

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2021 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Klinikum Starnberg	Klinikum Penzberg	Klinikum Seefeld	Klinikum Herrsching
Institutionskennzeichen:				
Anschrift:	Oßwaldstr. 1 82319 Starnberg	Am Schloßbichl 7 82377 Penzberg	Hauptstr. 23 82229 Seefeld	Seestr. 43 82211 Herrsching am Ammersee

Ist zertifiziert nach KTQ[®]
mit der Zertifikatnummer: 2022-0023 KHVB
durch die KTQ-GmbH

Gültig vom:	12.07.2021		04.11.2022	
bis:	11.07.2024		03.11.2025	
Zertifiziert seit:	6. x	12.10.2015	1. x	1. x

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1. Patientenorientierung	7
2. Mitarbeiterorientierung	11
3. Sicherheit	13
4. Informations- und Kommunikationswesen	17
5. Unternehmensführung	19
6. Qualitäts- und klinisches Risikomanagement	22

Vorwort der KTQ®

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

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,
- die 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 **Kliniken in Starnberg, Penzberg, Seefeld und Herrsching** 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

San.-Rat Dr. med. Josef Mischo

Für die Bundesärztekammer

Thomas Meißner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Die **Starnberger Kliniken GmbH** ist ein Verbund aus derzeit zehn Einrichtungen. Die Holding umfasst das Klinikum Starnberg mit 312 Betten, das Klinikum Penzberg mit 100 Betten, das Klinikum Seefeld mit derzeit 72 Betten, das Klinikum Herrsching | Schindlbeck mit 126 Betten sowie das MVZ Penzberg, das MVZ Herrsching und das MVZ für Molekulardiagnostik. Neben den drei Kliniken unterhält die GmbH außerdem die Berufsfachschule für Pflege (mit 75 Ausbildungsplätzen), sowie die Wahlleistungsstation Residence. Aufgabe und Ziel der Gesellschaft ist die Sicherung der Gesundheitsversorgung im Landkreis und das Bestehen in kommunaler Hand. „Im Verbund stark“ – das ist unser Ziel für die Gesundheitsversorgung im Landkreis und darüber hinaus. Die Holding „Starnberger Kliniken GmbH“ beschäftigt als Tochtergesellschaft des Landkreises Starnberg knapp 2.000 Mitarbeiter an verschiedenen Standorten.

Klinikum Starnberg:

Das Klinikum Starnberg ist ein kommunales Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 312 Planbetten und versorgt derzeit stationär jährlich circa 20.900 Patienten (Stand Ende 2020). Geführt werden die Hauptabteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Orthopädie, Handchirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe (mit Außenstelle Wolfratshausen), Pädiatrie/Neonatalogie, Urologie und Anästhesie sowie die Belegabteilungen HNO, Plastische Chirurgie, Neurologie und Gastroenterologie. Am Klinikum Starnberg arbeiten die einzelnen Fachabteilungen auch in nachfolgenden fachübergreifenden Zentren zusammen: Perinatal Zentrum (Level II), zertifiziertes Brustzentrum, zertifiziertes gynäkologisches Krebszentrum, Referenzzentrum für Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie, zertifizierte CPU sowie Zentrum für Hypertonie. Das Klinikum Starnberg ist zudem im Verbund der Gesundheit Oberbayern GmbH, ein Verbund von vier kommunalen Krankenhäusern in der Region Oberbayern.



Klinikum Penzberg:

Das Klinikum Penzberg ist ein kommunales Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 100 Planbetten und versorgt jährlich rund 3.800 Patienten (Stand Ende 2021). Geführt werden die Hauptabteilungen Medizinische Klinik, Unfallchirurgie/ Orthopädie, Allgemein-, Viszeralchirurgie, Plastische Chirurgie/Handchirurgie und Anästhesie sowie die Gynäkologie und Belegabteilung HNO. Es werden sämtliche Operationen des Fachgebietes (ausgenommen Ösophagus und Pankreas) nach den aktuellsten Standards der Fachgesellschaften und, wann immer möglich, in minimalinvasiver Technik durch (Chirurgie der kleinen Schnitte).



Klinikum Seefeld:

Das Klinikum Seefeld versteht sich als modernes Krankenhaus für Allgemein- und Viszeral Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie sowie Innere Medizin. Das kommunale Krankenhaus mit 72 Betten dient der Grund- und Regelversorgung in der Region Fünfseenland und versorgt jährlich ca. 3.000 Patienten (Stand Ende 2021). Es deckt das gesamte Spektrum an viszeral chirurgischen Operationen ab, während die hochmoderne Orthopädie auf die Implantation künstlicher Hüft-, Knie- und Schultergelenkte spezialisiert ist. Die operativen Eingriffe an der Chirurgischen Klinik werden in der Regel minimalinvasiv mit der modernsten verfügbaren Technik durchgeführt. Unsere Notfallambulanz ist 24 Stunden geöffnet und dient der schnellen Versorgung von Verletzungen insbesondere der Bewegungsorgane.



Klinikum Herrsching | Schindlbeck:

Das Klinikum Herrsching | Schindlbeck im Landkreis Starnberg ist ein kommunales Krankenhaus mit der Spezialisierung auf Innere Medizin und verfügt über 126 Planbetten. Stationär werden jährlich rund 5000 Patienten (Stand 2021) versorgt. Das Haus verfügt über fünf Intensivbetten, zwei Schockräume sowie vier Chest Pain Unit Plätze und bietet seinen Patientinnen und Patienten professionelle Pflege in persönlicher Atmosphäre. Das Klinikum verfügt über ein Herzkatheterlabor.



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. klinikübergreifende 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 effizienter 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. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. Bei Bedarf stehen fremdsprachige Informationsbögen und sprachkundige Mitarbeiter zur Verfügung. Kulturelle Besonderheiten werden berücksichtigt.

1.1.4 Service und Ausstattung

Die Patientenzimmer sind patienten- und sachgerecht in Übereinstimmung mit den gesetzlichen und richtliniengebundenen 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 Mit-

arbeiter 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. Damit ist die getrennte Aufnahme von elektiven und Notfallpatienten gewährleistet. Eine CPU, welche in den Räumlichkeiten der Zentralambulanz des Klinikums Starnberg untergebracht ist, optimiert 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. 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 ein Herzkatheter-Labor mit 24-Stunden – Bereitschaft.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik, Behandlung und Operationen

Die ambulante Notfallversorgung ist in allen Häusern des Konzerns durch alle Fachdisziplinen rund um die Uhr gewährleistet. Eine ambulante Bereitschaftspraxis der KVB 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. Untersuchungsbefunde werden umgehend an weiterbehandelnde niedergelassene Kollegen bzw. klinische Einrichtungen weitergeleitet.

Das ambulante OP-Zentrum des Klinikums Starnberg befindet sich im Policenter, 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 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 pädiatrischer 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 Patientenakte dokumentiert. Die Dokumentation der Pflege erfolgt einmal pro Schicht in der elektronischen Patientenakte. Durch eine Pharmazeutin der Hausapotheke wird im wöchentlichen Turnus zusammen mit den Ärzten eine pharmakologische Kurvenvisite auf der Erwachsenenintensivstation und den chirurgischen Abteilungen 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 Therapie erfolgt leitlinienkonform und nach hauseigenen Standards. Patienten, ggf. Angehörige und Eltern werden über geplante diagnostische und therapeutische Maßnahmen informiert und in weitere Entscheidungen einbezogen. Bei Bedarf stehen fremdsprachige Informationsbögen und sprachkundige Mitarbeiter zur Verfügung. Multiprofessionalität wird durch interdisziplinäre Fallbesprechungen, die einzelnen Besprechungsforen und tägliche gemeinsame Visiten sichergestellt. Die Versorgung mit Medikamenten ist durch die Hausapotheke 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. 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 erfolgt entweder im Rahmen der ambulanten Vorstellung in den speziellen Sprechstunden oder am Vortag der Operation mit Hilfe von standardisierten, eingriffsbezogenen Aufklärungsbögen. Mittels Unterstützung eines Bettendispositionsprogramms ist eine langfristige OP-Planung möglich. Das elektive OP-Programm wird am Vortag koordiniert und im OP-Plan fixiert. Notfälle können nachträglich integriert werden. OP-Bereitschaft besteht rund um die Uhr. Wechselzeiten werden erfasst, analysiert und laufend optimiert. Für häufige Eingriffe erfolgt bereits am OP-Tag die Anmeldung des Patienten zur Physiotherapie, für postoperative Untersuchungen oder 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 ambulan-

te 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 einem Palliativmediziner und Palliativ-Care-Fachkräften zur Verfügung. Absehbar sterbende Patienten werden prinzipiell in einem Einzelzimmer untergebracht. Auf pietätvolle Atmosphäre wird geachtet. Seelsorger unterschiedlicher Konfessionen können in der Einrichtung hinzugerufen werden. Zur Lösung schwieriger ethischer Fragen wurden eine hauseigene Ethikkommission (Starnberg) bzw. ein Ethikkomitee gegründet. Alle Schritte werden mit dem Patienten und/ oder seinen Angehörigen besprochen und abgestimmt.

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

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf und Akquise

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

2.1.2 Personalentwicklung

Das Konzept zur systematischen Personalentwicklung ist zum einen auf den Gesamtkonzern, zum anderen auf die einzelnen MA (Karriereplanung) ausgerichtet. Dabei werden sowohl die grundlegende Strategie des Konzerns, als auch die Umsetzung gesetzlicher Vorgaben berücksichtigt.

Ziel der systematischen Personalentwicklung ist die Förderung und Bindung qualifizierter Mitarbeiter an das Krankenhaus. Jeder Abteilungsleiter erstellt einmal jährlich eine Qualifikationsmatrix. Aus dieser gehen der Qualifikationsbedarf der Abteilung und die Wünsche der Mitarbeiter hervor. Der Umfang der Förderung orientiert sich am Qualifikationsbedarf der Abteilung. Dafür werden spezielle Budgets zur Verfügung gestellt. Um die Personalentwicklung zu fördern, engagiert sich die Klinik auch als Weiterbildungsstätte. Die regelmäßigen Mitarbeitergespräche dienen der systematischen Personalentwicklung und der Planung der Fort- und Weiterbildung. Wünsche der Mitarbeiter werden berücksichtigt, wenn sie mit den Zielen der Klinik in Einklang stehen. Für Führungskräfte gibt es eine genaue Aufgabenbeschreibung.

2.1.3 Einarbeitung

Ein allgemeines berufsgruppenübergreifendes und interdisziplinäres Einarbeitungskonzept dient als Basis zur systematischen Einführung neuer Mitarbeiter. Es ist uns wichtig, eine schnelle Integration in das Team zu erreichen. Für jeden Mitarbeiter erfolgt eine umfangreiche Einarbeitung, die durch einen Praxisanleiter unterstützt wird. Neue Mitarbeiter werden mit den geltenden Dienst-, Verfahrens- und Betriebsanweisungen, Hygienerichtlinien sowie der Unternehmensstruktur bekannt gemacht. Die Einarbeitungszeit wird mit einem Feedbackgespräch abgeschlossen. Neue Mitarbeiter werden von ihrem zuständigen Vorgesetzten im Intranet vorgestellt. Am Informationstag für neue Mitarbeiter werden die wichtigsten Themen aus der Hygiene, dem Datenschutz, der EDV sowie Informationen der Klinikleitung präsentiert.

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

Für die Kliniken Starnberg /Penzberg besteht eine zentrale Aufgabe in der Ausbildung des Nachwuchses bzw. der kontinuierlichen und systematischen Fort- und Weiterbildung (FuW) der Mitarbeiter. So sind Ausbildungsstätten für folgende Berufe angegliedert: Gesundheits- und Krankenpfleger (GuK), Operationstechnische Assistenten (OTA), Kaufmann/-frau im Gesundheitswesen (KiG), Hebammen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (GuKi) Die Klinik ist auch Weiterbildungsstätte für „Klinische Pharmazie“. Zwischen den einzelnen Bildungsträgern und dem Klinikum besteht eine enge Zusammenarbeit. Ziel ist die Verknüpfung von Theorie und Praxis zur Gewährleistung einer bestmöglichen Ausbildung. Die Berufsschulordnung des Bayerischen Kultusministeriums wird voll umgesetzt.

Unsere Qualität wird durch eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung gesichert. Das Angebot der innerbetrieblichen Fortbildung für die Pflege wird in einem Jahresprogramm bekannt gegeben. Die internen Fortbildungen stehen allen Mitarbeitern offen und werden in der ganzen Klinik bekannt gemacht. Ebenso werden zahlreiche externe Fortbildungen angeboten. Je nach Relevanz für die Interessen des Klinikums werden die Fortbildungen in drei Kategorien eingeteilt. Eine Dienstanweisung regelt die Budgetvergabe und die finanzielle Beteiligung an den Fortbildungen. Interne Fortbildungen sind kostenlos.

2.1.5 Arbeitszeiten/Work Life Balance

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

3. Sicherheit

3.1.1 *Eigen- und Fremdgefährdung*

Zum Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung erfolgt bei gefährdeten Patientengruppen eine Abklärung vor Aufnahme, um eine Aufsicht zu sichern, ggf. mittels Aufnahme von medizinischen Begleitpersonen. Die Sicherheitsrisiken werden durch individuelle Maßnahmen und erhöhte Aufmerksamkeit des qualifizierten Stationspersonals minimiert. Verschiedene Regularien wie eigenes Sicherheitskonzept für Säuglinge und Kinder, sturzprophylaktische Richtlinien, eine perioperative Checkliste und Patientenidentifikationsarmbänder erhöhen den Schutz der Patienten. Eine WHO- Checkliste soll eine Patientenverwechslung im OP verhindern. Im „Aufnahmeprotokoll Pflege“ (spezielle Pflegeanamnese) erfolgt ein initiales Screening zur Einschätzung des Dekubitusrisikos, sowie des Sturzrisikos. Präventionsmaßnahmen, wie der Einsatz eines Niedrigbettes bei sturzgefährdeten Patienten, oder der regelmäßigen Durchführung von Wundkonsilen bei dekubitusgefährdeten Patienten, werden ergriffen.

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 im Klinikum Starnberg und im Klinikum Penzberg. Für beide Häuser wird ein Notfallteam für die Versorgung hausinterner Notfälle 24 Std. vorgehalten. Jede Station hält eine standardisierte Notfallausrüstung vor; das Notfallteam führt ebenfalls einen Notfallrucksack mit sich, so dass jederzeit die optimale Versorgung von Notfällen möglich ist. 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 externere Krankenhaushygienikerin tätig. Sie beraten, überprüfen und kontrollieren den Konzern. 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 allen 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 Hygienerrelevante 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 Ausbruchmanagement gepflegt. Hierzu werden, wie bei der Überwachung der Screeningverfahren auch, jeden Tag die Laborbefunde gesichtet, überprüft, mit den Isolationsmeldungen der Stationen verglichen und dokumentiert. Als Basis der Evaluation nosokomialer Infektionen werden in den Kliniken die Richtlinien zur Krankenhaus- 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 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.

3.1.6 Labor- und Transfusionsmedizin

Die Organisation des Transfusionswesens ist in den Kliniken weitgehend einheitlich strukturiert; es existieren 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 regelmä-

ßigen 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 externen Kooperationspartnern. 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.

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 pro Abteilung zusammen mit der Geschäftsführung sichergestellt. In der regelmäßig tagenden Arbeitsausschusssitzung werden Arbeitsschutzziele und die Unfallverhütung beraten und entschieden. Sicherheitsbeauftragte in den Abteilungen unterstützen die SiFA. Durch Schulungen und Abteilungsbegehungen werden die Mitarbeiter aufgeklärt. Die arbeitsmedizinische Vorsorge obliegt der Betriebsärztin, die die Mitarbeiter über präventive Maßnahmen und Impfungen informiert. Alle Mitarbeiter erhalten zu Beginn ihrer Tätigkeit und dann alle drei Jahre eine arbeitsmedizinische Vorsorge entsprechend ihrer Tätigkeit.

3.2.2 Brandschutz

In den Kliniken ist der Brandschutz durch die hausinterne Brandschutzordnung geregelt, die den erforderlichen Ablauf im Brandfall beschreibt. Ein Brandschutzbeauftragter ist benannt, der regelmäßig Begehungen und Pflichtschulungen der Mitarbeiter durchführt. Brandschutzhelfer in den einzelnen Abteilungen sind für Evakuierungen bei einem Brandfall geschult. Flucht- und 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. Die Aufnahmeverpflichtungen für Notfallpatienten bei Großschadenereignissen sind geregelt. Im hausinternen Katastrophenplan für externe und interne Notfälle sind die personellen Zuständigkeiten, Verhaltensregeln und Alarmierungswege

ge 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 Verbrauch an Wasser und Energie gering zu halten, und die Abfalltrennung und Entsorgung zu regeln. Kernthema des betrieblichen Umweltschutzes ist die Nutzung alternativer Energien, wie Photovoltaik oder der Betrieb eines BHKWs. 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 IT Services werden seitens der Holding Starnberger Kliniken GmbH zur Verfügung gestellt. Die Verkabelungen innerhalb der Gebäude unterliegen der Hoheit der einzelnen Kliniken. Die IT Services ermöglichen rund um die Uhr nach einem definierten Berechtigungskonzept Zugriff auf die digitalen Daten. Eine prozessorientierte Eskalation der Störungen im Helpdesksystem soll die zeitnahe Behebung von Störungen unterstützen. Das Rahmenkonzept der Sicherstellung einer uneingeschränkten Nutzung der IT beinhaltet Schritte der DS, Hochverfügbarkeit durch Ausbau der Redundanzen sowie proaktives Monitoring und Alarmierung im Störfall. Die Datensicherheit wird durch die Anforderungen an Hochverfügbarkeitssysteme des BSI Grundschutzes sowie deren Umsetzung gewährleistet.

4.1.2 Einsatz von Software

Der Einsatz von Software in den Starnberger Kliniken wird aus der Sicht der Prozessunterstützung, der Sicherheit und der Wirtschaftlichkeit geregelt. Ein Konzept der Weiterentwicklung der IT Systeme wurde 2019 für den Planungszeitraum von 3 Jahren erstellt und mit der Geschäftsführung sowie Aufsichtsrat abgestimmt. Dieses Konzept basiert auf den EMRAM Kriterien der HIMSS.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Die Erfassung, Führung, Dokumentation, DRG und Archivierung der Patientendaten im Haus ist durch die Dienstanweisung, 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. Neue Patientenakten werden digitalisiert und stehen somit permanent den Mitarbeitern zur Verfügung.

Zur Vermeidung und zur Korrektur von Dokumentationsmängeln findet täglich z.B. im Rahmen einer Kurvenvisite ein systematischer Abgleich der ärztlichen und pflegerischen Dokumentation zwischen Ärzten und Mitarbeiter der Pflege statt.

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.

4.3.1 Einsatz neuer Medien

Neben den Printmedien gewinnen soziale Medien zunehmend an Bedeutung. Ziele sind u.a., sich bei der jungen Generation zu positionieren, das Leistungsspektrum noch bekannter zu machen und sich als attraktiver Arbeitgeber zu positionieren. Dabei werden Reels, Interviews aber auch Videovorträge genutzt.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Unternehmenskultur (MeSeGe)

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

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Führungskompetenzen wurden in den letzten Jahren bei den Führungskräften stark gefördert. Für die Führungskräfte der Starnberger Kliniken wurde ein Schulungskonzept mit mehrtätigen Modulen entwickelt. Die Krankenhausführung fördert das gegenseitige Vertrauen durch eine engmaschige Kommunikation. Die Mitarbeiter werden in den Betriebsversammlungen, den Besprechungsforen und über das Intranet regelmäßig informiert. Im Rahmen der jährlich stattfindenden Mitarbeiter- Gesprächen 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 unmittelbar in der Klinikleitung unter Beteiligung von Seelsorgern beider großen Konfessionen und im Einzelfall durch Hinzuziehen weiterer interner (insbesondere Ethik-konferenz) wie externer Fachkompetenz (niedergelassene Juristen, niedergelassene Psychoonkologen) behandelt. Die Klinik greift zudem auf die vorhandene Notfallseelsorge zurück, die auf den Umgang mit existentiell bedrohlichen Situationen und die damit vorhandene Krisenintervention eingeht.

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

5.1.4 Unternehmenskommunikation

Marketingaktivitäten werden in regelmäßigen Besprechungen mit der Geschäftsführung abgestimmt. Größere Aktionen werden zeitnah im Vorfeld geplant. Die Kliniken verfügen über diverse Flyer, in denen die verschiedenen Abteilungen ihr Leistungsspektrum präsentieren. Hauptmedium für die externe Kommunikation ist die Homepage des Klinikums. Sie beinhaltet zahlreiche Informationen für Patienten, Besucher, aber auch Kooperationspartner und Mitarbeiter. Mittels Pressegesprächen wird die Öffentlichkeit über ak-

tuelle Änderungen im Klinikum informiert. Die interne Kommunikation verläuft zum Großteil über das Intranet.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Die zukunftsorientierte Ausrichtung des Klinikums Starnberg zum Konzern begann 2012. 2012 wurde das Klinikum Penzberg als Tochter zur Kreiskrankenhaus Starnberg GmbH zugeordnet. 2018 kam die Klinik Seefeld ins Unternehmen. Ein Jahr später wurde in Wolfratshausen die Geburtshilfe durch das Klinikum Starnberg übernommen. 2022 kam die Schindlbeckklinik in Herrsching in den Klinikverbund. Zusammen mit dem Klinikum Seefeld bilden sie eine Gesellschaft. Nicht nur der organisatorische Zusammenschluss beider Kliniken steht an; ein Neubau eines 200- Bettenhauses mit der Integration beider Kliniken ist in Planung und Umsetzung.

Seit 2018 sind diese Abteilungen in eine Holding ausgelagert und die Kliniken sind als Töchter der Holding gleichermaßen untergeordnet. Durch diese Organisationsänderung steht der Fokus in der Zusammenarbeit der Kliniken mit der Holding und den Töchtern.

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 Klinikleitungen Information 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. Daneben gibt es zahlreiche Zusammenarbeiten mit Selbsthilfegruppen. Kulturelle Veranstaltungen im Klinikum sind auch für die Starnberger Bewohner offen. Unsere Ziele sind, die Arbeitsplätze für unsere MA zu sichern, unsere Standorte zu stärken, unser Leistungsspektrum für die Patientenversorgung stetig zu erweitern und neue Geschäftsfelder zu entwickeln, die Qualität und/oder die Wirtschaftlichkeit kontinuierlich zu verbessern und nicht zuletzt auch andere gesellschaftliche Verpflichtungen und Aufgaben wahrzunehmen

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

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, MA und externe Partner klar orientieren. Alle Kliniken, Abteilungen, Stabsstellen und Funktionen mit ihren jeweiligen Führungsinstanzen werden in einem Organisationsplan erfasst. Diese Übersicht wird bei Bedarf von der GF aktualisiert. Neben diesem Organigramm werden laufend Dienstanweisungen zur Übertragung besonderer Kompetenzen (z.B. im Vertrags- und Kontenbereich) gepflegt.

5.3.2 Innovation, 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.

Im Pflegedienst wird ein webbasiertes Trainingsmodul eingeführt. Ziel ist die Möglichkeit der elektronischen Durchführung der gesetzlich vorgeschriebenen Pflichtfortbildungen.

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 wieder. Die unmittelbare Verantwortlichkeit für Qualitätsmanagement ist elementarer Bestandteil der Führungsaufgabe unserer Führungskräfte. Hierauf werden die Führungskräfte und MA qualifiziert und sind fester Bestandteil der Regelkommunikation. In der Lenkungsgruppe Qualität, welche mit 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 etablierte Risikomanagementsystem dient dazu, bestehende und zukünftige Risiken frühzeitig zu identifizieren, zu priorisieren, entsprechende Strategien zur Risikobewältigung festzulegen und daraus abgeleitete Gegenmaßnahmen in Form von strukturierten Projekten umzusetzen. Das Risikomanagement ist strukturell in klinisches und nicht-klinisches Risikomanagement aufgeteilt. Die Gesamtverantwortung für beide Bereiche liegt bei der GF. Die Verantwortung für Teilbereiche wird an die Abteilungs- und Bereichsleitungen delegiert. Es bestehen klare und schlanke Strukturen die einerseits eine zeitnahe, risikorelevante 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.

Zu den wichtigsten Kennzahlen im Risikomanagement gehören Anzahl von Meldungen (CIRS, Zwischenfälle), Anzahl von Behandlungsfehlervorwürfen und Schadenfällen und daraus entstehenden Forderungen, Anzahl abgeleiteter RM-Projekten und Kennzahlen für die erreichten Verbesserungen sowie Entwicklung der Heilwesen-Haftpflichtversicherungsprämie.

6.1.3 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung (MeSeGe)

Alle wichtigen Abläufe des Klinikums laufen über Prozesse ab. Eine genaue Prozessanalyse und Prozessoptimierung ermöglicht eine hohe Leistungserbringung. Definierte Prozesse, Prozesskennzahlen und Schnittstellen führen zu einer zusammenhängenden Prozessstruktur. Durch zahlreiche Standards und Verfahrensanweisungen werden komplexe Prozessabläufe beherrscht. Eine prozessorientierte Vorgehensweise wurde im Klinikum bereits vor mehreren Jahren etabliert. Hierbei wurden die Kernprozesse sowie je nach Aufgabenstellung die Teilprozesse identifiziert und festgelegt. Die Prozessanalysen werden

durch das Risikomanagement im Auftrag der Klinikleitung koordiniert sowie 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.

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 lautend 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.

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

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

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner/externer Verfahren

Die Kliniken beteiligen sich neben der gesetzlich vorgeschriebenen Sammlung qualitätsrelevanter Daten auch an zahlreichen Maßnahmen in nicht vorgeschriebenen Indikationen, beispielsweise bei der Perinatalerhebung oder 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 hygienerrelevante 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.