

Strukturierter Qualitätsbericht

gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V

für das Berichtsjahr 2008

Internistische Klinik Dr. Müller

Dieser Qualitätsbericht wurde mit dem von der DKTIG herausgegebenen Erfassungstool IPQ auf der Basis der Software ProMaTo® QB am 29.07.2009 um 10:24 Uhr erstellt.

DKTIG: <http://www.dktig.de>

ProMaTo: <http://www.netfutura.de>

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Einleitung.....	4
Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses.....	6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	6
A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	6
A-3 Standort(nummer)	6
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers.....	6
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus.....	6
A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses	7
A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	7
A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses	7
A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	8
A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses	9
A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses	10
A-11.1 Forschungsschwerpunkte	10
A-11.2 Akademische Lehre	10
A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen	10
A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V	10
A-13 Fallzahlen des Krankenhaus:	10
A-14 Personal des Krankenhauses	11
A-14.1 Ärzte und Ärztinnen	11
A-14.2 Pflegepersonal.....	11
Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen.....	12
B-[1] Fachabteilung Innere Medizin Hauptabteilung	12
B-[1].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	12
B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte [Innere Medizin Hauptabteilung].....	13
B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Innere Medizin Hauptabteilung]	14
B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Innere Medizin Hauptabteilung]	14
B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	14
B-[1].6 Diagnosen nach ICD.....	15
B-[1].7 Prozeduren nach OPS.....	16
B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	17
B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	17
B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	17
B-[1].11 Apparative Ausstattung.....	18
B-[1].12 Personelle Ausstattung	19
B-[2] Fachabteilung Innere Medizin - kardiolog. Belegabteilung	22
B-[2].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	22
B-[2].2 Versorgungsschwerpunkte [Innere Medizin - kardiolog. Belegabteilung].....	23
B-[2].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Innere Medizin - kardiolog. Belegabteilung]	23
B-[2].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Innere Medizin - kardiolog. Belegabteilung]	23
B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.....	23
B-[2].6 Diagnosen nach ICD.....	24
B-[2].7 Prozeduren nach OPS.....	25
B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	26
B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	26
B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	26
B-[2].11 Apparative Ausstattung.....	27
B-[2].12 Personelle Ausstattung	28

Teil C - Qualitätssicherung.....	30
C-1 Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren).....	30
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	30
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	30
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.....	30
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V.....	30
C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] ("Strukturqualitätsvereinbarung").....	30
Teil D - Qualitätsmanagement	31
D-1 Qualitätspolitik.....	31
D-1.1 Vision	31
D-1.2 Mission.....	31
D-1.3 Umsetzung unserer Ziele durch Führung und Schaffung geeigneter Organisationsstrukturen	32
D-1.4 Kooperation mit unserem inneren und erweiterten Kundenkreis.....	33
D-1.5 Unterstützung, Motivation und Anerkennung von Mitarbeitern.....	33
D-2 Qualitätsziele.....	34
D-2.1 Zielhierarchie.....	34
D-2.2 Wege zur Zielerreichung: Politik und Strategie	34
D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	37
D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements	38
D-4.1 Management der Mitarbeiterressourcen	38
D-4.2 Management der Partnerschaften	40
D-4.3 Management der Finanzen.....	41
D-4.4 Management von Gebäude, Einrichtungen und Material	42
D-4.5 Management von Technologien und Informationssystemen	42
D-4.6 Management von Wissen und Information.....	43
D-5 Qualitätsmanagementprojekte.....	44
D-5.1 Prozessmanagement.....	44
D-5.2 Prozessverbesserung.....	44
D-5.3 Kundenorientierte Dienstleistung.....	45
D-5.4 Pflege unserer Kundenbeziehungen.....	46
D-5.5 Ergebnisse bezüglich Patienten und zuweisenden Ärzten.....	46
D-5.6 Ergebnisse aus Mitarbeitersicht.....	47
D-5.7 Gesellschaftsbezogene Ergebnisse.....	47
D-5.8 Schlüsselergebnisse.....	47
D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements.....	48
D-6.1 Bewertung des QM-Systems der internistischen Klinik Dr. Müller.....	48
D-6.2 Schlussbemerkung: Zur Verpflichtung zur regelmäßigen Publizierung eines Qualitätsberichts	48

Einleitung



Abbildung: Foto: Internistische Klinik Dr. Müller, München

Liebe Leserinnen und Leser,

Made in Germany - lange Jahre war dieser Spruch der Inbegriff von Präzision, Zuverlässigkeit und Leistung - mit anderen Worten von höchster Qualität.

Diese Eigenschaft hat in einigen Bereichen der deutschen Wirtschaft in der Vergangenheit an Markenwert eingebüßt. In der Medizin nimmt Qualität in Deutschland nach wie vor einen großen Stellenwert ein - sei es nur gefordert oder auch erbracht. Zugegebenermaßen in der heutigen Zeit zu einem sehr hohen Preis - für Patienten und Kliniken bzw. Ärzte.

Wenn man in diesem Zusammenhang von einem Maßstab in der medizinischen Versorgung spricht, so kann dies nicht nur für die apparative Medizin gelten. Vielmehr ist auch die ärztliche und pflegerische Leistung für den Patienten sowie eine wirtschaftliche Unternehmensführung durch den Klinikträger für die Mitarbeiter und die Sozialgemeinschaft gefordert. Deshalb achten wir als Klinik gezielt darauf, dass wir bei unserem Handeln unserem hohen Qualitätsanspruch in allen Facetten gerecht werden - Wohlergehen unserer Patienten in der Behandlung, Zufriedenheit der Mitarbeiter und profitables Wachstum der Klinik.

In der über 70 jährigen Geschichte der Internistischen Klinik Dr. Müller im Münchener Ortsteil Thalkirchen standen die bestmögliche Fürsorge und das höchste Wohlbefinden des Menschen im Mittelpunkt. Auch heute zählt für uns als ein in privater Trägerschaft geführtes Haus mehr denn je die Devise: Medizinische Leistung auf höchstem Niveau gekoppelt mit intensiver und persönlicher pflegerischer Betreuung für die Gesundheit unserer Patienten! Die Erosion im Gesundheitssystem mit massiven Einschnitten aufgrund gesundheitspolitischer Gesetzgebung, die mittelfristig zum Nachteil für Patient und Arzt gereicht, machte die Qualität zu einem zentralen Baustein unserer Unternehmensphilosophie. Wir sehen den Patienten nicht nur als ein „Behandlungsgut“ und richten die medizinische Behandlung sowie kurative Pflege nicht im Sinne einer Industrieproduktion aus.

Im Wettlauf gegen steigende Kosten und gleichzeitig sinkende Budgets für die ärztliche und pflegerische Leistung ist der entscheidende Messfaktor die Qualität. Diese müssen wir auf hohem Niveau halten und nachhaltig verbessern. Dabei sind wir überzeugt, dass herausragende medizinische Leistung und betriebswirtschaftlich orientierte Unternehmensführung nicht im Widerspruch stehen müssen, denn wir sehen uns in der Fürsorgepflicht gegenüber Patienten und Mitarbeitern. Der langjährige Erfolg des Hauses sowie die positiven Rückmeldungen unserer Patienten bestätigen uns in diesem Vorgehen.

Mit dem Qualitätsmanagement in der Internistischen Klinik Dr. Müller halten wir es nach der Devise: „Nicht nur reden, sondern handeln.“

Denn für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden fühlen wir uns verantwortlich!

Ihr Dr. H. Müller, Ihre Silvia Müller

Verantwortlich:

Name	Abteilung	Tel. Nr.	Fax Nr.	Email
Dr. med. Hans-Peter Hartgen	Leitung Medizincontrolling	089 72400- 4423	089 72400-10- 4423	hans- peter.hartgen@muellerklinik.de

Links:

<http://www.muellerklinik.de>

Die Krankenhausleitung, vertreten durch Frau S. Müller (Gesellschafter-Geschäftsführerin) und Herr S. Richter, Geschäftsführer, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.

Teil A - Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hausanschrift:

Internistische Klinik Dr. Müller

Am Isarkanal 36

81379 München

Telefon:

089 / 72400 - 0

Fax:

089 / 72400 - 1230

E-Mail:

info@muellerklinik.de

Internet:

<http://www.muellerklinik.de>

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

260910374

A-3 Standort(nummer)

00

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Name:

Internistische Klinik Dr. Müller GmbH & Co.KG

Art:

privat

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

trifft nicht zu / entfällt

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Geschäftsführung: Frau S. Müller, Herr S. Richter, Dr. H. Müller

Verwaltungsdirektor: Herr H. Pichler

Pflegedienstleitung: Frau L. Stumpf

Ärztliche Leitung Innere Medizin Hauptabteilung: Prof. Dr. Dr. M. Gross

Ärztliche Leitung Innere Medizin Belegabteilung: Prof. Dr. S. Silber, Dr. med. H. Mühling

Radiologie: Dr. med. W. Thym

Medizincontrolling: Dr. med. Hans-Peter Hartgen

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

trifft nicht zu / entfällt

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

trifft nicht zu / entfällt

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot:	Kommentar / Erläuterung:
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP07	Beratung/Betreuung durch Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	Eigenes Diät-Team
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	Stationäre und ambulante Versorgung
MP25	Massage	Stationäre und ambulante Versorgung
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	Stationäre und ambulante Versorgung
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	Stationäre und ambulante Versorgung
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	Stationäre und ambulante Versorgung

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Nr.	Serviceangebot:	Kommentar / Erläuterung:
SA01	Aufenthaltsräume	
SA12	Balkon/Terrasse	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA24	Faxempfang für Patienten und Patientinnen	
SA14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kostenlos für Patienten in jedem Zimmer
SA27	Internetzugang	Internetzugang für Patienten in der Cafeteria
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen	Mehrkofessioneller wöchentlicher Gottesdienst
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung	
SA16	Kühlschrank	Kühlschränke in Wahlleistungszimmern
SA33	Parkanlage	Eigene Parkanlage für Aufenthalte und Spaziergänge, im Sommer mit Liegestühlen
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA42	Seelsorge	
SA18	Telefon	Für jedes Zimmer verfügbar
SA09	Unterbringung Begleitperson	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

Teilnahme an mehreren multizentrischen Studien

Studenten-Untersuchungskurse als Kooperation mit dem Klinikum der Universität München

A-11.2 Akademische Lehre

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten:	Kommentar/Erläuterung:
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen:	Kommentar/Erläuterung:
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V

115 Betten

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses:

Vollstationäre Fallzahl:
4638

Ambulante Fallzahlen
Fallzählweise:
1702

A-14 Personal des Krankenhauses

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	22,0 Vollkräfte	
davon Fachärzte und Fachärztinnen	8 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	3 Personen	
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	1 Vollkräfte	

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	64,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0,0 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	2,0 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	5,0 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	0 Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0,0 Vollkräfte	3 Jahre	

Teil B - Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen

B-[1] Fachabteilung Innere Medizin Hauptabteilung

B-[1].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Innere Medizin Hauptabteilung

Art der Abteilung:

Hauptabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

0100

Hausanschrift:

Am Isarkanal 36

81379 München

Telefon:

089 / 72400 - 0

Fax:

089 / 72400 - 1230

E-Mail:

info@muellerklinik.de

Internet:

<http://www.muellerklinik.de>

Chefärztinnen/-ärzte:

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
Prof. Dr. Dr.	Gross, Manfred	ärztlicher Direktor	089 72400 1100		KH-Arzt

B-[1].2 Versorgungsschwerpunkte [Innere Medizin Hauptabteilung]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin Hauptabteilung:	Kommentar / Erläuterung:
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VR04	Duplexsonographie	
VI35	Endoskopie	
VI20	Intensivmedizin	Möglichkeit der Langzeitbeatmung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
VR02	Native Sonographie	
VR18	Szintigraphie	

B-[1].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Innere Medizin Hauptabteilung]

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Innere Medizin Hauptabteilung]

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:

2998

Teilstationäre Fallzahl:

0

B-[1].6 Diagnosen nach ICD

B-[1].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10-Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	I50	303	Herzschwäche (Herzinsuffizienz)
2	I10	168	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
3	I48	122	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
4	J44	116	Sonstige anhaltende (chronische) Lungenkrankheit mit Verengung der Atemwege - COPD
5	R55	115	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
6	R07	114	Hals- bzw. Brustschmerzen
7	J15	98	Lungenentzündung durch Bakterien
8	F10	90	Psychische bzw. Verhaltensstörung durch Alkohol
9	A09	79	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
9	E11	79	Zuckerkrankheit, die nicht zwingend mit Insulin behandelt werden muss - Diabetes Typ-2
11	J20	71	Akute Bronchitis
12	E86	67	Flüssigkeitsmangel
13	N39	62	Sonstige Krankheit der Niere, der Harnwege bzw. der Harnblase
14	J18	59	Lungenentzündung, Krankheitserreger vom Arzt nicht näher bezeichnet
15	R10	54	Bauch- bzw. Beckenschmerzen
16	A41	43	Sonstige Blutvergiftung (Sepsis)
17	M54	42	Rückenschmerzen
18	K29	41	Schleimhautentzündung des Magens bzw. des Zwölffingerdarms
19	K25	36	Magengeschwür
20	I26	32	Verschluss eines Blutgefäßes in der Lunge durch ein Blutgerinnsel - Lungenembolie

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

B-[1].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

keine Angaben

B-[1].7 Prozeduren nach OPS

B-[1].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	1-632	770	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
2	1-440	614	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
3	8-930	379	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
4	1-650	285	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
5	1-653	260	Untersuchung des Enddarms durch eine Spiegelung
6	8-980	194	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)
7	1-444	191	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
8	8-800	152	Übertragung (Transfusion) von Blut, roten Blutkörperchen bzw. Blutplättchen eines Spenders auf einen Empfänger
9	8-831	143	Legen bzw. Wechsel eines Schlauches (Katheter), der in den großen Venen platziert ist
10	3-200	140	Computertomographie (CT) des Schädels ohne Kontrastmittel
11	8-839	91	Sonstige Behandlungen am Herzen bzw. den Blutgefäßen über einen Schlauch (Katheter)
12	3-225	90	Computertomographie (CT) des Bauches mit Kontrastmittel
13	5-452	66	Operative Entfernung oder Zerstörung von erkranktem Gewebe des Dickdarms
14	3-703	62	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Lunge mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)
15	8-701	57	Einführung eines Schlauches in die Luftröhre zur Beatmung - Intubation
16	3-222	54	Computertomographie (CT) des Brustkorbes mit Kontrastmittel
16	8-152	54	Behandlung durch gezieltes Einstechen einer Nadel in den Brustkorb mit anschließender Gabe oder Entnahme von Substanzen, z.B. Flüssigkeit
18	8-931	53	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Drucks in der oberen Hohlvene (zentraler Venendruck)
19	1-620	50	Untersuchung der Luftröhre und der Bronchien durch eine Spiegelung
20	3-207	40	Computertomographie (CT) des Bauches ohne Kontrastmittel

B-[1].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

keine Angaben

B-[1].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr:	Art der Ambulanz:	Bezeichnung der Ambulanz:	Nr. / Leistung:	Kommentar / Erläuterung:
AM08	Notfallambulanz (24h)			
AM07	Privatambulanz			
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V			

B-[1].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

Rang	OPS-Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	1-650	296	Untersuchung des Dickdarms durch eine Spiegelung - Koloskopie
2	1-444	58	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem unteren Verdauungstrakt bei einer Spiegelung
3	1-642	36	Untersuchung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge durch eine Röntgendarstellung mit Kontrastmittel bei einer Spiegelung des Zwölffingerdarms

B-[1].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

B-[1].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA58	24h-Blutdruck-Messung			
AA59	24h-EKG-Messung			
AA38	Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja	
AA03	Belastungs-EKG/Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung		
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja	64-Zeiler
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen	Ja	
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)		Nein	
AA46	Endoskopisch-retrograde-Cholangio-Pankreaticograph (ERCP)	Spiegelgerät zur Darstellung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge mittels Röntgenkontrastmittel	Ja	
AA12	Gastroenterologisches Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	Ja	
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren		Ja	
AA48	Gerät zur intraaortalen Ballongegenpulsation (IABP)	Mechanisches Gerät zur Unterstützung der Pumpleistung des Herzens	Ja	
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja	
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsgerät		Ja	
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall	Ja	
AA31	Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung			
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten		

B-[1].12 Personelle Ausstattung

B-[1].12.1 Ärzte und Ärztinnen:

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	22 Vollkräfte	
davon Fachärzte und Fachärztinnen	8Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	0 Personen	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Facharztbezeichnung:	Kommentar / Erläuterung:
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ23	Innere Medizin	
AQ26	Innere Medizin und SP Gastroenterologie	
AQ31	Innere Medizin und SP Rheumatologie	
AQ54	Radiologie	

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ):	Kommentar / Erläuterung:
ZF09	Geriatric	

B-[1].12.2 Pflegepersonal:

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	55 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	2 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	3 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	0 Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss:	Kommentar / Erläuterung:
PQ03	Hygienefachkraft	
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ07	Onkologische Pflege	

Nr.	Zusatzqualifikation:	Kommentar / Erläuterung:
ZP03	Diabetes	
ZP05	Entlassungsmanagement	
ZP07	Geriatric	
ZP08	Kinästhetik	
ZP12	Praxisanleitung	
ZP16	Wundmanagement	

B-[1].12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Für die Organisationseinheit/Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	

B-[2] Fachabteilung Innere Medizin - kardiolog. Belegabteilung

B-[2].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Innere Medizin - kardiolog. Belegabteilung

Art der Abteilung:

Belegabteilung

Fachabteilungsschlüssel:

0190

Hausanschrift:

Am Isarkanal 36

81379 München

Telefon:

089 / 742151 - 0

Fax:

089 / 742151 - 99

Internet:

<http://www.muellerklinik.de>

Chefärztinnen/-ärzte:

Titel:	Name, Vorname:	Funktion:	Tel. Nr., Email:	Sekretariat:	Belegarzt / KH-Arzt:
Prof. Dr. med.	Silber, Sigmund	Leitung Kardiologie	089 742 151 0		Belegarzt
Dr. med.	Mühling, Holger	Leitung Kardiologie	089 742 151 0		Belegarzt

B-[2].2 Versorgungsschwerpunkte [Innere Medizin - kardiolog. Belegabteilung]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin - kardiolog. Belegabteilung:	Kommentar / Erläuterung:
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	Diagnostik und Therapie bei koronarer Herzerkrankung, Angina Pectoris und Herzinfarkt: Herzkatheter-Untersuchungen, Ballondilatationen, Stent-Implantationen.
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	Diagnostik und Therapie von arteriellen Verschlusskrankheiten (z.B. pAVK, Karotisstenosen) durch Ballondilatation und Stent-Implantationen.
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	Diagnostik und Therapie von Rhythmusstörungen und Erkrankungen des Herzmuskels (Kardiomyopathien): Implantation und Wechsel von Herzschrittmachern, Defibrillatoren, Loop-Rekordern.
VI34	Elektrophysiologie	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen durch Herzkathetereingriffe (EPU, Radiofrequenzablation).

B-[2].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote [Innere Medizin - kardiolog. Belegabteilung]

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].4 Nicht-medizinische Serviceangebote [Innere Medizin - kardiolog. Belegabteilung]

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].5 Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung

Vollstationäre Fallzahl:
1334

B-[2].6 Diagnosen nach ICD

B-[2].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10-Ziffer* (3-stellig):	Fallzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	I20	483	Anfallsartige Enge und Schmerzen in der Brust - Angina pectoris
2	I21	154	Akuter Herzinfarkt
3	R07	122	Hals- bzw. Brustschmerzen
4	I25	63	Herzkrankheit durch anhaltende (chronische) Durchblutungsstörungen des Herzens
5	I48	56	Herzrhythmusstörung, ausgehend von den Vorhöfen des Herzens
6	Z45	44	Anpassung und Handhabung eines in den Körper eingepflanzten medizinischen Gerätes
7	I50	42	Herzschwäche (Herzinsuffizienz)
8	I49	31	Sonstige Herzrhythmusstörung
9	I70	23	Arterienverkalkung (Arteriosklerose)
10	I47	20	Anfallsweise auftretendes Herzrasen
11	I42	18	Krankheit der Herzmuskulatur (Kardiomyopathie) ohne andere Ursache
12	I35	17	Krankheit der Aortenklappe, nicht als Folge einer bakteriellen Krankheit durch Streptokokken verursacht
13	I65	15	Verschluss bzw. Verengung einer zum Gehirn führenden Schlagader ohne Entwicklung eines Schlaganfalls
14	I44	10	Herzrhythmusstörung durch eine Störung der Erregungsleitung innerhalb des Herzens - AV-Block bzw. Linksschenkelblock
15	I10	7	Bluthochdruck ohne bekannte Ursache
15	R55	7	Ohnmachtsanfall bzw. Kollaps
17	A09	<= 5	Durchfallkrankheit bzw. Magen-Darm-Grippe, wahrscheinlich ausgelöst durch Bakterien, Viren oder andere Krankheitserreger
17	A49	<= 5	Bakterielle Infektionskrankheit, Körperregion vom Arzt nicht näher bezeichnet
17	F43	<= 5	Reaktionen auf schwere belastende Ereignisse bzw. besondere Veränderungen im Leben
17	I08	<= 5	Krankheit mehrerer Herzklappen

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien

B-[2].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

keine Angaben

B-[2].7 Prozeduren nach OPS

B-[2].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-301 Ziffer (4-stellig):	Anzahl:	Umgangssprachliche Bezeichnung:
1	1-275	998	Untersuchung der linken Herzhälfte mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter)
2	8-83b	982	Zusatzinformationen zu Materialien
3	8-837	931	Behandlung am Herzen bzw. den Herzkranzgefäßen mit Zugang über einen Schlauch (Katheter)
4	8-930	198	Intensivmedizinische Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Drucks in der Lungenschlagader und im rechten Vorhof des Herzens
5	8-980	128	Behandlung auf der Intensivstation (Basisprozedur)
6	1-265	89	Messung elektrischer Herzströme mit einem über die Schlagader ins Herz gelegten Schlauch (Katheter) - EPU
7	5-377	74	Einsetzen eines Herzschrittmachers bzw. eines Impulsgebers (Defibrillator)
8	1-632	58	Untersuchung der Speiseröhre, des Magens und des Zwölffingerdarms durch eine Spiegelung
9	1-440	54	Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) aus dem oberem Verdauungstrakt, den Gallengängen bzw. der Bauchspeicheldrüse bei einer Spiegelung
9	5-378	54	Entfernung, Wechsel bzw. Korrektur eines Herzschrittmachers oder Defibrillators
11	8-835	44	Zerstörung von Herzgewebe bei Vorliegen von Herzrhythmusstörungen
12	3-605	38	Röntgendarstellung der Schlagadern im Becken mit Kontrastmittel
13	8-836	36	Behandlung an einem Gefäß über einen Schlauch (Katheter)
14	8-640	33	Behandlung von Herzrhythmusstörungen mit Stromstößen - Defibrillation
14	8-840	33	Behandlung an einem Gefäß über einen Schlauch (Katheter)
16	6-002	23	Gabe von Medikamenten gemäß Liste 2 des Prozedurenkatalogs
17	3-601	19	Röntgendarstellung der Schlagadern des Halses mit Kontrastmittel
18	3-604	16	Röntgendarstellung der Schlagadern im Bauch mit Kontrastmittel
18	3-607	16	Röntgendarstellung der Schlagadern der Beine mit Kontrastmittel
20	3-703	14	Bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Lunge mittels radioaktiver Strahlung (Szintigraphie)

B-[2].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

keine Angaben

B-[2].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Nr:	Art der Ambulanz:	Bezeichnung der Ambulanz:	Nr. / Leistung:	Kommentar / Erläuterung:
AM15	Belegarztpraxis am Krankenhaus	Kardiologische Belegpraxis		

B-[2].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

trifft nicht zu / entfällt

B-[2].11 Apparative Ausstattung

Nr.	Vorhandene Geräte:	Umgangssprachliche Bezeichnung:	24h:	Kommentar / Erläuterung:
AA58	24h-Blutdruck-Messung			
AA59	24h-EKG-Messung			
AA34	AICD-Implantation/Kontrolle/Programmiersystem	Einpflanzbarer Herzrhythmusdefibrillator		
AA03	Belastungs-EKG/Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung		
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen	Ja	
AA44	Elektrophysiologischer Messplatz zur Diagnostik von Herzrhythmusstörungen		Ja	
AA13	Geräte der invasiven Kardiologie	Behandlungen mittels Herzkatheter	Ja	Inclusive sonographischer Ausstattung (Herzecho, TEE, Duplexsonographie) sowie intensivmedizinische herzunterstützende Systeme (intraaortale Ballonpumpe).
AA48	Gerät zur intraaortalen Ballongegenpulsation (IABP)	Mechanisches Gerät zur Unterstützung der Pumpleistung des Herzens	Ja	
AA54	Linksherzkathetermessplatz	Darstellung der Herzkranzgefäße mittels Röntgen-Kontrastmittel	Ja	
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik	Ja	
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungsggerät		Ja	
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall	Ja	

B-[2].12 Personelle Ausstattung

B-[2].12.1 Ärzte und Ärztinnen:

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	0 Vollkräfte	
davon Fachärzte und Fachärztinnen	0 Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	3 Personen	

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung:

Nr.	Facharztbezeichnung:	Kommentar / Erläuterung:
AQ23	Innere Medizin	
AQ28	Innere Medizin und SP Kardiologie	

B-[2].12.2 Pflegepersonal:

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	9 Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	0 Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	0 Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	2 Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	0 Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	0 Vollkräfte	3 Jahre	

B-[2].12.3 Spezielles therapeutisches Personal:

Für die Organisationseinheit/Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal:	Kommentar/ Erläuterung:
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	Spezialisiert auf präventive und postoperative kurative Kardio-Physiotherapie

Teil C - Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme externe vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

trifft nicht zu / entfällt

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

trifft nicht zu / entfällt

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

trifft nicht zu / entfällt

C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] ("Strukturqualitätsvereinbarung")

trifft nicht zu / entfällt

Teil D - Qualitätsmanagement

D-1 Qualitätspolitik

Das Qualitätssystem und der Qualitätsbericht der Internistischen Klinik Dr. Müller orientiert sich am EFQM-Modell (European Foundation of Quality Management). Dieses Modell wurde als Vorbild gewählt, weil das EFQM-Modell aus unserer Sicht den umfassendsten Ansatz in Richtung eines Total Quality Management (TQM) bietet.

D-1.1 Vision

Wir sehen die zentrale Herausforderung einer modernen medizinischen Versorgung im Spannungsfeld zunehmender Ansprüche an Standardisierung bei gleichzeitiger Individualisierung der Medizin. Ein höheres Maß an Standardisierung führt zu höherer Wirtschaftlichkeit bei gleichzeitig reduzierten Fehlerquoten. Von daher werden Forderungen nach höherer Standardisierung auch von politischer Seite her verstärkt an die deutschen Kliniken herangetragen, was sich z.B. auch in der Einführung eines Abrechnungssystems nach Fallpauschalen (DRG's) widerspiegelt. Die Standardisierung von Medizin findet ihre Grenze allerdings in der Individualität eines jeden Patienten. Kein Mensch gleicht dem anderen, und damit erfordert jeder Patient eine individuelle Anpassung der Pflege- und Therapiestandards. Eine individuelle Therapieplanung führt zu einer Optimierung des Ressourcenverbrauchs, zu qualitativ hochwertigeren weil individuell besser passenden Therapieformen und fördert gleichzeitig die Zufriedenheit des Patienten. Wir sehen die Optimierung zwischen Standardisierung und Individualisierung von Therapieformen als zentrales Kriterium, an dem sich zukünftig Spitzenleistung im Bereich der medizinischen Grundversorgung unserer Bevölkerung entscheiden wird.

Hierbei ist es unser tägliches Bestreben eine menschlich warme Patientenbeziehung zu pflegen, angelehnt an das pflegetheoretische Modell von Dorothea Orem: „Das Handeln Aller ist darauf ausgerichtet, Funktionen der Patient(inn)en zu regulieren um Leben zu erhalten, Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern und Entwicklung zu ermöglichen.“

D-1.2 Mission

Wir sehen alle Menschen und Interessensgruppen, die an unsere Klinik ein Anliegen haben, als Kunden (Patienten). Unsere Aufgabe sehen wir darin, trotz der in den verschiedenen Bereichen bestehenden Interessenskonflikte ein möglichst hohes Maß an Zufriedenheit unserer Kunden zu erreichen. Im Rahmen der Operationalisierung unserer Ziele unterscheiden wir zwei Kreise von Klienten:

D-1.2 a) Innerer Kundenkreis:

- **Patienten.** Sie sind der zentrale Daseinsgrund der Klinik und treten an uns heran mit dem klaren Wunsch, ein möglichst hohes Maß an Gesundheit zurück zu erlangen.
- **Zuweiser.** Ein- und zuweisende Ärzte und Institutionen sind der zweite traditionelle Klientenkreis. Sie schicken uns Patienten, für deren Versorgung ihre eigenen Kapazitäten nicht ausreichen und treten typischerweise an uns heran mit den Ansprüchen einer hochwertigen Patientenversorgung, einer zeitnahen Information sowie der Möglichkeit zum Dialog.
- **Mitarbeiter.** Zufriedene, motivierte und gut ausgebildete Mitarbeiter sind der zentrale Baustein in der praktischen Umsetzung der Patientenversorgung sowie in der Erreichung unserer Qualitätsziele. Sie haben eigene Interessenslagen, die zu fördern ebenfalls zu unseren zentralen Aufgaben gehört. Neben dem Wunsch nach Entlohnung bestehen in individuell differenzierter Ausprägung auch die Wünsche nach Motivation, Anerkennung, Zufriedenheit am Arbeitsplatz sowie qualitativ hochwertiger Aus- und Fortbildung.

D-1.2 b) Erweiterter Kundenkreis:

Neben unserem inneren Klientenkreis gibt es einen vielfältigen erweiterten Klientenkreis (Geschäftspartner); mit dessen Personen und Gruppen wir ebenfalls eine möglichst offene und produktive Zusammenarbeit anstreben. Hierzu zählen wir - in nicht abschließender und nicht gewichtiger Aufzählung - insbesondere:

- Kooperierende Ärzte und Krankenhäuser sowie weitere Berufsgruppen und Institutionen im Heil- und Gesundheitswesen.
- Unsere Lieferanten von Produkten und Dienstleistungen (von medizinischen Materialien und Labor bis hin zu Wäscherei und Unternehmensberatung).
- Die Angehörigen unserer Patienten.
- Die Kostenträger.
- Den Medizinischen Dienst der Krankenkassen in Bayern.
- Die interessierte Öffentlichkeit und Presse.
- Institutionen des Gesundheitssektors (z.B. Regierung und Ministerien, Bayerische Krankenhausgesellschaft, BAQ&BQS).

D-1.3 Umsetzung unserer Ziele durch Führung und Schaffung geeigneter Organisationsstrukturen

Um unsere Ziele, Visionen und Missionen erfolgreich im Alltag umsetzen zu können, wurden im Bereich Führung und Organisation entsprechende Strukturen entwickelt, die der Zielerreichung dienen und darüber hinaus die Basis für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess darstellen.

Unsere Führungskräfte sorgen durch ihr persönliches Engagement für die Entwicklung, Überwachung und kontinuierliche Verbesserung des Managementsystems unserer Klinik. Die persönliche Verantwortung unserer Mitarbeiter spiegelt sich in einer Organisationsstruktur mit flacher Hierarchie, in der abgrenzbare Aufgabenbereiche so weit wie möglich individuell übertragen werden:

Auf Managementebene obliegt der Geschäftsführung die strategische und operative Planung sowie das Controlling der Klinik. Der ärztlicher Direktor verantwortet die Aufsicht und Weiterentwicklung der ärztlichen Standards, die Pflegedienstleitung die Aufsicht und Weiterentwicklung der Pflegestandards und der Verwaltungsdirektor jene der Klinikadministration. Die individuelle Zuordnung von Verantwortung setzt sich durch die mittleren Führungsebenen in der stations- und funktionsbezogenen Zuordnung der Stationsleitungen und Oberärzte fort, erweitert durch abgegrenzte individuelle Verantwortungsbereiche im ärztlichen Dienst (z.B. Funktionsassistenten, Intensivstation) bzw. im Pflegedienst (Mentoren).

Die Geschäftsführung entwickelt nach Analyse der erwarteten demographischen und gesundheitspolitischen Entwicklungen sowie anhand von Markttrends im Gesundheitswesen und finanzwirtschaftlicher Unternehmensziele langfristige Strategien für die Klinik. Ausgehend von den strategischen Planungen und der operativen Geschäftsdaten der Vorjahre wird regelmäßig zum Jahreswechsel eine Jahresplanung für das Folgejahr aufgestellt. Das hierfür zuständige Projektteam setzt sich zusammen aus Geschäftsführung, ärztlichem Direktor, Pflegedienstleitung, Controlling/Medizincontrolling und Verwaltungsdirektor.

Die Geschäftsleitung legt wesentliche Ziele für die Schlüsselergebnisse in Form von kaskadierenden Jahresbudgets für die Klinik und die einzelnen Unternehmensbereiche fest. Zur Kontrolle der quantitativen Ziele wurde ein Reporting-System etabliert, das die Mitglieder der Geschäftsführung, die ärztliche Leitung und die Pflegeleitung monatlich über die Einhaltung des Budgets sowie die Zielerreichung der wesentlichen Kennzahlen unterrichtet. Dieses Reportingsystem wird im Dialog mit dem Controlling laufend auf Relevanz und Aussagekraft der Informationsinhalte geprüft und regelmäßig an neue Bedürfnisse angepasst.

D-1.4 Kooperation mit unserem inneren und erweiterten Kundenkreis

Eine zentrale Aufgabe unserer Führung besteht in der Optimierung der Zusammenarbeit mit unseren Kunden.

Das proaktive Management von Partnerschaften - gleich welcher Verbindung - gehört zu unseren zentralen Führungsprinzipien. Die Leitung der Klinik ist bestrebt, Bedürfnisse und Erwartungen unserer Kunden zu erfassen, zu verstehen und soweit wie möglich zu erfüllen.

In Bezug auf unsere Patienten sehen wir eine zentrale Aufgabe auch darin, neben der rein medizinischen Versorgung auch den Willen des Patienten zu respektieren und diesen in die Therapieentscheidungen einfließen zu lassen. Ebenso versuchen wir, die Angehörigen des Patienten in die Betreuung und Entscheidungsfindung angemessen einzubinden.

Hinsichtlich unserer Geschäftspartner verfolgen wir das für uns wesentliche Ziel einer verlässlichen Zusammenarbeit und der Pflege freundlicher und möglichst unbürokratischer Umgangsformen. Im Fall von auftretenden Störungen im täglichen Ablauf steht die Geschäftsführung jederzeit bereit, beratend und vermittelnd einzugreifen.

D-1.5 Unterstützung, Motivation und Anerkennung von Mitarbeitern.

Die Führungskräfte motivieren und unterstützen die Mitarbeiter unserer Klinik und erkennen ihre Leistungen an. Dies beinhaltet als zentralen Baustein, dass die Führungskräfte persönlich für alle Mitarbeiter ansprechbar sind, ihnen aktiv zuhören und sie eingehen sowie die Mitarbeiter bei der Realisierung ihrer Vorstellungen und Ziele unterstützen. Die Mitarbeiter werden aufgefordert, Verbesserungspotenziale aufzudecken und an Verbesserungsaktivitäten mitzuwirken.

Im Bereich der Motivation und Belobigungen setzt die Klinikleitung auf zwei Schwerpunkte:

- Positive Rückmeldungen werden verstärkt kommuniziert. So werden zum Beispiel nicht nur Beschwerdebriefe diskutiert, sondern inzwischen auch Lob und Anerkennungen von Patienten gleichberechtigt bekannt gemacht.
- Die Gründe für Belobigungen werden klar kommuniziert.
- Persönliche Anerkennung durch Sachwerte oder Prämien in Fällen von außerordentlicher Bedeutung.

D-2 Qualitätsziele

D-2.1 Zielhierarchie

Die obersten beiden Ziele der Klinik sind aus unserer Sicht selbsterklärend, denn es sind wahrscheinlich die identischen Ziele aller deutschen Krankenhäuser:

- Qualitativ hochwertige Patientenversorgung
- Nachhaltige Profitabilität- denn eine dauerhaft defizitär wirtschaftende Einrichtung kann nicht lange Bestand haben.

Während das erste Ziel die Philosophie der meisten unserer pflegerischen und ärztlichen Mitarbeitern und damit auch den Grund für die Berufswahl widerspiegelt, bezieht sich das zweite Ziel vorwiegend auf die unternehmerische Sicht der Geschäftsführung unter dem Einfluss des stetig wachsenden Kosten- und Leistungsdrucks.

Als wesentliche Teilziele leiten sich hieraus ab:

- Eine Konstanthaltung bis moderate Steigerung unserer Fallzahlen.
- Eine Optimierung unserer medizinischen Leistungsprozesse und damit verbunden eine Verkürzung der stationären Verweildauern.
- Eine Patientenbetreuung auf höchstem internistisch-fachärztlichem Niveau.
- Eine kontinuierliche Verbesserung unserer aufbau- und ablauforganisatorischen Strukturen zur nachhaltigen Kostensenkung.
- Die Erhaltung und Förderung eines kompetenten und zufriedenen Mitarbeiterteams.
- Eine Optimierung der Zusammenarbeit mit wesentlichen anderen Interessensgruppen wie niedergelassene Ärzte, Kliniken, Kostenträgern, Politik, Öffentlichkeit.

Darüber hinaus sehen wir ein wesentliches Unternehmensziel in der Umsetzung unserer Visionen und Missionen.

D-2.2 Wege zur Zielerreichung: Politik und Strategie

D-2.2 a) Einbeziehung der Interessensgruppen

Die strategische Ausrichtung der Internistischen Klinik Dr. Müller beruht auf den gegenwärtigen und zukünftigen Erwartungen aller beeinflussenden Interessensgruppen - Patienten, Zuweiser, Mitarbeiter, Kooperationspartner, Politik und Öffentlichkeit. Hierfür sammeln die Führungskräfte der Klinik systematisch die an sie herangetragenen Wünsche und Erwartungen der Interessensgruppen, um hieraus die strategische Stoßrichtung der Klinik zu definieren.

Von den einzelnen Interessensgruppen werden vielfältige und sehr unterschiedliche Erwartungen an die Klinik herangetragen. Zu den wesentlichen Einflussgrößen auf die Strategieentwicklung gehören:

- **Patienten:** Ein möglichst hoher Grad an Gesundheit, Versorgung auf höchstmöglichem medizinischen Standard, individuellen Anpassung der Versorgung, Zusatznutzen (z.B. gute kulinarische Versorgung, freundlicher Umgang, gepflegtes und angenehmes Ambiente).
- **Zuweiser und Kooperationspartner:** Flexible und unbürokratische Zusammenarbeit, direkte, schnelle und umfassende Information sowie offene und direkte Kommunikation, zufrieden wiederkehrende Patienten.
- **Mitarbeiter:** Arbeitszufriedenheit und Einkommenssicherung sowie - besonders im Bereich der Weiterbildungsassistenten bzw. der Krankenpflegeschüler/innen - die Anforderung an eine umfassende und qualitativ hochwertige Aus- und Weiterbildung.

- **Eigentümer:** Angebot hochwertiger medizinischer Leistungen, kontinuierliche Wertschöpfung, beste Reputation im Gesundheitswettbewerb, langfristige Profitabilität, Kapitalerhalt.
- **Politik:** Sicherstellung des medizinischen Versorgungsauftrages für die Bevölkerung.
- **Kostenträger:** Zunehmend steigende Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung (d.h. Erwartung von steigender Qualität zu möglichst niedrigen Preisen).
- **Gesellschaft:** Anpassung an die zu erwartenden demographischen Entwicklungen, z.B. das zunehmend höhere Lebensalter der Patienten.

Um diese Einflussgrößen zu beherrschen und die langfristige strategische Ausrichtung zu optimieren haben wir uns entschlossen, mit einer im Krankenhausmanagement langjährig erfahrenen Unternehmensberatung zusammenzuarbeiten. In der gemeinsamen Arbeit entstanden daraus beispielsweise die Projekt zur Reorganisation unseres Labors sowie die Ausgründung einer Servicegesellschaft für Sekundärdienstleistungen (2006/2007).

D-2.2. b) Beschaffung fundierter Informationen

Unsere Politik und Strategie beruhen auf fundierten Informationen wie Leistungsmessung und Marktforschung.

Wesentliche Kennzahlen der Leistungsfähigkeit, der Effizienz und der Produktivität unserer Klinik werden regelmäßig beobachtet. Hierzu gehören beispielsweise die Entwicklungen der Fallzahlen und Bewertungsrelationen sowie das Verhältnis von Fallzahlen, Erlösen und Pflgetagen, aber auch leistungs- und kapazitätsbezogene Kostenkennzahlen. Ein von der Geschäftsführung durchgeführter regelmäßiger Vergleich dieser Kennzahlen in der Gesamtheit des Hauses sowie zwischen den einzelnen Stationen ermöglicht eine intrainstitutionelle Abweichungsanalyse und Identifikation von Optimierungspotenzialen.

Aus den Entwicklungen der Nachfrage im Vergleich mit der allgemeinen Versorgungssituation im Wettbewerbsumfeld definieren wir medizinische Schwerpunkte, nach denen die Entwicklung der Klinik ausgerichtet wird. So führte die über mehrere Jahre hinweg beobachtete zunehmende Nachfrage nach intensivmedizinischen Leistungen zu einer Erweiterung unseres intensivmedizinischen Leistungsspektrums mit modernster Apparatur auch für Langzeitbeatmungen (seit Juli 2007). Gleiches gilt für den Einstieg in die Onkologie in Verbindung mit Palliativmedizin sowie der möglichen Patientenbetreuung im Bereich der Psychoonkologie.

Vor diesem Hintergrund verfolgen wir die Tendenzen in der gesundheitspolitischen Meinungsbildung und gleichen sie mit unseren Erwartungen zur demographischen Entwicklung sowie unseren Planzielen ab.

D-2.2 c) Überprüfung und Aktualisierung von Unternehmenspolitik und -strategie

Unsere Unternehmenspolitik und -strategie werden fortlaufend entwickelt sowie regelmäßig überprüft und aktualisiert. Hierbei werden insbesondere die Erreichung unserer Schlüsselergebnisse und Kennzahlen überwacht. Ergeben sich hieraus relevante Abweichungen, oder wird seitens der externen Interessensgruppen neue Ansprüche an uns herangetragen, wird die strategische Ausrichtung entsprechend angepasst.

Ein detailliertes erlös- und kostenbezogenes Controlling-/Reporting-System überwacht die Budgets und informiert die Geschäftsführung und die ärztliche Leitung zeitnah über den Grad der Zielerreichung. Dieses Berichtssystem ermöglicht das frühzeitige Erkennen von Planabweichungen, um rechtzeitig eine operative Gegensteuerung einzuleiten. Ebenso ist dieses Berichtssystem Teil der Liquiditätssteuerung der Klinik. Im Mehrjahresvergleich dienen die Daten unseres Reportingsystems der Identifikation von Trends und mittelfristigen Veränderungen im Leistungsbereich.

Wir bauen unsere Wettbewerbsvorteile gezielt aus, indem wir in unseren Leistungsschwerpunkten unser medizinisches Leistungsspektrum u. a. durch Kooperationen differenziert diversifizieren. So entstand im Verlauf der letzten beiden Jahre die Zusammenarbeit mit einer

hämatologisch/Onkologischen Schwerpunktpraxis mit Tagesklinik. Seit 2009 wird unsere Kardiologie ergänzt durch die Möglichkeit der interdisziplinären herzchirurgischen Kooperation mit unserer Nachbarklinik (Chirurgische Klinik Dr. Rinecker) sowie dem Herzzentrum München an der Isar.

D-2.2. d) Umsetzung der Politik durch Schlüsselprozesse

Unsere Politik und unsere Strategie werden durch ein Netzwerk aus Schlüsselprozessen umgesetzt. Schlüsselprozesse sind für uns im engeren Sinn zunächst diejenigen - sehr zeitstabile - Prozesse, die so elementar sind, dass jeder Mitarbeiter unabhängig von seiner konkreten Funktion in der Klinik diese in den Grundzügen kennt.

Ein wesentlicher, wertschöpfender Kernprozess der Klinik ist die Patientenbehandlung, die in ihrer Grunddarstellung sehr standardisiert erfolgt:

- Aufnahme des Patienten in die Klinik
- Untersuchung , Diagnosestellung und Therapiefestlegung
- Aufenthalt des Patienten mit ärztlicher/pflegerischer Behandlung/Betreuung
- Vorbereitung der Entlassung des Patienten
- Entlassung des Patienten
- Verfassen des Arztbriefes

Hinzu kommen vielfältige verwaltende und unterstützende Prozesse, die die wesentlichen Aspekte umfassen:

- Medizinische Fallcodierung, Erlösmanagement und Rechnungsstellung
- Debitoren- und Kreditorenmanagement
- Finanz- und Liquiditätsmanagement, Controlling
- Strategische Mittel- und Langfristplanung
- Materialwirtschaft (z.B. Apotheke, Lebensmittel, Wäscherei, Bürobedarf)
- Personalmanagement
- IT-Management (z.B. EDV, Telefonanlage)

Als Schlüsselprozesse im weiteren Sinn sehen wir die im Rahmen unserer medizinischen Wertschöpfung existierenden Behandlungspfade. Wesentliche Therapiestandards und Behandlungsabläufe wurden definiert; diese Prozessdefinitionen werden durch regelmäßige Revision aktualisiert (siehe auch weiter folgend im Kapitel „Prozesse“).

Die wesentlichsten Modifikationen unserer Schlüsselprozesse resultierten in der Vergangenheit unter anderem auch aus den technologischen Fortschritten der eingesetzten Krankenhaus-EDV.

D-2.2. e) Kommunikation von Unternehmenspolitik und -strategie.

Unsere Unternehmenspolitik und -strategie werden mehrdimensional, insbesondere auch gegenüber unseren Mitarbeitern kommuniziert. Dies erfolgt insbesondere in der präzisen Festlegung und Dokumentation unserer Behandlungs- und Pflegestandards. Quantitative Elemente werden im Rahmen der Festlegung von Unternehmens- und Bereichszielen (z.B. jährliche Budgets) verankert. In regelmäßigen Meetings (z.B. Klinikleitungs-, Stationsleitungs-, oder Morgenbesprechungen) wird über aktuelle strategische Entwicklungen informiert und werden Problemstellungen angesprochen, um bei auftretenden Zielkonflikten eine Priorisierung vorzunehmen.

Die Umsetzung der obersten Ziele werden für den einzelnen Mitarbeiter in Form von konkreten Teilzielen heruntergebrochen, z.B. in Form von Budgettableaus für die wesentlichen Bereiche, laufende Dienstanweisungen, Einzelgesprächen mit der mittleren Führungsebene.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Die Gesamtverantwortung und zentrale Leitung des Qualitätsmanagement liegt bei der Geschäftsführung. Von hier aus sind delegiert:

- die Kontrolle der Einhaltung und ggf. erforderlichen Korrektur ärztlich-medizinischer Qualitätsstandards durch den ärztlichen Direktor (Chefarzt).
- die Kontrolle der Einhaltung und ggf. erforderlichen Korrektur pflegerisch-medizinischer Standards durch die Pflegedienstleitung.
- die Kontrolle der Einhaltung und ggf. erforderlichen Korrektur von Qualitätsstandards in der Verwaltung durch den Verwaltungsdirektor.

Das operative Qualitätsmanagement in den Teilbereichen der Klinik obliegt der Klinikleitung und wird kaskadierend heruntergebrochen. In wöchentlichen Meetings der Geschäftsführung und Klinikleitung wird ein Review der Qualitätsziele durchgeführt und werden erforderliche Maßnahmen definiert. Unter der Führung der jeweiligen Teilbereichsverantwortlichen werden dann in definierten Arbeitsgruppen Konzepte und Maßnahmen erarbeitet und umgesetzt.

Angesichts der Spezifika eines eher kleinen Hauses werden bei der weiteren Umsetzung des Qualitätsmanagement die bestehenden Strukturen des Hauses genutzt. Die ärztlichen Mitarbeiter der Klinik treffen sich zwei Mal täglich zu einer gemeinsamen Besprechung. In diesem Forum werden regelmäßig die Besonderheiten der täglichen Behandlungsfälle besprochen sowie die konkret anstehenden Behandlungsprozesse und Prozessmodifikationen. Auf pflegerischer Seite finden 14-tägige Qualitätsbesprechungen zwischen den Stationsleitungen und der Pflegedienstleitung statt. Im Bereich der Verwaltung finden monatliche Jour-Fixe mit den einzelnen Abteilungen statt.

Die Veränderungen der aktuellen Therapieleitlinien werden systematisch verfolgt und gehen so ein in die laufende Anpassung unserer Behandlungsstandards.

Im Bereich des Komplikations- und des Risikomanagements werden die Abläufe so weit wie möglich strukturiert, standardisiert und modular aufgebaut. Relevante Abweichungen von den Standards (Besonderheiten, Komplikationen, Auffälligkeiten) werden teamintern besprochen und im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses auf notwendige Konsequenzen analysiert. Hinsichtlich ihrer Risikostruktur aus dem Rahmen des Üblichen herausragende Entscheidungen werden vor einer Festlegung der Entscheidung mit den Beteiligten eingehend erörtert und besprochen (z.B. Diskussion innerhalb der Geschäftsführung bei der Frage nach Lieferantenwechseln, oder auch eingehende Besprechungen mit den Patienten bei Entscheidungen zu risikobehafteten Therapien).

Das personell zusammengefasste Controlling umfasst die Bereiche Medizincontrolling und operatives Controlling. Ersteres ist inhaltlich im Bereich des Erlösmanagement primär an die ärztliche Leitung angegliedert. Der Bereich des operativen Controlling ist primär an die Geschäftsleitung angegliedert, ihm obliegt das permanente Monitoring der wesentlichen Kosten- und Erlösparameter, das Financial Controlling sowie die Distribution der Kennzahlen mittels Reporting-System.

Weitere institutionalisierte Fixpunkte im Qualitätsmanagement sind die jährliche Budgeterstellung, die Vorbereitung der Krankenhausentgeltverhandlungen sowie die Fertigstellung des Jahresabschlusses.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Neben den Instrumenten der Prozesse und der Qualitätsmanagement-Projekte (siehe im Folgenden Punkt D-5) stellt das Management der Ressourcen den zentralen Baustein in der Umsetzung des Qualitätsmanagements dar.

D-4.1 Management der Mitarbeiterressourcen

Mitarbeiterressourcen werden geplant, gemanagt und verbessert. Der Mitarbeiter ist einerseits das wertvollste Qualitätsinstrument im Schaffensprozess, denn sein Wissen, seine Fähigkeiten und seine Freundlichkeit entscheiden über die praktische Umsetzung aller theoretischer Vorgaben. Gleichzeitig ist der Mitarbeiter aber auch in der Gesamtbetrachtung der Produktionskosten der medizinischen Leistung der teuerste Faktor, dessen Einsatz daher regelmäßig überwacht kritisch überprüft und bei Bedarf modifiziert wird. Im Abgleich mit den strategischen Planungen werden kurz-, mittel- und langfristige Personalbedarfspläne entwickelt.

So ergab eine Analyse der Kostensituation, dass die internen Laborkosten im Benchmarking außerordentlich hoch zu Buche schlugen, während im Bereich der intensivmedizinischen Versorgung immer häufiger das Problem der Leistungslimitierung durch Personalmangel auftrat. In Folge dessen wurde in einem Allokationsprojekt durch Kooperation mit einem externen Labor die hauseigene Laborleistung massiv reduziert. Die so freiwerdenden Ressourcen konnten in den Ausbau der intensivmedizinischen Leistungserbringung reinvestiert werden.

Wesentliche betriebliche Umgestaltungen werden im Vorfeld mit dem Betriebsrat und dessen Gremien abgestimmt. Im Bereich von Stellenausschreibungen und Neueinstellungen wird darauf geachtet, dass neue Mitarbeiter in ihrem Leistungsprofil die bestehenden Strukturen der Klinik optimal ergänzen. Hierbei wird im Dialog zwischen ärztlicher Leitung, Pflegedienstleitung und Geschäftsführung der aktuelle Personalbedarf ermittelt. Die Einstellungen erfolgen nach einem vorgeschalteten Auswahlprozess durch die jeweilige Bereichsleitung (ärztliche Leitung / Pflegedienstleitung) im Konsens zwischen Bereichsleitung und Geschäftsführung.

Die Geschäftsführung fördert und unterstützt ihre Mitarbeiter bei ihren persönlichen Karriereentwicklungen. Hierbei folgt die praktische Umsetzung den bestehenden institutionellen Strukturen: Der Weiterbildungsbedarf und die Karriereplanungen werden durch die jeweiligen Vorgesetzten bzw. Bereichsleitungen (z.B. ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung) ermittelt, z.B. in Form von Personalgesprächen. Im Dialog mit der Geschäftsleitung wird festgestellt, wie weit sich diese Mitarbeiterziele unterstützen lassen (z.B. durch gezielte Fortbildungen) oder bestenfalls sogar im eigenen Hause umsetzen lassen (z.B. durch hierarchische Aufstiegsmöglichkeiten). Hierbei werden Chancen wie Grenzen der Möglichkeiten kommuniziert (z.B. Fortbildungskosten, Limitierung der hausinternen Stellen).

D-4.1 a) Fortbildung und Qualifikation

Das Wissen und die Kompetenzen unserer Mitarbeiter werden ermittelt, gezielt ausgebaut und aufrechterhalten.

Der ärztliche Direktor, die Pflegedienstleitung und die Geschäftsführung beobachten laufend die aktuellen Entwicklungen (z.B. Änderungen der gesundheitspolitischen Vorgaben) und initiieren bei Bedarf Mitarbeiterschulungen.

Seitens der ärztlichen Leitung werden regelmäßig (in der Regel wöchentlich) ärztliche Fortbildungen für die Mitarbeiter organisiert, zumeist in Form Fortbildungsveranstaltungen mit Fortbildungspunkten der bayerischen Landesärztekammer.

In der Ausbildungstätigkeit (Facharztweiterbildung, Ausbildung in Krankenpflege) unsere Mitarbeiter fördern wir die Weiterentwicklung systematisch in Wissen und Fähigkeiten, wobei wir unsern Schwerpunkt auf eine möglichst praxisorientierte Wissensumsetzung legen. Durch die Anleitung

erfahrener Stationsleitungen und Oberärzte werden die Mitarbeiter beurteilt und ihnen geholfen, ihre individuelle Arbeitsleistung kontinuierlich zu verbessern. Im Bereich der Pflege erfolgen in Zielorientierungsgespräche nach Abschluss der Probezeit sowie folgend in jährlichem Abstand.

In der Pflege erhalten die Mitarbeiter/innen die Möglichkeit der regelmäßigen internen Weiterbildung sowie der externen Schulung in unterschiedlichen Gebieten. Die Weiterbildungsmaßnahmen werden dabei auf die spezifische Qualifikation und das Potential der Mitarbeiter abgestimmt. Hierbei steht der Pflegedienstleitung ein Fortbildungsbudget zur Verfügung.

Zum Jahreswechsel ermitteln die Mitarbeiter aus dem Bereich des Erlösmanagement ihren Fortbildungsbedarf (neue DRG's, neue Abrechnungsvorschriften) und werden für diese Veranstaltungen freigestellt. Analoges gilt auch für Mitarbeiter aus der Finanzbuchhaltung und der Personalabteilung, denen regelmäßig Seminare zur Weiterbildung in Fragen der steuerlichen Behandlung von Krankenhausleistungen bzw. der steuerlichen sowie tarifvertraglichen Vorgaben bei der Lohn- und Gehaltsabrechnung angeboten werden.

Soweit es das Budget der Klinik zulässt, werden die Fortbildungsbestrebungen der Mitarbeiter dahingehend unterstützt, dass die Fortbildungskosten von der Klinik übernommen werden, dies geschieht jeweils in Form von Einzelfallentscheidungen. Der Pflegedienstleitung steht ein festes Fortbildungsbudget zur Verfügung. Im ärztlichen Dienst wurde 2006 geprüft, ob ein definiertes Anrecht auf Fortbildungstage mit Arbeitsfreistellung werden soll; dies wurde ab 2007 eingeführt.

D-4.1 b) Selbständiges Handeln der Mitarbeiter

Die Mitarbeiter der Internistischen Klinik Dr. Müller werden proaktiv in den Arbeitsablauf eingebunden und so weit wie möglich zu selbständigem Handeln ermächtigt. Das Management ermutigt die Mitarbeiter, sich aktiv an Verbesserungsmöglichkeiten zu beteiligen.

Den Mitarbeitern werden so weit wie möglich definierte Aufgabenbereiche zugeordnet, für die sie eigenverantwortlich zuständig sind. Auf ärztlicher Ebene wird jeder Stationsbereich und damit jeder Patient einem Stationsarzt zugeordnet, dem dann die unmittelbare Patientenversorgung obliegt. Mehrere Stationsbereiche sind jeweils einem verantwortlichen Oberarzt zugeordnet, dem es obliegt, den Stationsarzt zu eigenständigen Entscheidungen zu motivieren und gleichzeitig die Einhaltung der medizinischen Qualitätsstandards zu kontrollieren. Auf pflegerischer Ebene findet sich eine analoge Strukturierung mit Stations- und Pflegebereichen und entsprechend zugeordneten Stationsleitungen.

Das selbständige Handeln der Mitarbeiter wird gefördert, indem jeder Mitarbeiter einen Dienstvorgesetzten hat, an den er sich wenden kann, um sich so die notwendige Unterstützung zu verschaffen.

Im Bereich der Pflege bestehen Stellenbeschreibungen mit klar definierten Tätigkeitsprofilen, die laufend aktualisiert werden.

D-4.1 c) Aktiver Dialog zwischen Mitarbeitern und Klinik

Die Mitarbeiter und die Internistische Klinik Dr. Müller führen einen Dialog. Hierbei wird großen Wert darauf gelegt, die Kommunikationsbedürfnisse der Mitarbeiter zu identifizieren und zu befriedigen.

Folgende wesentliche Kommunikationsmerkmale werden seitens der Klinik vorgehalten und aktiv gefördert:

- Eine offene, ehrliche und gelebte Kommunikationspolitik seitens Geschäftsleitung. Alle Meinungsäußerungen, die nicht in beleidigender oder herabwürdigender Absicht getroffen werden, werden grundsätzlich ernst genommen und in die klinikinternen Diskussionen einbezogen.

- Die Klinik stellt ausreichend Kommunikationskanäle zur Verfügung. Neben dem persönlichen Gespräch umfasst dies vor allem e-mail-Zugänge für alle Mitarbeiter, das Intranet der Klinik, die Einrichtung einer klinikübergreifenden Mobiltelefonanlage sowie interne Verteilungssysteme von Informationsmaterialien (z.B. Rundschreiben, Aushänge bei Neueinstellungen). Seit 2007 gibt die Klinikleitung ein regelmäßig erscheinendes Mitarbeiter- Informationsblatt heraus ("Inside").

D-4.1 d) Gesundheit und aktive Betreuung der Mitarbeiter:

Die Internistische Klinik Dr. Müller trägt Sorge um die Gesundheit der Mitarbeiter und die Unfallverhütung im Bereich der Arbeitssicherheit. Hierzu gehören insbesondere auch

- Die betriebsärztliche Betreuung durch eine externe Arbeitsmedizinerin.
- Die Einbindung einer extern beauftragten Fachkraft für Hygiene.
- Die Überwachung der Sicherheitsmaßnahmen der Klinik mittels eines externen Ingenieurbüros gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung.
- Regelmäßige Fortbildungen und Schulungen in den Bereichen Sicherheitsmaßregeln und Unfallverhütung.

Die Klinik fördert zusätzliche Sozialleistungen für ihre Mitarbeiter, die über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehen, z.B. in Form des Angebotes von Möglichkeiten von Direktversicherungen, Klinikrenten und private Unfallversicherung.

Neben der monetären Entlohnung verfolgt die Klinik Ansätze, den Mitarbeitern auch darüber hinaus nicht-monetäre Anerkennung für ihre Arbeitsleistung zukommen zu lassen, beispielsweise in Form persönlicher Wertschätzung oder öffentlich ausgesprochener Anerkennungen für Gruppen und Abteilungen, die in schwierigen Situationen ihre Aufgabe vollumfänglich erfüllt haben.

Die Geschäftsführung fördert soziale und kulturelle Aktivitäten der Mitarbeiter, z.B. Teilnahme am jährlichen Firmenlauf, Veranstaltung einer jährlichen Weihnachtsfeier, eines jährlichen Sommerfestes, Förderung des Pflegestammtisches, Förderung einer Laufgruppe für Mitarbeiter.

D-4.2 Management der Partnerschaften

Externe Partnerschaften werden professionell gemanagt. Der Gedanke von zuverlässigen Partnerschaften ist zentraler Baustein im Qualitätsbewusstsein der Klinik. Geleitet werden die Kooperationen vom „Win-Win-Prinzip“, bei dem beide Partner profitieren.

Schlüsselpartner und Möglichkeiten strategischer Kooperationen werden gezielt identifiziert, gefördert und unter Ausnutzung von Synergien zur vertikalen wie auch horizontalen Integration der Wertschöpfungskette ausgebaut. Stellvertretend dafür seine genannt:

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der direkt an unser Klinikgelände angrenzenden Chirurgischen Klinik Dr. Rinecker, deren umfangreiches chirurgisches Leistungsspektrum eine hervorragende Ergänzung zu unserem fachinternistischen Schwerpunkt abgibt. Dadurch wird bei notwendigen operativen Eingriffen eine fachärztliche Versorgung auf höchstem Niveau zeitnah und unkompliziert gewährleistet. Ebenso sind durch die Verbindung zum Rinecker Proton Therapy Center zusätzliche moderne Therapieoptionen sowie eine erweiterte Diagnostik (PET und MRT) verfügbar.

Landesweite und langsam auch international wachsende Reputation hat sich auch die belegärztliche Zusammenarbeit mit interventionell-kardiologischen Schwerpunktpraxis von Prof. Dr. med. Silber, Dr. med. Mühling und Dr. med. Bödigher in Form einer Belegabteilung verschafft, die in unserer Klinik invasive Diagnostik und interventionelle Eingriffe durchführt. Hierzu zählen die Implantation von Gefäßstützen (bare metal stents bzw. drug eluting stents) sowie operative Eingriffe mit implantierbaren Herzschrittmachern und Defibrillatoren im Rahmen einer Brustschmerzereinheit (Chest-Pain-Unit). Durch diese Kooperation steht kardiologischen Patienten auch bei komplexeren Eingriffen eine ausreichende postinterventionelle Überwachung bis hin zur Intensivstation zur Verfügung. Durch die ständige Rufbereitschaft in der Chest-Pain-Unit können Herzinfarktpatienten mit dem kompletten

Spektrum eines modernen Herzkatheterlabors versorgt werden.

Seit 2009 besteht eine breit angelegte Zusammenarbeit zur interdisziplinären Versorgung herzchirurgischer Patienten in Kooperation unserer Kardiologie mit der Chirurgischen Klinik Dr. Rinecker und dem Herzzentrum München an der Isar. Als zentrale Neuerung ist hierbei herauszustellen, dass die wesentlichen Interventionsindikationen von den beteiligten Kardiologen und Herzchirurgen gemeinsam getroffen werden, wodurch sicher gestellt ist, dass der Patient die für ihn optimale Versorgung erhält. Darüber hinaus bestehen weiterhin die etablierten Kooperationen mit der Ludwig-Maximilian-Universität München (Herzchirurgie Großhadern), der Herzchirurgie am Augustinum sowie dem Deutschen Herzzentrum.

Seit 2006 besteht eine verstärkte Kooperation mit einem niedergelassenen Onkologen und Palliativmediziner (Dr. Walther). Über dessen Schwerpunktpraxis mit Tagesklinik in Verbindung mit der konsiliarischen Tätigkeit in der Klinik wird sowohl ambulant als auch stationär eine onkologische Patientenversorgung auf hohem medizinischen Niveau ermöglicht.

Seit 2008 haben wir in Kooperation mit einem Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie die Voraussetzungen für die Erbringung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung geschaffen, was eine Verbesserung der Versorgungsmöglichkeiten unserer zunehmend älter und multimorbider werdenden Patientenklientel bedeutet.

Eine umfassende Versorgung der Patienten wird ferner durch enge Kooperationen mit Fachärzten anderer Gebiete, so z.B. mit einer im gleichen Gebäude befindlichen allgemeinärztlichen Praxis (Dr. Kugler) oder auch mit einem ebenfalls vor Ort praktizierenden Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (J. Weyenmeyer) gewährleistet.

Auch im Bereich der Unterstützungsprozesse wurden erfolgreiche strategische Partnerschaften eingegangen und ausgebaut, z.B.

- Web-Portal für Laborparameter und online-Verfügbarkeit aller Laborparameter mit einem externen Labor.
- Im Bereich der Medikamentenbeschaffung mit einer auf Krankenhausbelange spezialisierten Apotheke, die eine schnelle und kostengünstige Versorgung mit allen benötigten Medikamenten sichergestellt und gleichzeitig die Lagerhaltungskosten reduziert.
- Mit einer Spezialfirma zur Reinigung von Krankenhauswäsche.
- Mit einer hochspezialisierten professionellen Institution für die physikalische Therapie im Rahmen der stationären Versorgung vor Ort (Klinik & More).
- Mit einer Reinigungs- und Gebäudemanagement-Firma mittels gemeinsamer Gesellschaft für Reinigungs- und Hauswirtschaftsdienste der Klinik.

Zur Ausbildung von Gesundheits- und Krankenpfleger(innen) arbeitet das Krankenhaus mit der Berufsfachschule für Krankenpflege Maria Regina der Barmherzigen Schwestern vom Heiligen Vinzenz von Paul zusammen. Fortwährend werden in unserem Haus auch Krankenpflegeschülerinnen aus dem 1. und 3. Ausbildungsjahr von drei als Praxisanleiterinnen ausgebildeten Krankenschwestern betreut.

D-4.3 Management der Finanzen

Eine solide Finanzlage ist eine wichtige Grundlage für den unternehmerischen Erfolg der Klinik. Im Bereich der Liquiditätssteuerung vergleicht die Geschäftsführung monatlich die Soll-Erlöse (gemeldet vom Medizincontrolling) mit den Ist-Erlösen und Kostständen (Finanzbuchhaltung) und steuert auf dieser Basis die kurzfristige Liquiditätssituation.

Soll-Ist-Abweichungen im Bereich der Ergebnisparameter werden zwischen Geschäftsführung, ärztlicher Leitung und Controlling analysiert, diskutiert und mit entsprechenden Korrekturmaßnahmen belegt.

Der verfügbare finanzielle Rahmen eines Wirtschaftsjahres wird in den jährlichen

Budgetplanungsgesprächen mit den Vertretern der Kostenträger (Krankenkassen) festgelegt. Im Vorfeld entwickelt die Klinikleitung zusammen mit dem Controlling einen vorläufigen Jahresplan als Verhandlungsbasis. Bei der Finanzplanung und der Budgetverhandlungen wird die Klinik von einem externen Partner unterstützt.

Der Jahresabschluss wird jährlich im Frühjahr erstellt und von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und testiert.

Die längerfristige Finanz- und Erlösplanung erfolgt im Abgleich zwischen den angestrebten strategischen Unternehmensentwicklungen und den realisierbar erscheinenden Investitionsrechnungen, z.B. für Investitionen in medizinische Großgeräte oder im Bereich baulicher Maßnahmen. Hierbei erfolgt eine sorgfältige Chancen- und Risikoabwägung der zur Diskussion stehenden Maßnahmen, die in die Festlegung einer Priorisierungsliste für Investitionen mündet.

D-4.4 Management von Gebäude, Einrichtungen und Material

Ein Team aus Geschäftsführung und Verwaltungsleitung befasst sich mit den Perspektiven der baulichen Erhaltung und Erweiterung der Klinik.

Im Bereich der technologischen Ausstattung der Klinik wird der Lebenszyklus der bestehenden Geräte überwacht, um rechtzeitig die Investitionsmittel für Erneuerungen oder im Zuge des technischen Fortschritts notwendige Erweiterungen zur Verfügung stellen zu können. Konkrete Veränderungen zur technologischen Ausstattung der Klinik ergaben sich z.B. in den folgenden Bereichen:

- Radiologie (Röntgen, CT): hier wird sukzessive auf Digitaltechnik, digitale Bildbearbeitung und digitale Bildspeicherung umgestellt, ein 64-Zeiler CT mit der Möglichkeit nicht-invasiver Kardiodiagnostik wurde 2008 in Betrieb genommen.
- Intensivmedizin: Hier wurde 2006 bis 2007 ein weit reichendes medizinisches Update geschaffen: Anschaffung neuester Geräte für Langzeitbeatmung, moderne Kreislaufunterstützungsmethoden (IABP) und die Möglichkeiten von Hämodialyse und Hämofiltration.
- Endoskopie: Es werden modernste Video-Gastro-/Koloskope und ein Argon-Plasma-Beamer der neuesten Generation eingesetzt.
- Sonographie: Es wurde modernste Technologie für Kontrastmittelsonographie, 3-D-Sonographie und transoesophageale Echokardiographie angeschafft.

Durch die Teilnahme an Einkaufsgemeinschaften gelingt eine kostengünstige Versorgung mit vielen medizinischen Verbrauchsmaterialien.

D-4.5 Management von Technologien und Informationssystemen

Die Klinikleitung der Internistischen Klinik Dr. Müller überwacht die Fülle der technischen Neuerungen im Technologie- und Datenbereich, um neue Technologien frühzeitig und effizient einsetzen zu können.

Im medizintechnischen Bereich erfolgt beispielsweise die schon voranstehend genannte Umstellung auf digitale Bildgebung.

Eine leistungsfähige EDV mit einem leistungsfähigen Patientenmanagementsystem wird zunehmend zur Grundvoraussetzung für eine effiziente und wirtschaftlich optimierte Patientenbehandlung. Mit dem Jahreswechsel 2006 auf 2007 wurde im Rahmen eines Großprojekts das gesamte Krankenhausinformationssystem ausgetauscht. Unsere EDV-Ausstattung erlaubt

- eine prozessorientierte Verfügbarkeit von Daten,
- einen schnellen Zugriff auf historische Patienten Daten,
- die schnelle Anforderung und Einsichtnahme von Labordaten über ein Web-Portal,
- die elektronische Verfügbarkeit von Arztbriefen und externen Dokumenten,

- multiple Auswertungen Kennzahlen und Leistungsstatistiken als Grundlage für das Controlling,
- eine regelmäßige Sicherung und Spiegelung unserer Daten vor Datenverlust.

D-4.6 Management von Wissen und Information

Das Management und ein zeitnahes zur Verfügung stellen von Information wird zunehmend zu einem strategischen Erfolgsfaktor von schnellem und effektivem medizinischen Fallmanagement. Hierfür werden laufend wesentliche und regelmäßig benötigte Behandlungsstandards identifiziert, aktualisiert und den Mitarbeitern auf EDV-technischem Wege zur Verfügung gestellt (z.B. die jeweils aktuellen Therapiestandards besonders häufiger oder auch besonders komplexer Erkrankungen).

Eine „state-of-the-art“ EDV-technische Ausstattung stellt die schnelle Verfügbarkeit von Daten aus dem Intranet (z.B. Therapiestandards, Prozessbeschreibungen) wie auch aus dem Internet (z.B. Fachgesellschafts-Richtlinien) sicher.

Im Bereich der medizinischen Forschung nehmen wir an einigen größeren multizentrischen Studien teil, deren Ergebnisse wiederum unsere Therapiestandards verbessern helfen.

D-5 Qualitätsmanagementprojekte

D-5.1 Prozessmanagement

Unsere Prozesse werden analysiert, gestaltet und gemanagt. Im Bereich der Prozessanalytik im medizinischen Qualitätsmanagement liegt die erste Herausforderung in der Flut der Prozesse. Optimistische Auffassungen vertreten die Ansicht, jede Fallpauschale (DRG) definiere einen Prozess; dies ist allerdings wahrscheinlich wesentlich zu niedrig angesetzt, findet man doch beim InEK häufig den Ansatz, die ausufernde Zahl von DRG's künstlich zu reduzieren, indem teilweise recht unterschiedliche Krankheitsbilder und Therapien in eine DRG zusammengefasst werden ("Kondensation" von DRGs). Abgemildert wird diese Problematik allerdings dadurch, dass letztendlich jedes medizinische Lehrbuch sowie die aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften den aktuellen Stand der medizinischen Prozesse eines Fachgebietes beschreiben.

Im ärztlichen Bereich der internistischen Klinik Dr. Müller finden sich daher drei unterschiedliche Formen der Prozessgestaltung und des Prozessmanagement:

- Die ca. 20 komplexesten und häufigsten Prozesse sind in Form von Dienstabweisungen oder Durchführungsanweisungen schriftlich fixiert und stehen den Ärzten und Pflegekräften der Klinik EDV-basiert ständig zur Verfügung (z.B. Vorbereitung und Überwachung der ERCP, Diagnostik und Therapie des Apoplex). Hierfür werden die aktuellen Therapiestandards in definierte Abläufe mit modularem Aufbau übersetzt.
- Die Änderungen der Behandlungsstandards und Leitlinien werden durch die ärztliche Leitung laufend verfolgt und finden so Eingang in die permanente Reevaluation der Prozesse und Behandlungspfade.

Für den Pflegebereich wurden unter der Führung der Pflegedienstleitung einheitliche Pflegestandards erarbeitet (basierend auf dem pflegetheoretischen Modell der Selbstpflegedefizit Theorie von Dorothea Orem).

Das Ausmaß der Standardisierung und Fixierung der Hilfs- und Unterstützungsprozesse variiert nach der Komplexität des Themas sowie der Anzahl der beteiligten Personen.

- Im Bereich der Reinigung, Desinfektion und Hygiene liegen an den gesetzlichen Bestimmungen ausgerichtete schriftlich hinterlegte Reinigungs-, Desinfektions- und Hygienestandards vor.
- Im Bereich des Erlösmanagement werden bei überschaubarer Anzahl der Mitarbeiter die Prozesse auf dem kleinen Dienstweg abgesprochen und fixiert (zwischen Medizincontrolling, Fakturierung und Buchführung). Informationstechnologische Unterstützung finden diese Prozesse durch ein EDV-basiertes Medizincontrolling-Informationssystem.
- Im Bereich von Apotheken- und Laboranforderungen gibt es zwischen Geschäftsführung und externen Anbietern abgestimmte EDV-basierte Anforderungs- und Reportingsysteme.

D-5.2 Prozessverbesserung

Die Leistungsprozesse werden bei Bedarf verbessert, wobei Innovationen genutzt werden, um unsere Patienten und Partner so weit wie möglich zufrieden zu stellen und die Wertschöpfung zu steigern.

Prozessveränderungen bzw. -verbesserungen können von mehreren externen oder internen Triggern angestoßen werden. Zu den typischen Anlässen für Prozessrevisionen gehören:

- Medizinischer Fortschritt: Die bestehenden Prozesse werden regelmäßig durch den jeweiligen Prozessverantwortlichen auf notwendige Adaptationen durch medizinische Neuerungen geprüft (z.B. Anpassung der Standards für Antikoagulation nach den neuesten Erfahrungen mit medikamentenfreisetzungsfähigen Koronarstents).

- Änderung gesetzlicher und gesetzesähnlicher Vorgaben: z.B. Hygienevorschriften, Abrechnungsvorschriften, Kodierrichtlinien.
- Änderung der technischen und EDV-technischen Ausstattung.
- Aufdecken von Ineffizienzen und Wirtschaftlichkeitsreserven im Rahmen des Controlling.
- Häufung von Fehlerquellen im Leistungsprozess: z.B. Behandlungskomplikationen.
- Beschwerden oder Anregungen Dritter: z.B. Anregung von Mitarbeitern oder Kritik von Patienten.
- Betriebliche Umgestaltungen (Teilbetriebsstillegungen, Betriebserweiterungen).

Bei anstehenden Prozessveränderungen werden die betroffenen Mitarbeiter im Vorfeld unterrichtet, so weit wie möglich in die Planung einbezogen und bei größerem Änderungsumfang (z.B. im Bereich der EDV-Systemumstellung) eingehend geschult.

Zu den größeren Änderungen in der Prozesslandschaft der Internistischen Klinik Dr. Müller im Jahr 2006 gehörte die Modifikation der Hilfsprozesse im Zusammenhang mit dem Outsourcing von Laborleistungen sowie der Umstellung der EDV auf ein neues Softwaresystem, 2007 die Erweiterung der technischen Ausstattung der Intensivstation sowie 2008 die Planung der baulichen Renovierung der Klinik.

D-5.3 Kundenorientierte Dienstleistung

Die Dienstleistungen der Internistischen Klinik Dr. Müller orientieren sich an den Bedürfnisse und Erwartungen unserer Kunden (Patienten).

Hauptanliegen unserer Patienten sowie der uns zuweisenden Ärzte bzw. Institutionen ist die gesundheitliche Versorgung auf modernstem medizinischem Niveau. Um dies sicherzustellen, werden die aktuellen Entwicklungen der medizinischen Standards laufend beobachtet und daraus resultierend die Behandlungspfade sowie die medizintechnische Ausstattung der Klinik laufend angepasst (z.B. Einführung der Kontrastmittel-Sonographie).

Über die medizinische Versorgung hinaus werden weitere Ansprüche an uns herangetragen oder durch Analyse des Feedbacks identifiziert. Seitens der Patienten besteht der Wunsch nach einem - trotz der Einschränkungen der Krankheit - möglichst angenehmen Aufenthalt. Dem wird seitens der Internistischen Klinik Dr. Müller Rechnung getragen beispielsweise mit einer qualitativ hochwertigen Essensversorgung in eigener Herstellung, mit einem großen Klinikgarten und Pavillon am Rande der Isarauen sowie mit freundlicher Behandlung durch unsere Mitarbeiter. Bei Versorgungsproblemen steht unser Sozialdienst schnell und kompetent zur Verfügung.

Seitens der zuweisenden und nachbehandelnden Ärzte besteht der Wunsch nach schneller und umfassender Information über die Behandlung. Diesbezüglich verlässt kein Patient unser Haus ohne einen Entlassungsbericht.

Unsere Dienstleistungen werden von uns aktiv gesteuert. Im Bereich unserer Hauptdienstleistung (Herstellung von Gesundheit) erfolgt dies in Form einer möglichst engen Abstimmung und Kooperation mit den mit- und weiterbehandelnden Kollegen.

Im Bereich der Patientenbetreuung steht auch die ausreichende psychomentele Betreuung im Vordergrund. Dies äußert sich in Pflegestandards, die darauf ausgerichtet sind, den Patienten in seiner Ganzheit zu betrachten. Bei tiefer greifenden Schwierigkeiten im Bereich der Lebens- und Krankheitsbewältigung steht auch ein im Hause tätiger Psychotherapeut konsiliarisch zur Verfügung.

D-5.4 Pflege unserer Kundenbeziehungen

Zu den zentralen Bausteinen der Pflege unserer Patientenbeziehungen gehört neben der rein medizinischen Behandlung auch eine möglichst verständlich gehaltene und umfassende Aufklärung unserer Patienten (und ggf. auch von deren Angehörigen) zur Krankheit, zu der geplanten und durchgeführten Therapie sowie zu Möglichkeiten und Notwendigkeiten weiterer Behandlung.

Darüber hinaus sehen wir einen zentralen Baustein der modernen, sektorenübergreifenden Patientenversorgung auch in einer optimierten und unkomplizierten Zusammenarbeit mit den vor- und weiterbehandelnden Kollegen. Hierfür wurden z.B. die schon voranstehend beschriebenen Kommunikationsstrukturen eingeführt, insbesondere stand hier das Bemühen um die Pflege telefonischer Erreichbarkeit für Rückfragen im Vordergrund (Einführung schnurloser Telefone, 2007 Einführung einer zentralen Hotline-Rufnummer für Hausärzte und weiterbehandelnde Kollegen).

Ein wesentlicher Teil der Patientenbetreuung besteht auch in der fortlaufenden Verbesserung unseres Entlassmanagement. Bei sich abzeichnenden Versorgungsproblemen wird frühzeitig unser Sozialdienst eingeschaltet, der mit unseren Patienten und deren Angehörigen die Möglichkeiten von ambulanten oder stationären Nachbetreuungsmöglichkeiten zu besprechen.

Ein weiterer Schwerpunkt in der Steuerung unserer Dienstleistungen liegt in der Bekanntmachung unseres Leistungsspektrums an Patienten, potenzielle Patienten, sowie ein- und zuweisende Ärzte. Als wesentlichen Baustein dieser Kommunikation haben wir eine interaktive Homepage, die die zentralen Informationen über unsere Klinik jederzeit verfügbar hält (<http://www.muellerklinik.de>). Ergänzend nutzen wir die Möglichkeiten der gezielten medialen Darstellung in Anzeigen, Flyern und Presseartikeln.

Zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Patientenversorgung sowie zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den Kostenträgern nehmen wir aktiv an Projekten zur integrierten Versorgung teil. Hierbei werden zwischen den verschiedenen Behandlungssektoren (ambulant, stationär, Reha, Nachsorge) und den teilnehmenden Kostenträgern Verträge mit verbindlicher Festschreibung von Verhandlungsstandards geschlossen. Beispielsweise bestehen mit einigen Kostenträgern und der Münchener Universitätsklinik Integrierte Versorgungsverträge zur gemeinsamen Betreuung herzchirurgischer Patienten. Auch besteht ein IV-Vertrag zur ambulanten bzw. stationären Versorgung von Tumorpatienten im Rahmen einer hochspezialisierten Bestrahlungstherapie (Rinecker-Protonenzentrum).

Darüber hinaus bieten wir regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Kollegen an, so dass auch hier ein Forum zur persönlichen Kontaktpflege gegeben ist. Das Feedback unserer Kunden wird wahrgenommen und in die Diskussion um Verbesserungsmöglichkeiten einbezogen. Wichtige Feedback-Quellen sind spontane Rückmeldungen von Patienten (Lobesschreiben, Beschwerdebriefe, mündliche Kommentare) sowie die Ergebnisse aus regelmäßig durchgeführten schriftlichen Patientenbefragungen. Die hieraus resultierenden Ergebnisse werden zwischen Pflegedienstleitung, ärztlicher Leitung und Geschäftsführung diskutiert und Handlungsbedarf identifiziert.

Ergebnisse der Qualitätsmanagement-Projekte

D-5.5 Ergebnisse bezüglich Patienten und zuweisenden Ärzten

Betrachtet man die Angebotssituation einer Großstadt (München), dann stehen den Patienten in den meisten Fällen mehrere Anbieter (Kliniken) zur Verfügung. Wir sehen angesichts dieser starken Konkurrenzsituation einen äußerst positiven Trend darin, dass viele Patienten sich immer wieder zur Behandlung in unsere Klinik begeben und dass die Zahl an Patientenzuweisungen langsam, aber stetig zunimmt. Dies ist zwar ein indirektes, aber (bei gegebenen Behandlungsalternativen) äußerst sensitives Instrument zur Beobachtung der Kundenzufriedenheit.

Im direkten Gespräch und in semiquantitativer Erfassung mit unseren Patienten bekommen wir häufig das Feedback, dass die Internistische Klinik Dr. Müller von Freunden und Bekannten empfohlen

wurde.

Die laufende Analyse unserer Zuweiser (Zuweiser-Benchmarking) ermöglicht zeitnah Veränderungen im Zuweiserverhalten zu ermitteln und mit entsprechenden Maßnahmen gegenzusteuern. Das Instrumentarium des Zuweisermarketing sichert uns langfristige Zuweiserbeziehungen und lässt die Klinik auch neue Zuweiser aufbauen. Überregionale Zuweisungen, besonders auch in unsere interventionelle Kardiologie, werten wir als Zeichen einer ganz hervorragenden Reputation dieses Leistungsspektrums.

D-5.6 Ergebnisse aus Mitarbeitersicht

Als wesentliches Kriterium für unsere Mitarbeiterzufriedenheit sehen wir (mit Ausnahme des Ausbildungssektors) die im Durchschnitt relativ lange Betriebszugehörigkeit unserer Mitarbeiter.

Im Bereich der Pflege stehen jährlich ca. 300 Fortbildungstage für die Mitarbeiter zur Verfügung, hiervon werden ca. 200 Tage genutzt. Im Bereich des ärztlichen Dienstes wurden 44 einstündige Mitarbeiterfortbildungen abgehalten, die meisten davon mit Fortbildungspunkten der bayerischen Landesärztekammer. Zusätzlich wurden im ärztlichen Dienst 28 Arbeitstage Sonderurlaub für Fortbildungen zur Verfügung gestellt.

Im Rahmen unserer Ausbildungstätigkeit erreichen die meisten Assistenzärzte ihr Ausbildungsziel im Rahmen ihrer internistischen Fort- und Weiterbildung in der seitens der bayerischen Landesärztekammer vorgesehenen Ausbildungszeit. Verlängerte Ausbildungszeiten sind selten und waren in den vergangenen Jahren auf individuelle Besonderheiten zurück zu führen.

D-5.7 Gesellschaftsbezogene Ergebnisse

In semiquantitativer Erfassung stellen wir fest, dass die Internistische Klinik Dr. Müller im Süden Münchens in der Bevölkerung allgemein bekannt ist und auch überregional zusehends den Bekanntheitsgrad steigern kann. Unser Haus ist als feste Größe in der gesundheitlichen Versorgungsstruktur des Großraumes München gesehen wird.

Die überregionalen Zuweisungen zu unserer kardiologischen Belegabteilung zeigen einen besonderen Ruf im Bereich der interventionell-kardiologischen Leistungen. Dank des großen Engagements des Chefarztes der Kardiologie als Vorsitzender des Bundesverbandes niedergelassener Kardiologen etabliert sich der Ruf der Klinik auch zusehends landes- und bundesweit und sogar International.

D-5.8 Schlüsselergebnisse

Im Bereich der wesentlichen Leistungsdaten weist der Trend der vergangenen Jahre in eine sehr positive Richtung:

Bei einem in den vergangenen Jahren stabilen Budget kann dennoch eine konstante Zunahme der Fallzahlen verzeichnet werden bei gleichzeitigem Sinken der durchschnittlichen Verweildauer (zwischen 2006 und 2008 sank die Verweildauer um ca. 2,4% bei gleichzeitiger Fallzahlzunahme um ca. 8%). Diese Fallzahlsteigerung spiegelt auch eine Steigerung der Mitarbeiterproduktivität wider (+8% mehr Fälle bei Zunahme der Pflégetage um nur ca. 1,6%). Im Bereich der Laboranforderungen konnte eine Steigerung der Kosteneffizienz durch spezifischere und zielgerichtete Anforderungen verzeichnet werden.

Zur Einhaltung der medizinischen Qualitätsstandards verweisen wir auf den vorgeschalteten Berichtteil zu den Ergebnissen der verpflichtenden Qualitätssicherung über die BQS.

Die Zunahme von Abrechnungsprüfungen durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) oder private Kostenträger ist ein allgemeines gesellschaftspolitisches Phänomen. Durch unsere verstärkten Bemühungen um eine unverfälschte und objektiv leistungsorientierte Kodierung konnte trotz Zunahme der MDK-Prüfungen um ca. 50% in 2008 die Zahl der daraufhin erforderlichen Rechnerkorrekturen gegenüber 2007 sogar leicht gesenkt werden.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

D-6.1 Bewertung des QM-Systems der internistischen Klinik Dr. Müller

Eine grundsätzlichen Bewertung des EFQM-Modells würde an dieser Stelle jeden Rahmen sprengen, wir verweisen diesbezüglich auf die zahlreichen Fachpublikationen.

Letzten Endes bezeichnet der Begriff „Qualität“ - völlig wertneutral - das Maß der Erreichung der gestellten Anforderungen und Ziele. „Qualitätsmanagement“ bezeichnet demnach die Summe der systematischen Maßnahmen, um ein möglichst hohes Maß Zielerreichung zu erlangen.

In diesem Sinne erfüllt unser an das EFQM-Modell angelehnte Qualitätssystem die beiden aus unserer Sicht wesentlichsten Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem:

- Sicherstellung der Qualität der Behandlungsergebnisse und Erreichung der Schlüsselergebnisse.
- Robustheit gegenüber den wechselnden und in manchen Aspekten nur schwer vorhersehbaren Änderungen der politischen Anforderungen an Qualitätssysteme und Qualitätsberichte.

Die Bewertung des Qualitätsmanagementsystems der Internistischen Klinik Dr. Müller leitet sich ab aus der Erreichung unserer Schlüsselergebnisse. Hierbei ist für die beiden wesentlichen Parameter hinsichtlich unserer Leistungsqualität festzuhalten, dass

- trotz der starken Konkurrenzsituation in München leichte, aber kontinuierliche Steigerungen unserer Fallzahlen zu verzeichnen sind, sowie dass
- trotz des zunehmenden Alters und der zunehmenden Multimorbidität unserer Patienten die durchschnittliche Verweildauer weiterhin sinkt.

Hieraus leiten wir selbstbewusst eine sehr positive Bewertung unseres Qualitätsmanagementsystems ab, die wir als sehr viel aussagekräftiger ansehen als alle denkbaren Zertifikate: Ein Qualitätsmanagementsystem dient primär und zentral der Erreichung der wesentlichen Ziele. Die genannten zentralen Ziele konnten in den vergangenen Jahren konstant erreicht werden und teilweise sogar übertroffen werden.

D-6.2 Schlussbemerkung: Zur Verpflichtung zur regelmäßigen Publizierung eines Qualitätsberichts

Grundsätzlich stehen wir der Publizitätspflicht unseres Qualitätsberichtes nach § 137 SGB V differenziert gegenüber: In historischer Sichtweise wurden Qualitätsmanagementsysteme zunächst als interne Management-Unterstützungssysteme entwickelt, nicht zum Zweck der Publikation. Eine Veröffentlichung dieser Daten ist methodisch problematisch, denn die Publizität bedeutet in vielen Punkten einen Systembruch, weil die Anforderungen an zu veröffentlichende Daten qualitativ teilweise erheblich anders ausfallen als Anforderungen an interne Daten. Insgesamt haben wir daher weiterhin Zweifel, dass die Verpflichtung zur Veröffentlichung eines jährlichen Qualitätsberichtes (ein neuerlicher Zuwachs an Bürokratie im Gesundheitssystem) tatsächlich den erhofften Zuwachs an Behandlungsqualität in Deutschland schaffen kann.