



# KTQ - Qualitätsbericht

zum KTQ-Katalog 5.0 für Krankenhäuser

**Krankenhaus:** Klinikum Garmisch-Partenkirchen

**Institutionskennzeichen:** 260911320

**Anschrift:** Auenstraße 6  
82467 Garmisch-Partenkirchen

**Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup> mit der Zertifikatnummer:** 2010-0095 K  
**durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle:** LGA InterCert GmbH

**Datum der Ausstellung:** 26.11.2010

**Gültigkeitsdauer:** 25.11.2013

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort der KTQ®	3 - 4
Einleitung	5 - 7
Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Klinikum Garmisch-Partenkirchen	8
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	9 - 13
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	14 - 16
3 Sicherheit im Krankenhaus	17 - 20
4 Informationswesen	21 - 23
5 Krankenhausführung	24 - 26
6 Qualitätsmanagement	27 - 29

## Vorwort der KTQ®

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

Gesellschafter der KTQ® sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Deutsche Pflegerat (DPR), der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e.V. (HB) und die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>. Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen, von Praktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement der Einrichtung beziehen.

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

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren® gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Mit dem KTQ-Qualitätsbericht werden umfangreiche, durch die Fremdbewertung validierte, Informationen über das betreffende Krankenhaus in standardisierter Form veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 72 Kriterien des KTQ-Kataloges 5.0.

---

<sup>1</sup> zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, IKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Die Knappschaft

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht.

Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das Klinikum Garmisch-Partenkirchen mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen - einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der  
Kranken- und  
Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

## Einleitung



Das Klinikum Garmisch-Partenkirchen, Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München, ist ein modern ausgebautenes Akutkrankenhaus mit überregionalem Versorgungsauftrag. Jährlich werden rd. 200.000 stationäre und rd. 30.000 ambulante Patienten versorgt. Die 17 medizinischen Fachabteilungen des Klinikums genießen einen hervorragenden medizinischen Ruf, der sich auf einzelnen Fachgebieten weit über die Landkreisgrenzen hinaus erstreckt.

Auf dem Gebiet des künstlichen Gelenkersatzes ist das Klinikum Garmisch-Partenkirchen besonders spezialisiert. Hierfür wurde eine eigene Spezialabteilung geschaffen, die unter dem Dach des Klinikums eingebettet als "endogap Klinik für Gelenkersatz im Klinikum Garmisch-Partenkirchen" firmiert. Mit mehr als 2.200 hüft- und kniegelenkersetzenden Operationen im Jahr und mehr als 40.000 Operationen in vier Jahrzehnten gehört "endogap" deutschlandweit zu den Top Five der endoprothetischen Spezialkliniken, in Bayern ist die Klinik führend.



Zum 1. Juli 2007 konnte zwischen dem Klinikum Garmisch-Partenkirchen und der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau eine tief greifende Kooperation realisiert werden. Seither betreibt das Klinikum an der Unfallklinik Murnau ein weiteres hochleistungsfähiges "Zentrum für Innere Medizin". Des Weiteren erfolgt die Mitversorgung der Unfallklinik mit internistischen Leistungen durch das Klinikum. Mit dem Kooperationsstart wurde auch die Abteilung für Unfallchirurgie und Sportorthopädie am Klinikum Garmisch-Partenkirchen neu strukturiert. Die Abteilung steht seither unter der Chefärztlichen Leitung der Unfallklinik Murnau. Die Abteilung profitiert von den hervorragenden medizinischen Einrichtungen der Unfallklinik Murnau. Durch den Transfer der bundesweit anerkannten Sachkompetenz wird die Qualität in der Versorgung von Unfallpatienten in Garmisch-Partenkirchen weiter verbessert. Mit diesem Projekt wurde modellhaft erstmals in Deutschland eine intensive Kooperation zwischen einer berufsgenossenschaftlichen Klinik und einem kommunalen Krankenhaus geschaffen.

Motivierte und leistungsfähige Mitarbeiter sind der Schlüssel für unseren Erfolg. Fort- und Weiterbildungen sind eine der Grundlagen für eine hohe Arbeitsqualität. Darüber hinaus bildet das Klinikum Garmisch-Partenkirchen seinen Pflegenachwuchs seit 1990 selbst aus.



Im Jahr 2004 erfolgte der organisatorische Zusammenschluss mit der Kinderkrankenpflegeschule der Rummelsberger Anstalten.

Jährlich beginnen 20 Schüler/-innen ihre Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger/-in und 10 Schüler/-innen zum Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in.

Unseren Patientinnen und Patienten bieten wir eine umfassende Dienstleistung in allen Fachgebieten auf höchstem medizinischem und pflegerischem Niveau. Dabei steht der Mensch in seiner Gesamtheit und Komplexität im Mittelpunkt. Das Vertrauen unserer Patientinnen und Patienten erarbeiten wir uns jeden Tag neu. Eine qualitätsgesicherte moderne Medizin und Pflege, in der das fachübergreifende, ganzheitliche Denken und Handeln im Vordergrund steht, wird von uns praktiziert.

Eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung ist seit jeher oberstes Selbstverständnis aller Mitarbeiter des Klinikums Garmisch-Partenkirchen. Um dieses zu unterstützen und zu fördern wurde 1998 durch die Geschäftsführung ein hausübergreifendes Qualitätsmanagement eingeführt. Seither werden mittels Patienten-, Einweiser- und Mitarbeiterbefragungen Schwachstellen systematisch erkannt und abgebaut.



In der Patientenbefragung wird seit 2009 ein neues Konzept verfolgt. Im Gegensatz zur bisher geübten Praxis, alle drei Jahre eine Vollerhebung mit einem umfangreichen Fragebogen durchzuführen, werden unsere Patienten zweimal im Jahr angeschrieben und um Beantwortung eines Kurzfragebogens gebeten. Auf diese Art und Weise können Änderungen in der Patientenzufriedenheit wesentlich schneller nachvollzogen werden. Sämtliche erarbeiteten Neuerungen und Festlegungen werden in einem Qualitätsmanagement-Handbuch, welches allen Mitarbeitern zur Verfügung steht, veröffentlicht.

Bereits im Jahr 2000 wurde festgelegt, dass sich das Klinikum auch einer externen Überprüfung des im Qualitätsmanagement Geleisteten unterzieht. Denn nur so kann für Patienten und Einweiser objektiv belegt werden, dass die kontinuierliche Verbesserung in allen Bereichen auch tatsächlich stattfindet. Für diese Zertifizierung wurde das 2002 neu eingeführte Klinik-Zertifikat KTQ<sup>®</sup> (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) gewählt. Es bietet durch seinen krankenhausspezifischen Ansatz die Gewähr, dass die tatsächlich relevanten Gegebenheiten überprüft werden.

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'W. Türk', with a stylized, cursive script.

Wolfgang Türk  
Geschäftsführer

# **Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Klinikum Garmisch-Partenkirchen**

# 1 Patientenorientierung im Krankenhaus

## 1.1 Vorfeld der stationären Versorgung und Aufnahme

*Die Organisation im Vorfeld der stationären Aufnahme erfolgt patientenorientiert.*

### 1.1.1 Die Vorbereitungen einer stationären Behandlung sind patientenorientiert

*Das Krankenhaus gewährleistet im Vorfeld der stationären Versorgung eine an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen orientierte Organisation und Gestaltung.*

Die stationäre Aufnahme wird mit dem Patienten in unseren Ambulanzen vorbereitet. Durch Broschüren, Informationsmaterial und auf unserer Homepage informieren wir über unsere Leistungen und die im Vorfeld der Aufnahme erforderlichen Vorbereitungen. Notfallpatienten werden zunächst in der Nothilfe primär versorgt und dann auf eine geeignete Station verlegt. Kein Patient wird abgewiesen. Das Haus ist sowohl mit öffentlichen Verkehrsmitteln als auch per PKW gut erreichbar. Es steht eine jederzeit ausreichende Zahl kostenfreier Parkplätze zur Verfügung.

### 1.1.2 Orientierung im Krankenhaus

*Innerhalb des Krankenhauses ist die Orientierung für Patienten und Besucher sichergestellt.*

Notfallpatienten werden durch die zweisprachige Außenbeschilderung direkt zur Nothilfe geführt. Die zentrale Information am Haupteingang ist rund um die Uhr mit besonders geschulten Mitarbeitern besetzt; darüber hinaus unterstützt ein ehrenamtlicher Lotsendienst Patienten und Besucher. Das im ganzen Haus installierte farbige Wegeleitsystem weist den Weg in die Fachabteilungen und auf die Stationen. Alle Zugänge sind behindertengerecht ausgestattet.

### 1.1.3 Patientenorientierung während der Aufnahme

*Die Aufnahme erfolgt koordiniert unter Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patienten nach Information, angemessener Betreuung und Ausstattung.*

Für die geplante stationäre Aufnahme werden gestaffelte Termine vergeben, sodass Wartezeiten vermieden werden können. Eine separate administrative Aufnahme stellt dabei zunächst die Information des Patienten über die verwaltungstechnischen Aspekte des Krankenhausaufenthaltes sicher. Anschließend erfolgt die medizinische und pflegerische Aufnahme nach festgelegten Standards in unserem Aufnahmecenter bzw. auf den Stationen. Notfallpatienten werden über die Nothilfe aufgenommen und von dort auf Station oder bei Bedarf direkt in den OP gebracht.

### 1.1.4 Ambulante Patientenversorgung

*Die ambulante Patientenversorgung z. B. im Rahmen der Notfallambulanz, der Medizinischen Versorgungszentren (Psych.: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungssambulanz oder der Ermächtigungssambulanz (Uni.: Spezialambulanzen) verläuft koordiniert unter Berücksichtigung der Patientenbedürfnisse.*

Alle Abteilungen bieten Ambulanzsprechstunden nach Terminvergabe an. Darüber hinaus sind in unserer Nothilfe rund um die Uhr Fachärzte aller Abteilungen zur Behandlung von Notfällen verfügbar. Der Notarztwagen am Ort wird mit Ärzten des Klinikums besetzt, was eine lückenlose Versorgung ermöglicht. Operationen und andere Behandlungen (z.B. Chemotherapie, Herzkatheteruntersuchung) werden soweit möglich ambulant angeboten und durchgeführt.

## 1.2 Ersteinschätzung und Planung der Behandlung

*Eine umfassende Befunderhebung jedes Patienten ermöglicht eine patientenorientierte Behandlungsplanung.*

### 1.2.1 Ersteinschätzung

*Für jeden Patienten wird ein körperlicher, seelischer und sozialer Status erhoben, der die Grundlage für die weitere Behandlung darstellt.*

Der Ablauf der Aufnahme mit ärztlicher und pflegerischer Anamnese sowie die zugehörigen Untersuchungen sind nach schriftlichen Leitlinien und so genannten Patientenpfaden geregelt. In allen Abteilungen ist dabei sichergestellt, dass ein Aufnahmearzt unmittelbar zur Verfügung steht. Dieser stellt den Patienten noch am Aufnahmetag einem Oberarzt bzw. Facharzt vor. Die Zufriedenheit der Patienten mit dem Aufnahmeverfahren wird regelmäßig durch Befragungen überprüft.

### 1.2.2 Nutzung von Vorbefunden

*Vorbefunde werden soweit wie möglich genutzt und zwischen dem betreuenden Personal ausgetauscht.*

Vorbefunde werden, soweit qualitativ ausreichend, immer genutzt um Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden. Bei geplanten Aufnahmen werden Patienten und Hausärzte in der Sprechstunde sowie im Arztbrief über erforderliche Vorbefunde informiert. Alle hausintern erhobenen Vorbefunde (frühere Entlassungsbriefe, OP-Berichte, usw.) stehen im elektronischen Archiv an allen Arbeitsplätzen zur Verfügung.

### 1.2.3 Festlegung des Behandlungsprozesses

*Für jeden Patienten wird der umfassende Behandlungsprozess unter Benennung der Behandlungsziele festgelegt.*

Die Behandlung wird durch den aufnehmenden Arzt sowie die zuständige Pflegekraft unmittelbar bei Aufnahme festgelegt und regelmäßig im Rahmen von Visiten und Besprechungen überprüft. In allen Abteilungen existieren hausinterne schriftliche Standards und Behandlungspfade für verschiedenste Erkrankungen, welche sich an bundesweit gültigen Leitlinien orientieren. Über die Notwendigkeit und Dringlichkeit von wichtigen therapeutischen Maßnahmen und Operationen entscheidet immer ein Facharzt.

### 1.2.4 Integration der Patienten in die Behandlungsplanung

*Die Festlegung des Behandlungsablaufes erfolgt unter Einbeziehung des Patienten.*

Im Leitbild des Klinikums wird dem Selbstbestimmungsrecht und der Individualität eines jeden Patienten ein sehr hoher Stellenwert beigemessen. Daher werden Patienten und auch Angehörige bereits vor der Aufnahme in den Ambulanzen in die Behandlungsplanung einbezogen. Visiten erfolgen nach Standards, welche die Beteiligung der Patienten in allen Abteilungen ausdrücklich vorsehen.

### **1.3 Durchführung der Patientenversorgung**

*Die Behandlung und Pflege jedes Patienten erfolgt in koordinierter Weise gemäß multiprofessioneller Standards, um bestmögliche Behandlungsergebnisse zu erzielen.*

#### **1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung**

*Die Behandlung und Pflege jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.*

Durch umfangreiche Pflege- und Therapie-Standards, die Anwendung der Leitlinien der Fachgesellschaften und die Verfügbarkeit von Fachärzten in allen Abteilungen und rund um die Uhr wird eine umfassende und hochwertige Behandlung sichergestellt. Für die Behandlung von Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen steht ein Schmerzdienst zur Verfügung. Die medikamentöse Behandlung wird durch eine hauseigene Apotheke mit drei ausgebildeten Apothekern unterstützt. Die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln erfolgt in enger Kooperation mit einem Sanitätshaus am Ort.

#### **1.3.2 Anwendung von Leitlinien**

*Der Patientenversorgung werden Leitlinien mit, wo möglich, Evidenzbezug zugrunde gelegt.*

Die im Haus verfügbaren Standards, Leitlinien und Patientenpfade werden zusammengefasst im Intranet des Klinikums dargestellt werden regelmäßig auf Aktualität überprüft. Die Inhalte von Patientenpfaden können über ein eigens hierfür entwickeltes EDV-System direkt für die Behandlungsplanung übernommen werden, wodurch Übermittlungsfehler vermieden werden.

#### **1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung**

*Der Patient wird in alle durchzuführenden Behandlungsschritte und Maßnahmen der Versorgung einbezogen und seine Umgebung ist patientenorientiert gestaltet.*

Alle Untersuchungen und Behandlungen werden dem Patienten rechtzeitig erläutert und erst nach seiner Zustimmung durchgeführt. Patientenorientierung bedeutet dabei für uns auch, dass eine angenehme Umgebung im Vordergrund steht. Die Besuchs- und Weckzeiten werden daher, wo immer möglich, an den Bedürfnissen der Patienten orientiert. Die Bettplätze verfügen über Telefon, Fernsehen und Rundfunk sowie Internetanschluss. Weitere Angebote: Kiosk mit Bistro, Aufenthaltsräume, Wasserspender, Seelsorge, eigene Kapelle, Schulungen und Beratung für Patienten.

#### **1.3.4 Patientenorientierung während der Behandlung: Ernährung**

*Bei der Verpflegung werden die Erfordernisse, Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt.*

Sofern keine spezielle Diät erforderlich ist, kann jeder Patient unter mindestens drei Menüs sowie einer Vielzahl weiterer Beilagen auswählen. Die Patienten werden dabei durch Service-Assistenten unterstützt. Kulturelle und religiöse Aspekte (ohne Schweinefleisch, vegetarisch, etc.) werden ebenso wie besondere Kostformen bei Nahrungsmittelunverträglichkeiten berücksichtigt. Durch das EDV-gestützte Menübestellsystem können Änderungswünsche auch kurzfristig berücksichtigt werden. Für Patientinnen in der Geburtshilfe steht ein Frühstücksbuffet zur Verfügung.

### **1.3.5 Koordination der Behandlung**

*Die Durchführung der Behandlung erfolgt koordiniert.*

Für eine Vielzahl von medizinischen Maßnahmen und Untersuchungen wurden Standards erstellt, welche eine geregelte und effektive Diagnostik ermöglichen. Die Reihenfolge und die Dringlichkeit der Untersuchungen werden in der Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärzten und den Pflegekräften festgelegt und in den Tagesablauf des Patienten integriert. Für den Transport der Patienten zu den Untersuchungen und zurück steht ein geschulter Transportdienst sowie qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung.

### **1.3.6 Koordination der Behandlung: OP-Koordination**

*Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.*

Die Planung des gesamten OP-Programms erfolgt EDV-gestützt am Vortag und unter Abstimmung zwischen allen operativen Abteilungen und dem OP-Koordinator (Anästhesie). Dringende Operationen und Notfälle können jederzeit eingeschoben werden. Alle Mitarbeiter im OP sind sich ihrer hohen Verantwortung gegenüber dem Patienten bewusst und stellen gemeinsam sicher, dass die geplanten OP-Termine praktisch immer eingehalten werden können.

### **1.3.7 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung**

*Die Behandlung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.*

Die verschiedenen Berufsgruppen des Klinikums Garmisch-Partenkirchen kooperieren in der Behandlung der Patienten sehr eng. Hierzu finden täglich, also auch an Sonn- und Feiertagen, berufsgruppenübergreifende Besprechungen und Visiten zur Koordination der weiteren Behandlung statt. Neben Ärzten und Pflegekräften sind hierzu die Krankengymnasten, der Sozialdienst, die Hebammen und die Hygienekraft beteiligt. Die Ärzte einer anderen Fachabteilung können jederzeit bei Erfordernis mit einbezogen werden.

### **1.3.8 Kooperation mit allen Beteiligten der Patientenversorgung: Visite**

*Die Visitierung des Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten der Patientenversorgung.*

Auf den Allgemeinstationen findet täglich mindestens eine, auf den Intensivstationen mindestens zwei Visiten statt. Darüber hinaus erfolgen in allen Abteilungen mindestens einmal pro Woche eine Oberarztvisite und eine Chefarztvisite. Die Visitenzeiten sind in den einzelnen Abteilungen festgelegt und den Patienten bekannt. Zentrale Inhalte der Visiten sind dabei immer der Patient und seine Anliegen.

## **1.4 Übergang des Patienten in andere Versorgungsbereiche**

*Die kontinuierliche Weiterversorgung des Patienten in anderen Versorgungsbereichen erfolgt professionell und koordiniert gesteuert unter Integration des Patienten.*

### **1.4.1 Entlassung und Verlegung**

*Der Übergang in andere Versorgungsbereiche erfolgt strukturiert und systematisch unter Integration und Information des Patienten und ggf. seiner Angehörigen.*

Der Entlassungstermin wird regelmäßig spätestens am Vortag der Entlassung während der Visite festgelegt. Voraussetzung hierfür ist in jedem Fall, dass die Entlassungskriterien erfüllt sind und die Weiterversorgung geregelt ist. Wo erforderlich wird hierfür der klinikeigene Sozialdienst frühzeitig eingeschaltet. Der zuständige Arzt und bei Bedarf auch die Pflegekraft führen ein Entlassungsgespräch. Soweit erforderlich werden Hilfsmittel und spezielle Medikamente rechtzeitig bestellt.

### **1.4.2 Bereitstellung kompletter Informationen zum Zeitpunkt des Überganges des Patienten in einen anderen Versorgungsbereich**

*Das Krankenhaus sichert eine lückenlose Information für die Weiterbehandlung oder Nachsorge des Patienten.*

In der überwiegenden Zahl der Fälle kann dem Patienten bei Entlassung bereits ein vollständiger und endgültiger Arztbrief und ggf. ein Pflegeverlegungsbericht mitgegeben werden. Wo dies nicht möglich ist, wird ein vorläufiger Entlassungsbrief mit den wichtigsten Informationen erstellt. Zusätzlich werden die weiterbetreuenden Personen, wie Hausarzt, ambulanter Pflegedienst, Nachsorgeklinik, usw. bei Bedarf telefonisch über Besonderheiten informiert.

### **1.4.3 Sicherstellung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung**

*Vom Krankenhaus wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung des Patienten durch Kooperation mit den weiterbetreuenden Einrichtungen bzw. Personen sichergestellt.*

Hausärzte, Pflegeeinrichtungen und nachsorgende Kliniken werden so früh als möglich über den Entlassungstermin und Besonderheiten informiert, sodass eine kontinuierliche Weiterversorgung gewährleistet ist. Daneben pflegen die Ärzte aller Abteilungen einen engen persönlichen und telefonischen Kontakt mit den niedergelassenen Ärzten, welcher durch Qualitätszirkel und gemeinsame Fortbildungen unterstützt wird. Der klinische Sozialdienst des Hauses steht ebenso in direktem und telefonischem Kontakt mit weiterbetreuenden Einrichtungen und den Angehörigen.

## 2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung

### 2.1 Planung des Personals

*Durch die Personalplanung ist die kontinuierliche Bereitstellung einer angemessenen Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern gesichert.*

#### 2.1.1 Planung des Personalbedarfes

*Die Planung des Personalbedarfes umfasst die Bereitstellung einer angemessenen Zahl an entsprechend qualifizierten Mitarbeitern.*

Die Planung des Personalbedarfs erfolgt in der Regel jährlich auf der Basis von Leistungskennzahlen und anerkannten Anhaltszahlen. Bei aktuellen strukturellen Veränderungen kann die Anpassung auch unterjährig erfolgen. Fluktuationsraten und Krankenstand werden regelmäßig ermittelt und auf ihre Ursachen hin überprüft. Ebenso werden nach Kündigungen regelmäßig anlassbezogene Mitarbeitergespräche geführt. Durch die Bereitstellung vergünstigter Personalwohnungen und das Angebot an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wurden Anreize für die Mitarbeiter geschaffen.

### 2.2 Personalentwicklung

*Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.*

#### 2.2.1 Systematische Personalentwicklung

*Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.*

Die Personalentwicklung wird als ein strategischer Erfolgsfaktor betrachtet. Das Ziel ist, die Patientenversorgung auf dem jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft zu halten. Wesentliche Elemente der Personalentwicklung sind regelmäßige Mitarbeitergespräche mit Zielvereinbarungen sowie die Planung der Fort- und Weiterbildung in den verschiedenen Abteilungen und Bereichen.

#### 2.2.2 Festlegung der Qualifikation

*Das Krankenhaus stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe (Verantwortlichkeiten) entsprechen.*

Für eine Vielzahl von Bereichen im Klinikum wurden detaillierte Funktionsbeschreibungen erstellt, in denen Qualifikation, Tätigkeiten und spezifische Anforderungen der jeweiligen Stelle festgelegt sind. Bei Neueinstellungen wird neben der fachlichen Qualifikation auch auf die soziale Kompetenz und (bei Führungskräften) die Qualifikation im Management geachtet. Da diese Anforderungen ständig steigen, werden den Mitarbeitern auch Fort- und Weiterbildungen hierzu angeboten.

### **2.2.3 Fort- und Weiterbildung**

*Das Krankenhaus sorgt für eine systematische Fort- und Weiterbildung, die sowohl an den Bedürfnissen der Mitarbeiter als auch des Krankenhauses ausgerichtet ist.*

Das Leitbild unseres Hauses betont, dass der sich kontinuierlich weiterbildende Mitarbeiter das wichtigste Kapital des Klinikums darstellt. Dem entsprechend hat die interne und externe Fortbildung aller Berufsgruppen eine sehr hohe Priorität. Das innerbetriebliche Fortbildungsprogramm umfasst mehr als 200 Veranstaltungen pro Jahr und ist für alle Mitarbeiter offen. Es wird durch Rückmeldungen und Vorschläge der Mitarbeiter kontinuierlich verbessert. Ebenso werden extern angebotene Fortbildungsmaßnahmen systematisch genutzt.

### **2.2.4 Finanzierung der Fort- und Weiterbildung**

*Die Finanzierung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen ist mitarbeiterorientiert geregelt.*

Für die Finanzierung von Fort- und Weiterbildung aller Berufsgruppen steht ein ausgewiesenes Budget zur Verfügung. Die Teilnahme an innerbetrieblichen Fortbildungen ist für die Mitarbeiter grundsätzlich kostenfrei und wird auf die üblichen Arbeitszeiten angerechnet. Für externe Fortbildungen können Mitarbeiter auch über den Rahmen der tarifvertraglichen Bestimmungen hinaus freigestellt werden.

### **2.2.5 Verfügbarkeit von Fort- und Weiterbildungsmedien**

*Für Mitarbeiter sind angemessene Fort- und Weiterbildungsmedien zeitlich uneingeschränkt verfügbar.*

Das Klinikum unterhält mehrere mit allen erforderlichen Medien (PC, Beamer, Anschluss für Laptop, Video, usw.) ausgestattete Räume zur Fort- und Weiterbildung. Aktuelle Fachliteratur liegt in den einzelnen Abteilungen auf. Daneben verfügen alle Arzt- und Pflegearbeitsplätze über einen Zugang zum Internet mit eigens geschalteter Möglichkeit, verschiedenste Fachliteratur und Literaturdatenbanken einzusehen.

### **2.2.6 Sicherstellung des Lernerfolges in angegliederten Ausbildungsstätten**

*Angegliederte Ausbildungsstätten leisten eine Theorie-Praxis-Vernetzung und bereiten Mitarbeiter angemessen auf ihre Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung vor.*

Dem Klinikum ist eine Berufsfachschule für Kranken- und Gesundheitspflege sowie eine Fachweiterbildungsstätte für Anästhesie und Intensivmedizin angegliedert. Beide haben ein weit über den Landkreis hinaus gehendes Einzugsgebiet. Die praktische Anleitung der Schüler erfolgt jeweils durch die Lehrer der Schule sowie durch ausgebildete Mentoren. Durch einen systematischen Informationsaustausch zwischen Schule und Klinikum ist die theoretische und praktische Ausbildung völlig vernetzt.

## **2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern**

*Mitarbeiterinteressen werden angemessen bei der Führung des Krankenhauses berücksichtigt.*

### **2.3.1 Praktizierung eines mitarbeiterorientierten Führungsstiles**

*Im Krankenhaus wird ein festgelegter und einheitlicher Führungsstil praktiziert, der die Bedürfnisse der Mitarbeiter berücksichtigt.*

In allen Bereichen des Hauses wird ein kooperativer, mitarbeiterorientierter Führungsstil angestrebt. Das Wissen und die Kreativität der Mitarbeiter soll so genutzt, ihr Engagement erhöht werden. Hierzu finden auf allen Ebenen regelmäßige Teambesprechungen ebenso wie Führungskräftebesprechungen statt. Qualifizierte Mitarbeiter werden in allen Bereichen in die Projektarbeit eingebunden. Haben Mitarbeiter Fortbildungen besucht, muss das erworbene Wissen intern weitergegeben werden.

### **2.3.2 Einhaltung geplanter Arbeitszeiten**

*Tatsächliche Arbeitszeiten werden systematisch ermittelt und entsprechen weitgehend geplanten Arbeitszeiten.*

In unserem Haus werden unterschiedliche Arbeitszeitmodelle angewandt, welche nach betrieblichen Bedürfnissen wie auch nach den Wünschen der Mitarbeiter - Teams erstellt wurden. In allen Berufsgruppen werden die Arbeitszeiten geplant bzw. erfasst. Die Regelungen des Arbeitszeitgesetzes sowie des TVöD werden dabei berücksichtigt. Für die Ärzte aller Abteilungen wird nach Bereitschaftsdiensten im Haus regelmäßig Freizeitausgleich am folgenden Tag gewährt.

### **2.3.3 Einarbeitung von Mitarbeitern**

*Jeder neue Mitarbeiter wird systematisch auf seine Tätigkeit vorbereitet.*

In den Abteilungen und Bereichen existieren schriftliche Konzepte zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Sie sehen in der Regel eine feste Bezugsperson in der Einarbeitungsphase (Mentor) sowie festgelegte Inhalte für die Einarbeitungszeit vor. Mit Checklisten und Zwischengesprächen kann der neue Mitarbeiter auch selbst den Stand seiner Einarbeitung überprüfen.

### **2.3.4 Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden**

*Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zum Umgang mit Mitarbeiterideen, Mitarbeiterwünschen und Mitarbeiterbeschwerden.*

Mitarbeiterideen und Wünsche werden nicht nur aufgenommen sondern sind im Klinikum ausdrücklich erwünscht. Hierzu dient ein Betriebliches Vorschlagswesen, welches alle Verbesserungsvorschläge nach festgelegten Richtlinien überprüft und bewertet. Dabei werden nicht nur wirtschaftlich günstige Verbesserungsvorschläge sondern ebenso Ideen für Verbesserungen im Sinne der Patienten und Mitarbeitern berücksichtigt. Ebenso werden Mitarbeiterbeschwerden systematisch bearbeitet und nach Lösungen für deren Ursachen gesucht.

## 3 Sicherheit im Krankenhaus

### 3.1 Gewährleistung einer sicheren Umgebung

*Das Krankenhaus gewährleistet eine sichere Umgebung für die Patientenversorgung.*

#### 3.1.1 Verfahren zum Arbeitsschutz

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum Arbeitsschutz angewandt, das insbesondere Sicherheitsaspekte am Arbeitsplatz, bei Mitarbeitern, im Umgang mit Gefahrstoffen und zum Strahlenschutz berücksichtigt.*

Dem Arbeitsschutz wird ein sehr hoher Stellenwert beigemessen. Neben dem Betriebsärztlichen Dienst verfügt das Klinikum über eigens hierfür Beauftragte (Hygienebeauftragter, Sicherheitsingenieur, Brandschutzbeauftragter, Strahlenschutzbeauftragter). Sie überprüfen die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften und führen regelmäßige Schulungen und Begehungen durch.

#### 3.1.2 Verfahren zum Brandschutz

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung des Brandschutzes angewandt.*

Neben den für den Brandschutz erforderlichen Gerätschaften wie Feuerlöschern und Rettungsdecken verfügt das Klinikum über umfassende und aktuelle Rettungs- und Fluchtwegepläne. Die Einhaltung der baulichen Brandschutzvorschriften wird regelmäßig überprüft. Es finden regelmäßige Brandschutzübungen unter realistischen Bedingungen zusammen mit der örtlichen Feuerwehr und den Rettungsdiensten statt.

#### 3.1.3 Verfahren zur Regelung von hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zur Regelung bei hausinternen nichtmedizinischen Notfallsituationen und zum Katastrophenschutz angewandt.*

Der Alarm- und Einsatzplan des Klinikums ist Bestandteil des Katastrophenschutzplans des Landkreises. Er kommt bei einem Brand, Umweltkatastrophen und anderen großen Schadensereignissen zum Einsatz und regelt die Verantwortlichkeiten aller Beteiligten. Für mögliche Stromausfälle ist das Klinikum mit einem vierwöchentlich überprüften Notstromaggregat sowie einer unterbrechungsfreien Stromversorgung für empfindliche technische Geräte ausgestattet.

#### 3.1.4 Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement

*Im Krankenhaus wird ein Verfahren zum medizinischen Notfallmanagement angewandt.*

Im Klinikum Garmisch-Partenkirchen ist ein Wiederbelebungsteam, bestehend aus zwei Ärzten und einer Pflegekraft über eine zentrale Notrufnummer rund um die Uhr erreichbar. Alle Mitglieder dieses Teams werden regelmäßig und gemeinsam geschult. Für die bis zum Eintreffen des Wiederbelebungsteams erforderlichen Sofortmaßnahmen verfügen alle Stationen über die erforderlichen Materialien und Gerätschaften.

### **3.1.5 Gewährleistung der Patientensicherheit**

*Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt.*

Die Sicherheit unserer Patienten wird durch diverse bauliche und organisatorische Maßnahmen gewährleistet. Die Kinderstationen verfügen ausnahmslos über kindersichere Einrichtung. Das Säuglingszimmer ist speziell gesichert. Stürze von Patienten (auch ohne Verletzung) werden registriert und ausgewertet. Patienten, die sich selbst gefährden, können in der unmittelbar benachbarten psychiatrischen Bezirksklinik behandelt werden.

## **3.2 Hygiene**

*Im Krankenhaus wird ein systematisches, krankenhausesweit umgesetztes Verfahren zur effektiven Prävention und Kontrolle von Infektionen eingesetzt.*

### **3.2.1 Organisation der Hygiene**

*Für die Belange der Hygiene ist sowohl die personelle Verantwortung als auch das Verfahren der Umsetzung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen krankenhausesweit geregelt.*

Die Dienstordnung des Klinikums weist die Verantwortung für die Hygiene dem Ärztlichen Direktor zu. Für die Umsetzung stehen eine Hygienekommission, der hygienebeauftragte Arzt sowie eine externe Hygienefachkraft zur Verfügung. Sie erstellen Hygienerichtlinien für das gesamte Haus, welche für alle Mitarbeiter bindend im Intranet veröffentlicht werden und überprüfen deren Einhaltung.

### **3.2.2 Erfassung und Nutzung hygienerrelevanter Daten**

*Für die Analyse hygienerrelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerrelevante Daten erfasst.*

Hygienerrelevante Daten werden systematisch erfasst, sodass bei Abweichungen von der Norm sofort erforderliche Maßnahmen getroffen werden können. Die operative Intensivstation des Klinikums nimmt freiwillig an Erfassung und Auswertung von im Krankenhaus erworbenen Infektionen teil. Alle meldepflichtigen Infektionskrankheiten werden an das Gesundheitsamt gemeldet.

### **3.2.3 Planung und Durchführung hygienesichernder Maßnahmen**

*Hygienesichernde Maßnahmen werden umfassend geplant und systematisch durchgeführt.*

Die Hygienekommission steuert alle hygienesichernden Maßnahmen. Es existieren Hygienepläne für alle wichtigen Bereiche des Krankenhauses sowie Handlungsanweisungen für die häufigsten Infektionsarten. Die Hygienefachkraft führt regelmäßige Begehungen von Stationen und Funktionsbereichen mit anschließender Rückmeldung an die Verantwortlichen durch. Regelmäßige Schulungen und Beratungen unterstützen die Umsetzung der Hygienevorschriften.

### **3.2.4 Einhaltung von Hygienerichtlinien**

*Hygienerichtlinien werden krankenhaushausweit eingehalten.*

Die Hygienerichtlinien des Klinikums sind praxisnah und an den Vorgaben des Robert-Koch-Instituts orientiert. Die Hygienebeauftragte berichtet regelmäßig der Hygienekommission und der Chefarztkonferenz über die Ergebnisse von Begehungen, Hygienevisiten, Umgebungsuntersuchungen sowie über Abweichungen von den Hygienerichtlinien. Bei festgestellten Mängeln können so geeignete Maßnahmen ergriffen werden.

## **3.3 Bereitstellung von Materialien**

*Vom Krankenhaus werden die für die Patientenversorgung benötigten Materialien auch unter Beachtung ökologischer Aspekte bereitgestellt.*

### **3.3.1 Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten**

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Bereitstellung von Arzneimitteln, Blut und Blutprodukten sowie Medizinprodukten.*

Das Klinikum verfügt über eine eigene Apotheke mit drei ausgebildeten Apothekern sowie über ein Blutdepot unter der Leitung des Chefarztes der Abteilung für Anästhesie und operative Intensivmedizin. In beiden Bereichen ist durch einen Bereitschaftsdienst die Rund-um-die-Uhr-Versorgung mit Blut- und Arzneimitteln auch in Not- und Katastrophenfällen gesichert. Die Verantwortlichkeiten und Verfahrensweisen in der Versorgung mit Blut, Arzneimitteln und allen anderen Medizinprodukten sind detailliert im QM-Handbuch geregelt und dadurch jedem Mitarbeiter zugänglich.

### **3.3.2 Anwendung von Arzneimitteln**

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Arzneimitteln.*

Die Anwendung von Arzneimitteln wird ausschließlich von Ärzten angeordnet. Sie werden dabei durch vielfältige Informationen, welche im Intranet des Hauses hinterlegt sind sowie durch die Apotheker des Hauses unterstützt. Ein EDV-gestütztes Bestellsystem sichert die Bevorratung auf den Stationen. Nicht in der Apotheke verfügbare Medikamente können bei Bedarf innerhalb weniger Stunden im Handel bezogen werden. Auf Grund ihrer Leistungsfähigkeit versorgt die Apotheke des Klinikums mehrere umliegende Krankenhäuser.

### **3.3.3 Anwendung von Blut- und Blutprodukten**

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Blut und Blutprodukten.*

Im Klinikum Garmisch-Partenkirchen werden neben Fremdbluttransfusionen alle relevanten fremdblutsparenden Maßnahmen wie Eigenblutspende, Plasmapherese und maschinelle Auto-transfusion (Aufbereitung des während einer Operation verloren gegangenen Blutes) durchgeführt. Die Planung dieser Maßnahmen erfolgt gemeinsam mit dem Patienten bereits im Vorfeld einer Operation. Um den Patienten optimale Sicherheit zu bieten, bestehen ausführliche Dienstanweisungen zum Umgang mit Blut und Blutprodukten sowie zum Einsatz dieser Verfahren.

### **3.3.4 Anwendung von Medizinprodukten**

*Im Krankenhaus existiert ein geregeltes Verfahren zur Anwendung von Medizinprodukten.*

Technische Geräte dürfen nur von eingewiesenen Mitarbeitern benutzt werden. Um dies sicherzustellen führen die Gerätebeauftragten regelmäßige Einweisungen der Mitarbeiter durch. Für alle Medizingeräte wird ein Gerätebuch geführt, in dem Fehler, Wartungen und Kontrolluntersuchungen dokumentiert sind. Ein Bestandsverzeichnis gibt Auskunft über die vorhandenen Geräte. Alle wesentlichen Aspekte in der Anwendung von Medizinprodukten sind in einer Dienstanweisung geregelt.

### **3.3.5 Regelung des Umweltschutzes**

*Im Krankenhaus existieren umfassende Regelungen zum Umweltschutz.*

Der Umweltschutz hat im Klinikum schon seit langem eine hohe Priorität. Alle anfallenden Wertstoffe und Abfälle werden getrennt und umweltschonend recycelt oder entsorgt. Details hierzu regeln die Richtlinien zur Abfallentsorgung, welche von einer eigenen Arbeitsgruppe erstellt wurden. Zur Energieversorgung verfügen wir über ein umweltfreundliches Blockheizkraftwerk. Als Lichtquellen werden wo immer möglich Energiesparlampen eingesetzt. Auch bei der Beschaffung neuer Produkte wird auf ökologische Gesichtspunkte geachtet.

## 4 Informationswesen

### 4.1 Umgang mit Patientendaten

*Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die Erfassung, Dokumentation und Verfügbarkeit von Patientendaten sicherstellt.*

#### 4.1.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

*Eine hausinterne Regelung zur Führung und Dokumentation von Patientendaten liegt vor und findet Berücksichtigung.*

Das Dokumentationssystem ist je Haus einheitlich. Wesentliche Teile der Patientendokumentation wurden bereits von Papier auf eine papierlose Dokumentation in der so genannten elektronischen Patientenakte umgestellt. Die Mitarbeiter werden in der Anwendung der Dokumentationssysteme geschult. Informationen aus vorangegangenen Aufenthalten werden in ein digitales Archiv überführt und stehen so allen Berechtigten an allen Arbeitsplätzen zur Verfügung.

#### 4.1.2 Dokumentation von Patientendaten

*Vom Krankenhaus wird eine vollständige, verständliche, korrekte, nachvollziehbare und zeitnahe Dokumentation von Patientendaten gewährleistet.*

Alle ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten, insbesondere Anamnese, Diagnosen und Therapie, angeordnete Maßnahmen und besondere Beobachtungen werden zeitnah in der Patientenakte oder im Krankenhausinformationssystem dokumentiert. Soweit die Informationen noch papiergebunden sind gilt das Prinzip, dass sich die Dokumentation immer in der Nähe des Patienten befinden muss. So ist der aktuelle Stand der Behandlung jederzeit nachvollziehbar.

#### 4.1.3 Verfügbarkeit von Patientendaten

*Im Krankenhaus existiert ein Verfahren, um den zeitlich uneingeschränkten Zugriff auf die Patientendokumentation zu gewährleisten.*

Ein großer Teil der Patientendokumentation (u. a. Arztbriefe, OP-Berichte, Labor- und Röntgenbefunde, Dialyse und Anästhesiedokumentation) einschließlich medizinischer Bilder wird in elektronischer Form abgespeichert und ist dadurch zeitlich uneingeschränkt von verschiedenen Arbeitsplätzen aus zugänglich. Die verbleibende Patientenakte in Papierform wird nach Entlassung eines Patienten ebenfalls digitalisiert. Durch ein Berechtigungskonzept ist sichergestellt, dass die Informationen nur für berechtigte Personen verfügbar sind.

## 4.2 Informationsweiterleitung

*Im Krankenhaus existiert ein abgestimmtes Verfahren, das die adäquate Weiterleitung von Informationen gewährleistet.*

### 4.2.1 Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Bereichen

*Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Informationsweitergabe innerhalb und zwischen verschiedenen Krankenhausbereichen.*

Es finden regelmäßige abteilungsinterne wie auch interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Besprechungen, Übergaben und Visiten statt. Alle wichtigen Informationen wie auch die Ergebnisse der verschiedenen im Haus etablierten Kommissionen und Gremien werden hierin kommuniziert. Ein weiterer wichtiger Informationskanal ist das Intranet des Klinikums mit dem hierin enthaltenen hausübergreifenden Qualitätsmanagement-Handbuch. Über Belange der Mitarbeiter informiert ein regelmäßig erscheinender Mitarbeiterbrief.

### 4.2.2 Informationsweitergabe an zentrale Auskunftsstellen

*Zentrale Auskunftsstellen im Krankenhaus werden mit Hilfe einer geregelten Informationsweiterleitung kontinuierlich auf einem aktuellen Informationsstand gehalten.*

Als zentrale Anlaufstelle für Patienten, Besucher und auch Mitarbeiter dienen der Empfang und die hierin integrierte Telefonzentrale. Die Mitarbeiter des Empfangs werden zeitnah und umfassend mit allen hierfür erforderlichen Informationen versorgt. Sie kennen den Aufenthalt stationärer Patienten, die Dienst-, Rotations- und Urlaubspläne der Mitarbeiter, alle Telefon- und Funknummern des Hauses sowie sonstige Besonderheiten. Um keine Wartezeiten entstehen zu lassen, ist der Empfang tagsüber mit zwei Mitarbeitern besetzt.

### 4.2.3 Information der Öffentlichkeit

*Das Krankenhaus informiert systematisch die interessierte Öffentlichkeit durch unterschiedliche Maßnahmen.*

Unser einheitliches Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit demonstriert die Zusammengehörigkeit aller Abteilungen des Krankenhauses. Die konkrete Öffentlichkeitsarbeit des Hauses richtet sich dabei an Patienten (Informationsveranstaltungen, Kreißsaalführungen), Ärzte (Fortbildungen, gemeinsame Qualitätszirkel) wie auch alle anderen interessierten Personen (Internetauftritt, Tag der offenen Tür, Informationen in der Presse). Speziell für Patienten und Besucher stehen im Haus Broschüren und Informationsmaterial der einzelnen Fachabteilungen zur Verfügung.

### 4.2.4 Berücksichtigung des Datenschutzes

*Daten und Informationen insbesondere von Patienten werden im Krankenhaus durch verschiedene Maßnahmen geschützt.*

Der Datenschutz hat im Klinikum einen hohen Stellenwert. Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden im Rahmen der Einstellungsgespräche jedem neuen Mitarbeiter unterbreitet, darüber hinaus sind wichtige Dienstweisungen im QM-Handbuch hinterlegt. Der Zugang zu den in der EDV gespeicherten (Patienten-) Informationen ist nur für berechtigte Mitarbeiter nach Eingabe ihres Passwortes möglich. Auf Wunsch eines Patienten kann die Auskunft über seinen Aufenthalt auf der Station mit einem Sperrvermerk versehen werden.

### **4.3 Nutzung einer Informationstechnologie**

*Im Rahmen der Patientenversorgung wird Informationstechnologie eingesetzt, um die Effektivität und Effizienz zu erhöhen.*

#### **4.3.1 Aufbau und Nutzung einer Informationstechnologie**

*Die Voraussetzung für eine umfassende und effektive Nutzung der unterstützenden Informationstechnologie wurde geschaffen.*

Im Rahmen einer langfristigen strategischen Planung wurde im Klinikum ein hoch verfügbares EDV-Netzwerk aufgebaut, zu welchem alle Mitarbeiter in der Patientenversorgung überall Zugang haben. Die Verwendung der einzelnen Programme und Programmsysteme sowie der Zugang zu spezifischen Daten ist dabei streng durch die jeweilige Funktions- und Abteilungszugehörigkeit geregelt. Um die Vorteile der EDV noch besser nutzen zu können, werden kontinuierlich Schulungen angeboten.

## 5 Krankenhausführung

### 5.1 Entwicklung eines Leitbildes

*Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.*

#### 5.1.1 Entwicklung eines Leitbildes

*Das Krankenhaus entwickelt ein zentrales Leitbild, dessen Inhalte gelebt werden.*

Das Leitbild des Klinikums wurde von einer Arbeitsgruppe mit Teilnehmern aus allen Berufsgruppen erstellt, verabschiedet und veröffentlicht. Das Leitbild ist allen Mitarbeitern bekannt und wird neuen Mitarbeitern bei der Einstellung ausgehändigt. Die hierin enthaltenen Leitsätze "Der Mensch steht im Mittelpunkt", "Die Führungskräfte sind unser Vorbild", "Die Mitarbeiter sind uns wichtig", "Wir arbeiten kostenbewusst und erfolgsorientiert" und "Die Öffentlichkeit kann auf uns zählen" beschreiben die Grundsätze unserer Arbeit.

### 5.2 Zielplanung

*Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und steuert die Umsetzung der festgelegten Ziele.*

#### 5.2.1 Entwicklung einer Zielplanung

*Das Krankenhaus entwickelt eine Zielplanung und nutzt diese für die Steuerung seiner Handlungen.*

Sowohl auf der Ebene der Klinikumsleitung als auch - hiervon abgeleitet - in den einzelnen Abteilungen erfolgt eine kontinuierliche strategische Planung. Sie dient dazu, das Klinikum an die Anforderungen von morgen anzupassen und unseren Patienten auch in Zukunft eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Die in den Planungen festgelegten Ziele und ebenso die Erreichung dieser Ziele werden regelmäßig an die Mitarbeiter kommuniziert.

#### 5.2.2 Festlegung einer Organisationsstruktur

*Die aktuelle Organisationsstruktur des Krankenhauses ist festgelegt unter Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten.*

Die Aufbauorganisation des Klinikums ist klar in einem Organigramm dargestellt, welches veröffentlicht ist. Neben den hierarchischen Zuordnungen beschreibt es auch die Verantwortlichkeiten für alle wichtigen Bereiche. Das Organigramm wird bei Veränderungen regelmäßig aktualisiert. Unabhängig hiervon sind abteilungsübergreifende Projektgruppen eingerichtet, welche die Umsetzung von aktuell erforderlichen Veränderungen erarbeiten.

#### 5.2.3 Entwicklung eines Finanz- und Investitionsplanes

*Die Krankenhausleitung entwickelt einen Finanz- und Investitionsplan und übernimmt die Verantwortung für dessen Umsetzung.*

Es existiert ein mehrjähriger Finanz- und Investitionsplan, welcher jährlich unter Berücksichtigung der Qualitätsziele des Krankenhauses fortgeschrieben wird. Zur Einhaltung der kurzfristigen Planung werden alle Abteilungen und Verbrauchsstellen regelmäßig über die von ihnen verursachten Kosten und Abweichungen vom Plan informiert. Um den sparsamen Umgang mit Ressourcen zu fördern, unterstützt die Klinikumsleitung die Weitergabe dieser betriebswirtschaftlichen Daten an die betroffenen Mitarbeiter.

### **5.3 Sicherstellung einer effektiven und effizienten Krankenhausführung**

*Das Krankenhaus wird effektiv und effizient geführt mit dem Ziel der Sicherstellung der Patientenversorgung.*

#### **5.3.1 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise in Leitungsgremien und Kommissionen**

*Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise von Leitungsgremien und Kommissionen, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.*

Im Klinikum sind verschiedenste Kommissionen und Gremien eingerichtet, die regelmäßige Treffen abhalten. Sie verfügen über klar geregelte Geschäftsordnungen, in denen Aufgaben und Kompetenzen festgelegt sind. Die Entscheidungen dieser Gremien werden jeweils in einem Protokoll festgehalten und veröffentlicht bzw. direkt an die betroffenen Mitarbeiter weitergeleitet. Zusätzlich berichten jeweils in den einzelnen Abteilungen hierfür Verantwortliche über die Ergebnisse der Kommissionen.

#### **5.3.2 Sicherstellung einer effektiven Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung**

*Im Krankenhaus existiert ein Verfahren zur Arbeitsweise innerhalb der Krankenhausführung, das ein effizientes und effektives Vorgehen sicherstellt.*

Das Klinikumsdirektorium besteht aus dem Klinikumsleiter, dem Ärztlichen Direktor und der Pflegedirektorin. Die Aufgabenverteilung innerhalb der Klinikumsleitung ist gemäß der Geschäftsordnung klar geregelt. In regelmäßigen Treffen des Direktoriums sowie in den Sitzungen der Chefärztekonzferenz werden wesentliche Entscheidungen getroffen und wichtige Informationen weitergegeben. Die Umsetzung vereinbarter Maßnahmen wird durch das Controlling regelmäßig überprüft.

#### **5.3.3 Information der Krankenhausführung**

*Die Krankenhausleitung wird regelmäßig über Entwicklungen und Vorgänge im Krankenhaus informiert und nutzt diese Informationen zur Einleitung verbessernder Maßnahmen.*

Das Klinikumsdirektorium und die Chefärzte informieren sich regelmäßig über alle Vorgänge und Entwicklungen im Krankenhaus. Hierzu erhalten sie Berichte aus den einzelnen Abteilungen, durch die Leiter der im Haus etablierten Kommissionen, durch die der Krankenhausleitung direkt zugeordneten Stabsstellen sowie durch das Controlling. Darüber hinaus liegen der Krankenhausleitung die Ergebnisse der regelmäßig durch das Qualitätsmanagement durchgeführten Befragungen von Patienten, Mitarbeitern und Hausärzten vor.

#### **5.3.4 Durchführung vertrauensfördernder Maßnahmen**

*Die Krankenhausführung fördert durch geeignete Maßnahmen das gegenseitige Vertrauen und den gegenseitigen Respekt gegenüber allen Mitarbeitern.*

Die Krankenhausführung arbeitet eng mit dem Betriebsrat und dessen Vorsitzender zusammen und fördert damit das gegenseitige Vertrauen. Darüber hinaus verschafft sich der Klinikumsdirektor durch Hospitationen bei verschiedenen Diensten (Pflege, Ärztlicher Dienst, Notaufnahme) einen Überblick über die Situation der Mitarbeiter aus erster Hand. Es steht ein Supervisor mit Verschwiegenheitspflicht zur Verfügung, an den sich alle Mitarbeiter wenden können. Durch gemeinsame Veranstaltungen wird ebenfalls der Zusammenhalt im Hause gefördert.

## **5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben**

*Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhaushausweit respektiert und berücksichtigt.*

### **5.4.1 Berücksichtigung ethischer Problemstellungen**

*Im Krankenhaus werden ethische Problemstellungen systematisch berücksichtigt.*

Am Klinikum ist ein Ethikkomitee bestehend aus Vertretern der verschiedenen Berufsgruppen und Abteilungen eingerichtet. Alle Mitarbeiter können sich mit Fragen und Vorschlägen an das Ethikkomitee wenden. Patientenbeschwerden, die auf ethischen Problemstellungen basieren, werden von der Beschwerdestelle an dieses Komitee weitergereicht. Für die Betreuung von Patienten in Krisensituationen steht ein psychoonkologischer bzw. psychiatrischer Konsiliar-dienst zur Verfügung.

### **5.4.2 Umgang mit sterbenden Patienten**

*Im Krankenhaus werden Bedürfnisse sterbender Patienten und ihrer Angehörigen systematisch berücksichtigt.*

Im Klinikum wird darauf geachtet, dass sterbende Patienten würdevoll begleitet werden. Liegt eine Patientenverfügung vor, so wird diese selbstverständlich berücksichtigt. Neben Pflegepersonal und Ärzten werden unsere Seelsorger und ggf. Mitarbeiter von Hospizdiensten in die Sterbebegleitung mit einbezogen. Es wurde eine eigene Palliativstation eingerichtet. Sterbende Patienten erhalten hier wo immer möglich, ein eigenes Zimmer. Für Angehörige können Übernachtungsmöglichkeiten gestellt werden. Es werden Fortbildungen zu Themen der Sterbebegleitung angeboten.

### **5.4.3 Umgang mit Verstorbenen**

*Im Krankenhaus gibt es Regelungen zum adäquaten Umgang mit Verstorbenen und deren Angehörigen.*

Der Abschied der Angehörigen vom Verstorbenen erfolgt immer in einem freien Zimmer oder im Aufbahrungsraum. Hierfür, sowie für die Versorgung des Verstorbenen und die Erledigung der erforderlichen Formalitäten wurden Handlungsanweisungen erstellt, die für alle Mitarbeiter verbindlich sind. Sofern Angehörige noch nicht anwesend sind, ist es Aufgabe der behandelnden Ärzte, so schnell als möglich Kontakt mit diesen aufzunehmen.

## 6 Qualitätsmanagement

### 6.1 Umfassendes Qualitätsmanagement

*Die Krankenhausführung stellt sicher, dass alle Krankenhausbereiche in die Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements eingebunden sind.*

#### 6.1.1 Einbindung aller Krankenhausbereiche in das Qualitätsmanagement

*Die Krankenhausführung ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements.*

Im Jahr 1998 wurde begonnen im Klinikum Garmisch-Partenkirchen ein hausübergreifendes Qualitätsmanagement aufzubauen. Hierzu wurden ein Qualitätsmanager auf einer Stabsstelle freigestellt und Mitarbeiter aller Abteilungen systematisch fortgebildet. Alljährlich werden die Qualitätsziele und die im abgelaufenen Jahr abgeschlossenen Verbesserungsprojekte in einem Qualitätsentwicklungsbericht dargestellt. Die erfolgreiche Zertifizierung nach KTQ® ist letztlich die Bestätigung dieser positiven Entwicklung.

#### 6.1.2 Verfahren zur Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung von Qualitätszielen

*Das Krankenhaus entwickelt, vermittelt und setzt Maßnahmen zur Erreichung von Qualitätszielen um.*

Das Leitbild des Klinikums definiert abstrakte Qualitätsziele in allen wichtigen Bereichen. Hieraus und aus den Analysen von Erhebungen (z.B. Patienten-, Mitarbeiter- oder Hausärztebefragung) leiten die einzelnen Abteilungen und Bereiche konkrete Qualitätsziele ab. Der seit 2001 jährlich veröffentlichte Qualitätsentwicklungsbericht ist allen Mitarbeitern und auch den Vertretern des Krankenhausträgers zugänglich.

### 6.2 Qualitätsmanagementsystem

*Im Krankenhaus existiert ein effektives Qualitätsmanagementsystem.*

#### 6.2.1 Organisation des Qualitätsmanagements

*Das Qualitätsmanagement ist effektiv und effizient organisiert.*

Qualitätsmanagement ist im Klinikum Garmisch-Partenkirchen Führungsaufgabe. Für die Planung und Umsetzung von qualitätssichernden Maßnahmen sind daher die Führungskräfte und Mitarbeiter aller Abteilungen mit verantwortlich. Der Qualitätsmanager des Klinikums koordiniert, unterstützt und berät die Abteilungen hierbei. Er organisiert Fortbildungen, die (hausübergreifende) Sammlung qualitätsrelevanter Daten im Rahmen von Befragungen und Erhebungen sowie Vergleiche zwischen den Abteilungen.

### **6.2.2 Methoden der internen Qualitätssicherung**

*Im Krankenhaus werden regelmäßig und systematisch Methoden der internen Qualitätssicherung angewandt.*

Im Klinikum Garmisch-Partenkirchen wird über die gesetzlichen Verpflichtungen hinaus in allen Bereichen eine interne Qualitätssicherung betrieben. Neben Befragungen von Patienten, Angehörigen und Hausärzten werden hierzu Komplikations- und Unfallstatistiken, Wartezeitenanalysen und klinische Fallbesprechungen durchgeführt. Die Ergebnisse werden regelmäßig mit den Mitarbeitern diskutiert und bei Bedarf geeignete Maßnahmen hiervon abgeleitet.

## **6.3 Sammlung und Analyse qualitätsrelevanter Daten**

*Qualitätsrelevante Daten werden systematisch erhoben, analysiert und zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.*

### **6.3.1 Sammlung qualitätsrelevanter Daten**

*Über die gesetzlich vorgeschriebene externe Qualitätssicherung hinaus werden qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert.*

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen sich das Klinikum und seine Abteilungen an vielfältigen Verfahren, in denen qualitätsrelevante Daten systematisch erhoben und analysiert werden. Dies erfolgt in der Regel in Zusammenarbeit mit übergeordneten Institutionen, wie z.B. dem Tumorzentrum Bayern, dem Deutschen Herzzentrum oder den medizinischen Fachgesellschaften. Die Ergebnisse helfen regelmäßig, die Behandlungsqualität im Klinikum weiter zu verbessern.

### **6.3.2 Nutzung von Befragungen**

*Regelmäßig durchgeführte Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie Befragungen niedergelassener Ärzte werden als Instrument zur Erfassung von Patienten- und Mitarbeiterbedürfnissen und zur Verbesserung der Patientenversorgung genutzt.*

Es werden Befragungen von Patienten, Angehörigen, Mitarbeitern und Niedergelassenen Ärzten durchgeführt. Bei Patienten und Angehörigen wird dabei darauf Wert gelegt, dass die Fragebögen erst nach Entlassung versandt werden, da bei diesem Verfahren größtmögliche Objektivität gewährleistet ist. Die Ergebnisse werden anonym, bezogen auf die jeweilige Abteilung und Station ausgewertet. Sie werden den Betroffenen und der Klinikumsleitung präsentiert und stellen eine wertvolle Grundlage für eine Vielzahl von Verbesserungsprojekten dar.

### **6.3.3 Umgang mit Patientenwünschen und Patientenbeschwerden**

*Das Krankenhaus berücksichtigt Patientenwünsche und Patientenbeschwerden.*

Die Zufriedenheit der Patienten hat in unserem Haus einen sehr hohen Stellenwert. Deshalb werden Beschwerden von Patienten als wichtige Information für künftige Verbesserungen betrachtet. Neben der Möglichkeit, uns Lob und Tadel schriftlich über einen eigenen Briefkasten mitzuteilen existiert eine Beschwerdestelle für Patienten und Angehörige als neutrale Anlaufstelle. Sie kann zwischen Beschwerdeführer und der betroffenen Abteilung oder Station vermitteln. Gleichzeitig werden in der Beschwerdestelle alle Vorgänge erfasst und regelmäßig systematisch ausgewertet.

## **6.4 Externe Qualitätssicherung nach §137 SGB V**

*Die Daten der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V werden systematisch erhoben und die Auswertungen zu qualitätsverbessernden Maßnahmen genutzt.*

### **6.4.1 Beteiligung an der externen Qualitätssicherung**

*Das Krankenhaus beteiligt sich an den gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung.*

Das Klinikum Garmisch-Partenkirchen nimmt an allen gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung teil. Hierbei werden bei einer Vielzahl von Behandlungsfällen genau definierte Informationen erhoben und anonymisiert an eine zentrale Auswertungsstelle weitergeleitet. Dies ermöglicht den regelmäßigen Vergleich der Behandlungsqualität mit anderen Kliniken. Seit Beginn dieses Verfahrens konnte das Klinikum alle vorgeschriebenen Vollständigkeitskontrollen erfüllen.

### **6.4.2 Umgang mit Ergebnissen der externen Qualitätssicherung**

*Das Krankenhaus analysiert systematisch die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und legt ggf. notwendige Konsequenzen fest.*

Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherungsmaßnahmen werden im Klinikum veröffentlicht und regelmäßig diskutiert. Sie stellen eine wichtige Grundlage für Verbesserungsmaßnahmen in der medizinischen Behandlung dar. Das Klinikum ist stolz darauf, dass in der Vergangenheit in vielen Fachbereichen weit überdurchschnittliche Ergebnisse erzielt werden konnten.