. Die bei der Visite erhobenen Befunde sowie ärztliche Anordnungen und Zusammenfassungen von Patientengesprächen werden in der elektronischen Patientenakte dokumentiert. Die Dokumentation der Pflege erfolgt einmal pro Schicht ebenfalls in der elektronischen Patientenakte. Durch eine Pharmazeutin der Hausapotheke wird im wöchentlichen Turnus zusammen mit den Ärzten eine pharmakologische Kurvenvisite auf der Erwachsenenintensivstation und den chirurgischen Abteilungen im Klinikum Starnberg durchgeführt. Die neu eingeführten Pflegevisiten sind als ein regelmäßiger Besuch und ein Gespräch mit dem Patienten über den Pflegeprozess zu verstehen.

1.4.2 Therapeutische Prozesse und Ernährung (MeSeGe)

Die Therapien erfolgen 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. Versorgung mit Medikamenten ist durch die Hausapotheke Starnberg jederzeit gesichert. Eine umfassende, EDV-gestützte pharmakologische Beratung wird durch die Leitung der hauseigenen Apotheke sichergestellt. Die Schmerztherapie erfolgt leitliniengerecht. Ein Schmerzdienst ist in Starnberg und Penzberg implementiert. Das Klinikum Starnberg hat das Zertifikat „qualifizierte Schmerztherapie“ erworben. Die Versorgung nach dem Facharztstandard ist ganztags gesichert.

1.4.3 Operative und interventionelle Prozesse

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

1.5.1 Entlassungsprozess

Das laut Rahmenvertrags vereinbarte Entlassmanagement wird umgesetzt. Bei allen betroffenen Patienten wird die Einwilligung eingeholt. Die Entlassungsplanung beinhaltet alle notwendigen Maßnahmen, wie Organisation der Weiterbehandlung, Fertigstellen der benötigten Dokumente und bei Bedarf Einbeziehung

der Angehörigen Die Entlassungsplanung erfolgt z.T. schon bei Aufnahme bzw. bei den Visiten, je nach klinischem Verlauf. Sozialdienst und Pflegeüberleitung 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.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Den Bedürfnissen der schwerstkranken und sterbenden Menschen wird durch umfassende medizinische, pflegerische, psychosoziale und spirituelle Betreuung und Begleitung Rechnung getragen. Eine 6-Betten-Palliativeinheit mit spezifisch qualifiziertem Personal ist im Klinikum Starnberg etabliert und steht mit Palliativmedizinern und Palliativ- Care-Fachkräften zur Verfügung. In Klinikum Herrsching sind Kooperationspartner für palliative Versorgung zuständig. Absehbar sterbende Patienten werden prinzipiell in einem Einzelzimmer untergebracht. Auf pietätsvolle Atmosphäre wird geachtet. Seelsorger unterschiedlicher Konfessionen stehen zur Verfügung. Zur Lösung schwieriger ethischer Fragen wurden hauseigene Gremien (Ethikkommission in Starnberg bzw. Ethikkomitees) gegründet. Alle, in der Palliativversorgung tätige Kollegen werden zu den gemeinsamen Sitzungen in Starnberg eingeladen. Alle therapeutischen Schritte werden mit dem Patienten und/ oder seinen Angehörigen besprochen und abgestimmt. Der Umgang mit Verstorbenen ist schriftlich geregelt. Eine Verfahrensanweisung mit Früh- und Fehlgeburten ist implementiert. Religiöse, kulturelle und persönliche Wünsche werden im Rahmen des Möglichen erfüllt. Die Begleitung der Angehörigen endet nicht mit dem Tod der Patienten. Räumlichkeiten zum Abschied nehmen für Angehörige sind vorhanden. Verstorbene bleiben bis zur vollständigen Leichenschau auf der entsprechenden Station. Geeignete Räumlichkeiten für die Unterbringung von Verstorbenen und für das Abschiednehmen durch die Angehörigen sind vorhanden. Den Angehörigen wird seelsorgerische Begleitung angeboten. Die katholische Krankenhausseelsorgerin bietet Gesprächsrunden für trauernde Angehörige an. Der evangelische Geistliche wird im Bedarfsfall angefordert.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf und Akquise 2.1.1 Personalbedarf und Akquise

Die Personalbedarfsbemessung erfolgt nach unterschiedlichen Methoden. Eine Methode ist die Arbeitsplatzmethode. Dabei spielen zu besetzende Schichten, aber auch die Arbeitsbewältigung eine Rolle. Im ärztlichen Bereich legen die zu besetzenden Dienste das Minimum an Stellen fest. Die PpUGV legt die Minimalbesetzung im Pflegebereich der bettenführenden Stationen fest.

2.1.2 Personalentwicklung

Für die Personalentwicklung wurde eine eigene Stelle geschaffen. Das Konzept zur systematischen Personalentwicklung ist zum einen auf den Gesamtkonzern, zum anderen auf die einzelnen MA

(Karriereplanung) ausgerichtet. Dabei werden sowohl die grundlegende Strategie des Konzerns, als auch die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben sowie die Wünsche der MA berücksichtigt.

2.1.3 Einarbeitung

Berufsgruppenspezifische Einarbeitungskonzepte dienen als Leitfaden für eine strukturierte und überprüfbare Einarbeitung. Checklisten sind an das jeweilige Aufgabenspektrum des Einzelnen angepasst. Die formalen Vorgaben zu den Feedbackgesprächen gewährleisten eine gleichbleibende Qualität der Einarbeitung. Ziel der Einarbeitungskonzepte ist es, dass jeder neue Mitarbeiter Souveränität, Erfolg, Sicherheit und Zufriedenheit in seinem Arbeitsbereich entwickelt. Die Einarbeitung neuer MA wird von jedem einzelnen Vorgesetzten geplant, organisiert, begleitet und verantwortet.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung (G-BA MeSeGe) RL: Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus

In den Starnberger Kliniken werden viele Ausbildungen angeboten. Neben der generalistischen Pflegeausbildung gibt es Ausbildungsplätze für OTAs, ATAs, aber auch Ausbildungsplätze für den Kaufmann im Gesundheitswesen, Elektriker, Koch und IT- Fachmann. Das Klinikum Starnberg ist Lehrkrankenhaus für die LMU München. Notwendige Fort- und Weiterbildungen in den unterschiedlichen Bereichen werden ermittelt und genehmigt.

2.1.5 Arbeitszeiten/Work Life Balance

Die Erfassung der Arbeitszeiten erfolgt mittels Zeiterfassungssystem. Unter Einhaltung von definierten Rahmenbedingungen sollen die Mitarbeiter einen möglichst großen Spielraum zur eigenverantwortlichen Planung ihrer Arbeitszeiten und Urlaubszeiten haben. Im „Wunschkdienstplan“ können die MA Ihre Wünsche und Planungen hinterlegen. Um einen reibungslosen Ablauf der Zusammenarbeit der Bereiche Ärzte, Pflege und Verwaltung zu gewährleisten, muss der Arbeitszeitrahmen der MA festgelegt werden. Unterschiedliche Schichtmodelle, aber auch Teilzeitmöglichkeiten geben den Rahmen für eine flexible Arbeitszeitgestaltung. Homeofficeregelungen sind ein weiteres Instrument für eine flexible, zeitliche Arbeitsplatzgestaltung der Mitarbeiter

3. Sicherheit

3.1.1 Eigen- und Fremdgefährdung

Zu Beginn der Patientenbehandlung findet eine Risikoeinschätzung u.a. zu Dekubitus, Pneumonie, Mangelernährung, Flüssigkeitsmangel sowie Sturz statt. Notwendige Maßnahmen werden ergriffen. Für Demenzerkrankte gibt es ein spezielles Aufnahmeprotokoll, das bei der Aufnahme durch einen Angehörigen ausgefüllt und mit der zuständigen Pflegekraft besprochen wird.

Fremdgefährdete Patienten kommen auf die Intensivstation, wo eine dauerhafte Überwachung möglich ist.

3.1.2 Medizinisches Notfallmanagement

Für das Notfallmanagement sind mehrere Mitarbeiter freigestellt. Es werden für alle Mitarbeiter Notfallschulungen mit praktischen Übungen angeboten; die Teilnahme ist alle zwei Jahre verpflichtend. Es existiert eine Notrufsystematik in den Kliniken. Ein Notfallteam ist für die Versorgung hausinterner Notfälle 24 Std. vorgehalten. Jede Station hält eine standardisierte Notfallausrüstung vor; das Notfallteam führt ebenfalls

einen Notfallrucksack mit sich, so dass jederzeit die optimale Versorgung von Notfällen möglich ist. Jeder Mitarbeiter erhält entsprechend seines Tätigkeitsbereiches alle zwei Jahre eine zertifizierte Notfallschulung gemäß den Kursen der American Heart Association (AHA), z.B. den Advanced Cardiovascular Life Support:

3.1.3 Organisation der Hygiene, Infektionsmanagement

In den Starnberger Kliniken sind mehrere Hygienefachkräfte, hygienebeauftragte Oberärzte und eine externe Krankenhaushygienikerin tätig. Sie beraten, überprüfen und kontrollieren alle Kliniken. Hygienebeauftragte in der Pflege auf jeder Station sorgen für die Bereithaltung des aktuellen Wissensstandes. Vierteljährlich tagt eine beschlussfassende Hygienekommission, in der die Führungsebene und alle hygienerelevanten Abteilungen des Hauses vertreten sind. Die Hygienebeauftragten in der Pflege treffen sich alle 2 Monate. Im Intranet ist das Hygiene-Handbuch veröffentlicht, welches alle hygienerelevanten Regelungen enthält. Es finden in beiden Häusern regelmäßige angekündigte Stations- bzw. Abteilungsbegehungen mit den mitwirkenden Verantwortlichen statt. Kernthema ist zuletzt das Ausbruchsgeschehen gewesen. Ziele des Ausbruchsmanagements sind in erster Linie, relevante Infektionsquellen so schnell wie möglich zu erkennen und entstandene Infektionsketten zu unterbrechen. Hierdurch soll der Schutz von Patienten vor nosokomialen Infektionen gewährleistet werden.

3.1.4 Hygienerelevante Daten

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

3.1.5 Arzneimittel und Arzneimitteltherapiesicherheit

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

unerwünschten Nebenwirkungen. Bei jedem Patienten erfolgt eine individuelle Arzneimittelanamnese. Hausübergreifend wurde ein strukturierter Arzneimittel-Anamnesebogen erstellt. 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. Die elektronische Arzneimittelverordnung in ORME wurde 2024 konzernweit eingeführt und trägt zur Erhöhung der AMTS bei. In ORME wurden von Apothekern bisher über 1000 AM spezifisch hinterlegt (qualifiziert) und mit Warnhinweisen versehen. Interprofessionell wurden TAP erarbeitet und durch Apotheker in ORME eingepflegt.

3.1.6 Labor- und Transfusionsmedizin

Die Organisation des Transfusionswesens ist in den Kliniken weitgehend einheitlich strukturiert; es existiert ein Transfusionsverantwortlicher und ein Qualitätsbeauftragter, für jede Abteilung ein Transfusionsbeauftragter und eine Transfusionskommission, die zweimal jährlich tagt. Es liegt ein Qualitätsmanagement-Handbuch für Hämotherapie und ein weiteres für die maschinelle Autotransfusion vor, die einer regelmäßigen Revision unterliegen, für jeden Mitarbeiter im Intranet (Dokumentenpool) zugänglich sind und in dem alle Qualifikationsanforderungen und Verantwortungsbereiche festgelegt sind. Die Qualifikationen der MA werden vom Transfusionsverantwortlichen überprüft und dokumentiert, jeder neue ärztliche MA wird eingewiesen. Das Zentrallabor untersteht in beiden Häusern externen Betreibern. Deren Organisation und Qualifikation wird durch diese gestaltet und kontrolliert. Von Seiten der ärztlichen Laborleitung wird die Validierung in regelmäßigen Abständen der GF gegenüber nachgewiesen. In Herrsching gibt es ein hauseigenes Labor, welches auch das Klinikum Seefeld betreut; in den anderen Kliniken gibt es ein externes Labor. Mit den Laboren wird die Blutbank organisiert.

3.1.7 Medizinprodukte

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

3.2.1 Arbeitsschutz

Der Arbeitsschutz wird von einer Fachkraft für Arbeitssicherheit, einem Strahlenschutzbeauftragten und jeweils einem benannten Sicherheitsbeauftragten (SiBe) pro Abteilung zusammen mit der Geschäftsführung sichergestellt. Sie werden vom betriebsärztlichen Dienst unterstützt. In den regelmäßig tagenden Arbeitsausschusssitzung werden Arbeitsschutzziele und die Unfallverhütung beraten und entschieden. Sicherheitsbeauftragte in den Abteilungen unterstützen die Sicherheitsfachkraft (SiFa). Kernstück des Arbeitsschutzes sind die Gefährdungsbeurteilungen. Die arbeitsmedizinische Vorsorge obliegt der Betriebsärztin, die die Mitarbeiter über präventive Maßnahmen und Impfungen informiert. Alle Mitarbeiter

erhalten zu Beginn ihrer Tätigkeit und dann alle drei Jahre eine arbeitsmedizinische Vorsorge entsprechend ihrer Tätigkeit.

3.2.2 Brandschutz

In den Kliniken ist der Brandschutz durch die hausinterne Brandschutzordnung (BSO) geregelt, die den erforderlichen Ablauf im Brandfall beschreibt. Die BSO ist Teil des Krankenhausalarm- und -einsatzplans (KAEP). Ein Brandschutzbeauftragter ist benannt, der regelmäßig Begehungen und Pflichtschulungen der Mitarbeiter durchführt. Brandschutzhelfer in den einzelnen Abteilungen sind für Evakuierungen bei einem Brandfall geschult. Flucht- und 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.

3.2.3 Krankenhausalarm- und -einsatzplanung inkl. Ausfall von Systemen (DAKEP)

Die Kliniken sind in den Katastrophenschutz nach Landesrecht eingebunden. Der KAEP wurde komplett überarbeitet. Im hausinternen Katastrophenplan für externe und interne Notfälle sind die personellen Zuständigkeiten, Verhaltensregeln und Alarmierungswege in Notfallsituationen festgelegt. Es sind auch die neuen Gefahrenlagen, wie Amoklauf oder Bombendrohung berücksichtigt. Ein automatisches Meldewesen ist installiert.

3.2.4 Umweltschutz

Das betriebliche Umweltmanagement ist langjährig etabliert. Die Kliniken sind nach EMAS validiert. 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 Ressourcenverbrauch an Wasser und Energie gering zu halten, und die Abfalltrennung und Entsorgung zu regeln. Kernthema des betrieblichen Umweltschutzes ist die Erzeugung und Nutzung erneuerbarer Energien, wie Photovoltaik oder der Betrieb von BHKWs. Die Sensibilisierung der Mitarbeiter aber auch Patienten zu einem umweltschutzverträglichen Verhalten ist ein weiterer Bestandteil des Umweltmanagement.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme (APS) HE: Digitalisierung und Patientensicherheit – Risikomanagement in der Patientenversorgung

Zielsetzung des Einsatzes der IT-Infrastruktur ist die Unterstützung der Kernprozesse der Kliniken. Die Verkabelungen innerhalb der Gebäude unterliegen der Hoheit der einzelnen Kliniken. Jegliche Erweiterungen werden sowohl aus Kapazitäts-, Sicherheits- als auch Gründen der Prozessunterstützung mit den Fachbereichen und der Geschäftsführung im Rahmen der Investitionsplanung abgestimmt.

Die IT-Services sollen rund um die Uhr nach einem definierten Berechtigungskonzept Zugriff auf die digitalen Daten ermöglichen. Eine prozessorientierte Eskalation der Störungen im Helpdesksystem soll die zeitnahe Behebung von Störungen unterstützen. In Zeiten erhöhter Cyberkriminalität schützen aktuellste redundante

Firewallsysteme mit mehrstufiger Überprüfung nach Schadsoftware die Kliniknetzwerke. Ein kontinuierliches Monitoring mit Realtime-Alarmierung als auch täglichen Berichten sowohl im Firewallbereich als auch in den Komponenten der Rechenzentren unterstützt die Überwachung der IT-Systeme.

4.1.2 Einsatz von Software

Der Einsatz von Software in den Starnberger Kliniken wird aus der Sicht der Prozessunterstützung, der Sicherheit und der Wirtschaftlichkeit geregelt. Das 2019 auf der EMRAM Basis erstellte Konzept wurde 2021 mit dem Konzept der KHZG-Digitalisierungsmaßnahmen fortgeschrieben und mit zwei Digitalradar-Erhebungen in dem Umsetzungsgrad evaluiert. Zentrale Erweiterungselemente sind digitale Kurvenführung, digitale Medikationsanordnung, Integration Diagnostikgeräte sowie weitere Medizingeräte, Integration Fachabteilungslösungen, Intensivkurve, digitale Anästhesiedokumentation, AMTS-Lösung, Integration Monitoring etc.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Die Erfassung, Führung, Dokumentation, DRG und Archivierung der Patientendaten im Haus ist durch eine Dienstweisung, sowie den abteilungsspezifischen Konzepten geregelt. Neue Mitarbeiter werden entsprechend geschult. Die Dokumentation findet teilweise noch in Papierform statt. Es findet eine kontinuierliche Erweiterung der elektronischen Patientenakte statt. Anamnese, Diagnosen, Therapien, Krankheitsverlauf, ärztliche und pflegerelevante Ereignisse, getroffene Maßnahmen und deren Wirkung werden vollständig, zeitnah, und stets nachvollziehbar dokumentiert. Damit ist sichergestellt, dass alle mit der Behandlung des Patienten betrauten Mitarbeiter stets aktuell informiert sind. Ein Großteil der Patientendokumentation wird bereits digital geführt. Der Rest der Papierakte wird gescannt und der digitalen Patientenakte zugeführt.

4.2.2 Datenschutz

Für die Einhaltung der gesetzlichen Regelungen des Datenschutzes ist jeder Mitarbeiter mit verantwortlich. Die Einhaltung wird von einer internen Datenschutzbeauftragten überwacht. Jeder Mitarbeiter hat sich schriftlich zur Einhaltung der im Datenschutzhandbuch geregelten Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Der Zugriff auf Patienten- und Mitarbeiterdaten wird, abhängig von der Funktion des Mitarbeiters, über spezielle Berechtigungskonzepte geregelt. Das Kliniknetz ist durch umfassende Schutzmaßnahmen vor externen Zugriffen geschützt. Zunehmend ist die IT- Sicherheit wichtiger Bestandteil des Datenschutzes.

4.3.1 Einsatz neuer Medien

Die Fokussierung liegt auf Plattformen wie Instagram, Facebook und LinkedIn mit zielgerichteten Inhalten zur Gewinnung von Followern und Engagement in relevanten Themenbereichen wie Veranstaltungen und Mitarbeitervorstellungen. Die internen Kommunikationstools sind das SK- Portal: Das SK-Portal fungiert als zentrale Plattform zur standortunabhängigen und schnellen Informationsverteilung an Mitarbeitende. Die Stellenausschreibungen laufen fast ausschließlich über Online Stellenbörsen.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Unternehmenskultur (MeSeGe)

2024 wurde ein Konzernleitbild erstellt. Basis des Leitbildes waren Workshops zur Marketingbildung: Der daraus abgeleitete Entwurf wurde von den pflegerischen Leitungen überarbeitet und die oberste Leitung finalisierte das Leitbild. Es löst die eigenen Leitbilder der Kliniken ab. Das Leitbild ist Grundsatz des Handelns und der Verhaltensweise aller MA. Das Leitbild gilt als verbindliche Orientierungsvorgabe, bei dem jeder Mitarbeiter das Recht hat, dessen Beachtung einzufordern. Er ist jedoch auch verpflichtet, das Leitbild als verbindlichen Wegweiser für seine tägliche Praxis zu achten. Aus dem Leitbild werden alle Ziele im Unternehmen abgeleitet.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Führungskompetenzen wurden in den letzten Jahren bei den Führungskräften stark gefördert. In den Starnberger Kliniken werden die fünf Führungsdimensionen Verantwortung, Mitarbeiterführung, Fachlichkeit, Lösungsorientierung und Partnerschaftliche Zusammenarbeit gelebt. Die Mitarbeiter werden in den Betriebsversammlungen, den Besprechungsforen und über das Intranet regelmäßig informiert. Im Rahmen der jährlich stattfindenden Mitarbeiter- Gespräche wird die Zufriedenheit der Mitarbeiter kritisch reflektiert. Betriebsausflüge und Betriebsfeste fördern die Identifikation der Mitarbeiter mit dem Unternehmen.

5.1.3 Ethische, religiöse und gesellschaftliche Verantwortung (MeSeGe)

Ethische Problemstellungen werden in den Ethikgremien, auch unter Beteiligung von Seelsorgern beider großen Konfessionen und im Einzelfall durch Hinzuziehen weiterer interner wie externer Fachkompetenz (niedergelassene Juristen, niedergelassene Psychoonkologen) behandelt. Die Kliniken greifen zudem auf die vorhandene Notfallseelsorge zurück, die auf den Umgang mit existentiell bedrohlichen Situationen und die damit vorhandene Krisenintervention ausgebildet ist. Ausgebildete Peers geben kollegiale Unterstützung bei belastenden Erfahrungen. Schwierige Entscheidungen mit ethischem Hintergrund werden abteilungsintern auf Führungsebene behandelt.

5.1.4 Unternehmenskommunikation

Die Unternehmenskommunikation der Starnberger Kliniken GmbH verfolgt das übergeordnete Ziel, den Klinikverbund als starken, vernetzten Gesundheitsdienstleister bei der Bevölkerung und allen Stakeholdern in der Region zu positionieren. Die strategische Ausführung konzentriert sich darauf, den gesamten Klinikverbund durch eine konsistente, zentral gesteuerte Kommunikation sichtbar zu machen und das „Wir-Gefühl“ sowohl nach außen als auch nach innen zu stärken. Dabei wird besonderer Wert auf eine klare, zielgerichtete Kommunikation über alle Standorte hinweg gelegt, um die Vielfalt der Fachdisziplinen und das Leistungsspektrum der Kliniken optimal darzustellen.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Ein strategisches Ziel der Starnberger Kliniken ist, dass der Konzern nicht aus einzelnen, unabhängig arbeitenden Kliniken besteht, sondern dass eine Abstimmung der Fachabteilungen in den einzelnen Kliniken und eine Kooperation zwischen den Kliniken erfolgt. Synergieeffekte werden genutzt. Mittelfristig können nur größere Einheiten erfolgreich sein. In diesem Zusammenhang sind Zentrumsbildung, Mindestmengen und

Qualitätsanforderungen zu nennen. Die Bündelung von Kompetenzen und Wissen, v.a. in den Zentralen Diensten, aber auch in den klinischen Bereichen ist ein weiteres strategisches Ziel. Waren in der Vergangenheit die Zentralen Dienste im Vordergrund, so steht zunehmend die Zusammenarbeit im pflegerischen und ärztlichen Bereich im Vordergrund.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement und Compliancemanagement

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

5.2.3 Partnerschaften und Kooperationen (MeSeGe)

Die strategische Ausrichtung des Klinikums beinhaltet zahlreiche Partnerschaften und Kooperationen mit anderen Leistungsanbietern. Diese beziehen sich auf das gesamte Spektrum der medizinischen Leistung, wie Radiologie, Labor, Sterilisation, amb. Dienste, niedergelassene Ärzte, Beleg- und Konsiliarärzte, aber auch Bereiche der Prävention, Rehabilitation und Pflege und zunehmend auf den Ausbildungsbereich. Wir sind einer der größten Arbeitnehmer und der größte Ausbildungsbetrieb im Landkreis. Unsere Ziele sind die Arbeitsplätze für unsere Mitarbeiter zu sichern, unsere Standorte zu stärken, unser Leistungsspektrum für die Patientenversorgung stetig zu erweitern und neue Geschäftsfelder zu entwickeln, die Qualität und/oder die Wirtschaftlichkeit kontinuierlich zu verbessern und nicht zuletzt auch andere gesellschaftliche Verpflichtungen und Aufgaben wahrzunehmen

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

In den jeweiligen Gesellschafterverträgen sind die Organe der Gesellschaft benannt. Dies sind die Gesellschafterversammlung und der Gesellschafter. In den Verträgen wird auch die Rolle des Aufsichtsrates bei Beschlussfassungen dokumentiert. Beschlüsse sind nur unter vorheriger Zustimmung des Aufsichtsrates gültig. Eine eindeutige Organisationsstruktur der jeweiligen Gesellschaften wird in den Organigrammen der einzelnen Gesellschaften dargestellt. Daran können sich Patienten, Angehörige, Mitarbeiter und externe Partner klar orientieren. Alle Kliniken, Abteilungen, Stabsstellen und Funktionen mit ihren jeweiligen Führungsinstanzen werden in einem Organisationsplan erfasst. Diese Übersicht wird bei Bedarf von der GF aktualisiert. Neben diesem Organigramm werden laufend Dienstanweisungen zur Übertragung besonderer Kompetenzen (z.B. im Vertrags- und Kontenbereich) gepflegt.

5.3.2 Innovation, Wissens- und Ideenmanagement

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

Wissen. Sowohl beim Innovations- als auch beim Wissensmanagement ist Zusammenarbeit mehrerer Teams wichtig. Aufbauend auf unser Wissen fördern wir innovative Gedanken unserer MA und unterstützen deren Umsetzung nachhaltig. Sowohl beim Innovations- als auch beim Wissensmanagement ist die Zusammenarbeit mehrerer Teams wichtig. Zur Innovation gehört auch eine Test- und abschließende Bewertungsphase.

6. Qualitäts- und klinisches Risikomanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements (APS) HE: Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus

Der festen Überzeugung folgend, dass die Verantwortung für die Qualität einer Leistung genauso wenig delegierbar ist wie Führungsverantwortung, sind alle Verantwortlichkeiten in unserem QM-System direkt auf die Führungskräfte übertragen. Ziel war und ist es, keine „Parallel-Organisationen“ aufzubauen. Somit sind alle Organisationseinheiten in das QM-System mit eingebunden. Oberster „hauptamtlicher“ Qualitätsbeauftragter ist somit auch der Geschäftsführer. Dies spiegelt auch das Organigramm wider. Die unmittelbare Verantwortlichkeit für Qualitätsmanagement ist elementarer Bestandteil der Führungsaufgabe unserer Führungskräfte. Hierfür werden die Führungskräfte und MA qualifiziert, und sie ist fester Bestandteil der Regelkommunikation. In der Lenkungsgruppe Qualität, welche mit der Steuerung und Lenkung aller QM-Maßnahmen beauftragt ist, werden alle wichtigen qualitätsrelevanten Projekte und Ziele besprochen.

6.1.2 Methoden des klinischen Risikomanagements zur Patientensicherheit (APS) HE: Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus

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

6.1.3 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung (MeSeGe)

Alle wichtigen Abläufe des Konzerns laufen über Prozesse ab. Eine genaue Prozessanalyse und Prozessoptimierung ermöglichen eine hohe Leistungserbringung. Definierte Prozesse, Prozesskennzahlen, Schnittstellen führen zu einer zusammenhängenden Prozessstruktur. Durch zahlreiche Standards und Verfahrensanweisungen werden komplexe Prozessabläufe beherrscht. Eine prozessorientierte Vorgehensweise wurde im Klinikum seit Jahren etabliert. Hierbei wurden die Kernprozesse sowie je nach Aufgabenstellung die Teilprozesse identifiziert und festgelegt. Die Definition und Regelung erfolgten im Wesentlichen über Standards. Die Prozessanalysen werden durch das Risikomanagement im Auftrag der

Klinikleitung koordiniert, aber durch die in den Abteilungen und Organisationseinheiten festgelegten Prozessverantwortlichen durchgeführt.

6.2.1 Patientenbefragungen (MeSeGe)

Die Zufriedenheit der Patienten ist ein wichtiger Qualitätsindikator. Die Erfassung des Zufriedenheitsgrades der Patienten und Angehörigen wird durch regelmäßige Befragungen sichergestellt. Die Auswertungen werden in der Lenkungsgruppe Qualität ausführlich präsentiert und entsprechende Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet. 2017 wurde eine große Patientenbefragung mit Hilfe eines externen Instituts bei mehreren tausend Patienten durchgeführt. Die Ergebnisse sind in Führungsgremien besprochen und Verbesserungen abgeleitet worden. Eine kontinuierliche Patientenbefragung gibt unmittelbare und auch individuelle Feedbacks von Patienten.

6.2.2 Mitarbeiterbefragungen (MeSeGe)

Mitarbeiterbefragungen zur Feststellung der Zufriedenheit aller Mitarbeiter werden in regelmäßigen Abständen durchgeführt. 2021 fand eine Mitarbeiterbefragung für die damaligen Mitarbeiter der Starnberger Kliniken statt. Jeder Mitarbeiter konnte an der Befragung teilnehmen. Die Mitarbeiter wurden laufend über den Prozess und später über die Ergebnisse informiert. Daneben haben die Mitarbeiter in jährlich stattfindenden Gesprächen die Möglichkeit, Wünsche, Beschwerden, Kritik u.a. zu äußern. Aus der Mitarbeiterbefragung hat sich die Gründung eines Arbeitskreises BGM ergeben.

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

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

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner/externer Verfahren

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