



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

Krankenhaus: Klinikum Garmisch-Partenkirchen

Institutionskennzeichen: 260911320

Anschrift: Auenstraße 6
82467 Garmisch-Partenkirchen

Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer: 2007 – 0106 K

durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle: LGA InterCert GmbH

Datum der Ausstellung: 31.12.2007

Gültigkeitsdauer: 30.12.2010

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
	5
Einleitung	5
Basisteil	7
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	7
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	13
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	31
C Qualitätssicherung	34
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	34
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	35
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	35
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V	35
C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V	36
Systemteil	38
D Qualitätspolitik	38
E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	39
F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	40
G Weitergehende Informationen	42
H Ausstattung	43
Die KTQ-Kriterien beschrieben vom Klinikum Garmisch-Partenkirchen	50
1 Patientenorientierung im Krankenhaus	50
2 Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung	56
3 Sicherheit im Krankenhaus	60
4 Informationswesen	64
5 Krankenhausführung	67
6 Qualitätsmanagement	71

Vorwort der KTQ[®]

Die KTQ-Zertifizierung ist ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, das getragen wird von der Bundesärztekammer (BÄK), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat (DPR) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherungen¹. Darüber hinaus wurde der Hartmannbund - Verband der Ärzte Deutschlands e. V. (HB) - mit Beginn des Routinebetriebes im „Niedergelassenen Bereich“ ebenfalls Gesellschafter der KTQ-GmbH. 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 wurden ausschließlich von Krankenhauspraktikern entwickelt und erprobt.**

Mit diesem Zertifizierungsverfahren bietet die KTQ[®] den Krankenhäusern ein Instrument an, mit dem sie die **Qualität ihrer Leistungen durch die Zertifizierung und den zu veröffentlichenden KTQ-Qualitätsbericht nach außen transparent darstellen können.**

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen und von Krankenhauspraktikern entwickelten Kriterien, die sich auf die **Patientenorientierung, die Mitarbeiterorientierung, die Sicherheit im Krankenhaus, das Informationswesen, die Krankenhausführung und das Qualitätsmanagement** 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 Visitoren gezielt hinterfragt und durch Begehungen einzelner

¹ Zu diesen zählen: der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., der AOK-Bundesverband, der BKK Bundesverband, der IKK-Bundesverband, der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die See-Krankenkasse.

Krankenhausbereiche überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses der Selbst- und 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.

Jedem KTQ-Qualitätsbericht ist ein Vorwort der KTQ-GmbH vorangestellt, darauf folgen die individuelle Einleitung, in der drei bis vier innovative, patientenorientierte Leistungen beschrieben werden, die Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses, die Daten der Qualitätssicherung, die Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung sowie eine Beschreibung des krankenhausesinternen Qualitätsmanagements und darüber hinaus wird zu jedem der insgesamt **72 Kriterien des KTQ-Kataloges** ein Abstrakt dokumentiert.

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

Der Qualitätsbericht ist auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. G. Jonitz
Für die Bundesärztekammer

H.-Theo Riegel
Für die Spitzen-
verbände der Krankenkassen

Dr. M. Walger
Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

M.-L. Müller
Für den Deutschen Pflegerat

Einleitung



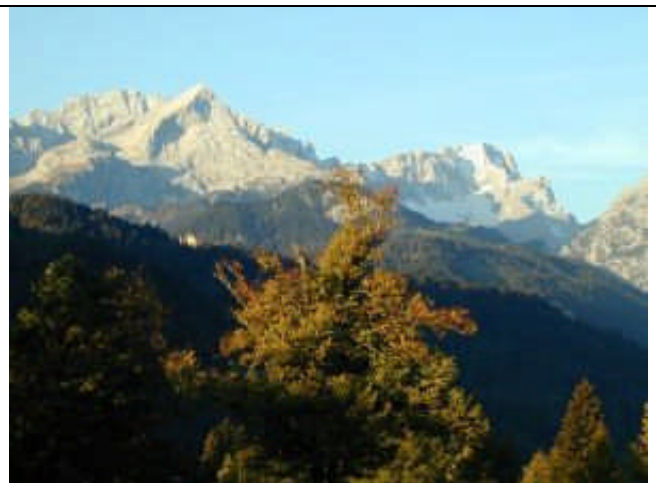
Klinikum Garmisch-Partenkirchen

Das Klinikum Garmisch-Partenkirchen, Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München, ist ein modern geführtes Akutkrankenhaus mit überregionalem Versorgungsauftrag. Mit 505 Planbetten und rd 1.000 Mitarbeiter werden jährlich rd. 20.000 stationäre und 25.000 ambulante Patienten versorgt. Hierzu kann das Klinikum insgesamt 17 medizinische Fachdisziplinen in den beiden Betriebsstätten Garmisch-Partenkirchen (430 Planbetten) und Murnau (75 Planbetten) anbieten. Für Diagnostik und Therapie stehen neben vielfältigen Einrichtungen auch mehrere Großgeräte zur Verfügung, die dem neuesten Stand der Technik entsprechen (z.B. Computertomograf, Kernspintomograf, zwei Linksherzkathetermessplätze, Linearbeschleuniger).

Auf einigen medizinischen Fachgebieten ist das Klinikum besonders spezialisiert. Dies gilt insbesondere für die Endoprothetik (künstlicher Ersatz von Hüft- und Kniegelenken), durch die das Klinikum weit über die Grenzen Bayern hinaus bekannt geworden ist. Hierfür wurde eine eigene Spezialabteilung geschaffen, die unter dem Dach des Klinikums eingebettet als "endogap Klinik für Gelenkersatz" firmiert. In Bayern hat sich "endogap" mit seinen jährlich rd. 2.000 hüft- und kniegelenkersetzenden Eingriffen zum Marktführer entwickelt; deutschlandweit zählt sie zu den Top 5 auf diesem Gebiet.



Patientenzimmer



Blick aus den Patientenzimmern – Alpspitze/Zugspitze

Zur weiteren Stärkung wurde zum 1. Juli 2007 zwischen dem Klinikum Garmisch-Partenkirchen und der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau eine tief greifende Kooperation realisiert.

Kernpunkte der Kooperation sind

- die Verlagerung der bisherigen Außenstelle des Klinikums in Murnau (Innere Medizin) in die BG Unfallklinik Murnau mit der Errichtung eines Linksherzkathetermessplatzes;
- die Mitversorgung der Unfallklinik mit internistischen Leistungen durch das Klinikum;
- sowie die Übernahme der chefärztlichen Leitung der Unfallchirurgie des Klinikums am Standort Garmisch-Partenkirchen durch die Unfallklinik Murnau.

Mit diesem Projekt wurde modellhaft erstmals in Deutschland eine intensive Kooperation zwischen einer berufsgenossenschaftlichen Klinik und einem kommunalen Krankenhaus geschaffen.

Die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter hat einen hohen Stellenwert. Das Klinikum betreibt seit 1990 eine Krankenpflegeschule. Im Jahr 2004 erfolgte der organisatorische Zusammenschluss mit der Kinderkrankenpflegeschule der Rummelsberger Anstalten. Jährlich beginnen 20 Schüler/-innen ihre Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpfleger/-in und 10 Schüler/-innen zur Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in.



Das Team der Station 5/2



Das Physio-Team

Beginnend in 1999 wurde im Klinikum Garmisch-Partenkirchen ein umfassendes Qualitätsmanagement aufgebaut. Durch einen sehr engagierten Qualitätsmanager wurde und wird eine Vielzahl von QM-Projekten koordiniert und begleitet. Der vorliegende Qualitätsbericht kann hiervon nur einen Ausschnitt wiedergeben. Die KTQ-Zertifizierung erfolgte erstmals in 2004; eine KTQ-Rezertifizierung konnte 2007 erfolgreich abgeschlossen werden. Das KTQ-Zertifikat ist für uns ein wichtiger Meilenstein und bestätigt unsere Bemühungen für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung. Gleichzeitig ist es Ansporn dafür, die Qualitätsverbesserung als eine dauerhafte Aufgabe anzusehen.

Die Strukturdaten des - Klinikum Garmisch-Partenkirchen

Basisteil

A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses (Anschrift, E-Mail, Internetadresse)

Auenstraße 6
82467 Garmisch-Partenkirchen
geschaeftsfuehrung@klinikum-gap.de
www.klinikum-gap.de

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

260911320

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

Klinikum Garmisch-Partenkirchen

A-1.3.1 Welche Versorgungsstufe hat das Krankenhaus nach dem Landeskrankenhausplan?

Zentralversorgung

A-1.3.2 Werden psychiatrische Fachabteilungen mit Differenzierung nach Schwerpunkten für das Krankenhaus ausgewiesen?

ja nein

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?

ja nein

A-1.4.1 Arbeiten sonstige Einrichtungen mit dem Krankenhaus zusammen wie

- Rehabilitationsklinik
- Psychiatrische Einrichtung
- Tagesklinik
- Pflegeeinrichtung
- Dialysezentrum
- Anerkannte Fort- und Weiterbildungseinrichtungen
- Arztpraxen
- Vertragliche Kooperationszentren (z. B. Apparatgemeinschaften)
- Sonstige

A-1.4.2 Gibt es an Ihrem Krankenhaus

- eine Krankenpflegeschule
- eine Kinderkrankenpflegeschule
- eine Krankenpflegehilfeschule

A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres)

505

A-1.5.1 Anzahl der Betten für den Maßregelvollzug¹

0

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:

Stationäre Patienten:	18685
Ambulante Patienten:	16789
Davon Privatpatienten:	4367.

A-1.7 A Fachabteilungen

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl ¹ der Betten	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)*	Poliklinik/ Ambulanz ja (j) / nein(n)	Notfallaufnahme vorhanden? ja(j) / nein (n)
0100	Innere Medizin		188		HA	Ja	Ja
0300	Kardiologie					Ja	Nein
0400	Nephrologie		nb			Ja	Nein
0500	Hämatologie/internist.Onkologie					Ja	Nein
0700	Gastroenterologie					Ja	Nein
1000	Pädiatrie		45		HA	Ja	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie		111		HA	Ja	Ja
1600	Unfallchirurgie		76		HA	Ja	Ja
2200	Urologie		37		HA	Ja	Ja
2300	Orthopädie		2		BA	Nein	Nein
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe		32		HA	Ja	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde		2		BA	Nein	Nein
2700	Augenheilkunde		3		BA	Nein	Nein
3300	Strahlenheilkunde		8		BA	Nein	Nein
3500	Zahn-/Kieferhk., Mund-/Kieferchirur.		1		BA	Ja	Nein
3700	Sonstige Fachabteilung					Nein	Nein
3751	Radiologie		nb		HA	Ja	Nein
	Anästhesie					Nein	Nein

* Nicht bettenführende Abteilung mit fachlich nicht weisungsgebundener Leitung nb eintragen

¹ Die forensische Abteilung ist von der KTQ-Zertifizierung ausgenommen.

¹ Bei Intensivmedizin getrennte Angabe der Betten nach Intensivstation/Wachstation

A-1.7 B Mindestens Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I48	Revision oder Ersatz Hüftgelenk	1077
2	G67	Magen-Darmerkrankung	870
3	P67	gesundes Neugeborenes	627
4	I44	Prothese Kniegelenk	464
5	O60	Geburt	362
6	F49	Herzkatheter ohne Herzinfarkt	311
7	F73	Kollaps	290
8	E77	Entzündung Atmungsorgane	280
9	B80	Kopfverletzungen	278
10	I68	konserv. Behandlung von Erkrankungen im Wirbelsäulenbereich	272
11	F62	Herzschwäche	267
12	F57	spezielle Herzkatheteruntersuchung	254
13	I24	Arthroskopie am Kniegelenk und OP am Unterarm bzw. Ellenbogen	251
14	B70	Schlaganfall	241
15	I13	komplexe Eingriffe an Oberarm, Sprunggelenk und Unterschenkel	230
16	F71	unkomplizierte Herzrhythmusstörung	225
17	F67	Bluthochdruck	217
18	F24	Herzschrittmacherimplantation oder spez. Herzkatheteruntersuchung	206
19	O01	Kaiserschnitt	197
20	F56	sehr komplexe Herzkatheteruntersuchung	196
21	G48	Dickdarmspiegelung mit Komplikationen	194
22	L20	endoskopische Eingriffe an den Harnwegsorganen außer an der Prostata	191
23	I18	unkomplizierte Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm	189
24	L63	Infektion der Harnorgane	174
25	X62	Vergiftungen	171
26	D63	Mittelohrentzündung und Infektion der oberen Atemwege	170
27	K62	verschiedene Stoffwechselerkrankungen	170
28	E69	Bronchitis und Asthma bronchiale	161
29	H41	Nierensteinertrümmerung	157
30	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut	153

A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte

Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen? (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Linksherzkatheter, überregional
Endoprothetik, überregional

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung
 ja nein

A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Soweit dies das jeweilige Krankheitsbild zulässt, bieten alle Abteilungen die Möglichkeit der ambulanten Behandlung (ggf. begrenzt durch Regelungen der Kostenträger)

Schwerpunkte liegen bei:

- Allgemeinchirurgie: Diagnostik und ambulantes Operieren
 - Anästhesie: ambulante Prämedikation/Vorbereitung ambulantes Operieren, Eigenblutspende
 - endogap: Sprechstunde und Nachsorge
 - Gefäßchirurgie: Diagnostik und ambulantes Operieren
 - Gynäkologie und Geburtshilfe: Sprechstunde, ambulantes Operieren, Geburtsvorbereitung
 - Innere Medizin: Sprechstunde, Endoskopie, kardiologische Diagnostik incl. Herzkatheter, Pulmonologie, ambulante Onkologische Therapie
 - Pädiatrie: Sprechstunde
 - Radiologie: Diagnostik und ambulante interventionelle Therapie
 - Strahlentherapie: ambulante Strahlentherapie
 - Unfallchirurgie: ambulante Notfallversorgung, verschiedene Spezialsprechstunden , ambulantes Operieren, Physiotherapie
 - Urologie: Sprechstunde einschließlich Kinderurologie , ambulantes Operieren
-

A-2.0 Durchgangsarztverfahren

Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?

Unfallchirurgie

Besteht die Zulassung zum Verletzungsartenverfahren der Berufsgenossenschaft
 ja nein

A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

A-2.1.1 Apparative Ausstattung

Apparative Ausstattung	Vorhanden	Verfügbarkeit 24 Stunden sicherge- stellt	Apparate- gemeinschaft
Computertomographie	Ja	Ja	
Magnetresonanztomographie	Ja	Nein	
Herzkatheterlabor	Ja	Ja	
Szintigraphie	Ja	Nein	
Positronenemissionstomographie	Nein	Nein	
Elektronenzephalogramm	Ja	Ja	
Angiographie	Ja	Ja	
Schlaflabor	Ja	Nein	
Kernspin	Ja	Nein	
Sonographie	Ja	Ja	
Röntgen	Ja	Ja	
Broncho-/Endoskopie	Ja	Ja	
Echoskopie/TEE	Ja	Ja	
Mikrobiologie	Nein	Nein	

A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten

Therapeutische Möglichkeit	Vorhanden	Apparategemeinschaft
Physiotherapie	Ja	
Bewegungsbad	Ja	
Balneophysikalische-Therapie	Ja	
Dialyse	Ja	
Logopädie	Nein	
Ergotherapie	Ja	
Schmerztherapie	Ja	
Eigenblutspende	Ja	
Gruppenpsychotherapie	Nein	
Einzelpsychotherapie	Nein	
Psychoedukation	Nein	
Thrombolyse	Ja	
Bestrahlung	Ja	

A-2.1.3 Existieren folgende erweiterte therapeutische Möglichkeiten?

- Operativer Bereitschaftsdienst
- Präsenzbereitschaft
- Rufbereitschaft
- Blutdepot in Klinik
- Blutdepot außerhalb/ extern
- Regelung der Konsiliardienste im Haus vorhanden
- Regelung der Konsiliardienste extern vertraglich geregelt

A-2.1.4 Welche weiteren Leistungsangebote bestehen?

- Stomatherapeuten
- Diabetikerschule
- Pflegeeinrichtung als separate Einrichtung
- ambulante Pflege
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause Geburtsvorbereitungskurse
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie im Hause die Möglichkeit einer ambulanten Entbindung mit Nachsorge durch hausinterne Hebammen
- unter der Voraussetzung einer vorhandenen Gynäkologie eine Stillberatung bzw. ein Elternzentrum
- Inkontinenzberatung
- Pflegetelefonberatung
- Hospizeinrichtungen bzw. eine Palliativpflege
- Mutter-Kind-Behandlung

Sonstige?

B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-1.1 Innere Medizin

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Die Innere Medizin wird im Klinikum Garmisch-Partenkirchen mit den nachfolgenden Schwerpunkten abgedeckt:

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	G67	Magen-Darmentzündung	426
2	F49	Herzkatheterdiagnostik außer bei Herzinfarkt	311
3	F73	Kollaps	269
4	F62	Herzschwäche	263
5	F57	komplexer Herzkathetereingriff	244
6	B70	Schlaganfall	238
7	F71	unkomplizierte Herzrhythmusstörung	220
8	F67	Bluthochdruck	216
9	F24	Herzschrittmachereinbau oder komplexer Herzkathetereingriff ohne Komplikation	198
10	F56	hochkomplexer Herzkathetereingriff	188

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	I25	461	Koronare Herzerkrankung
2	I50	318	Herzinsuffizienz
3	I21	303	Herzinfarkt
4	R55	238	Kollaps
5	I10	219	Bluthochdruck
6	I48	209	Vorhofflimmern
7	R07	187	Brustschmerz
8	I20	184	Herzschmerzen
9	J18	171	Lungenentzündung
10	I64	152	Schlaganfall

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	1279	2295	diagnostische Herzkatheteruntersuchung
2	8837	1826	Gefäßinterventionen am Herzen
3	1632	1812	diagnostische Magen-Darmspiegelung
4	1275	1419	Linksherz-Katheteruntersuchung
5	1650	775	diagnostische Dickdarmspiegelung
6	1653	729	diagnostische Enddarmspiegelung
7	1440	532	Biopsie am oberen Verdauungstrakt
8	8854	410	Dialyse
9	5513	256	endoskopischer Eingriff an den Gallengängen
10	5452	206	lokale Ausschneidung am Dickdarm

B-1.1 **Kardiologie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Konservative u. interventionelle Kardiologie u. Angiologie. Betreuung von Patienten mit Herzschrittmachern u. implantierbaren Defibrillatoren. Internistische Intensivmedizin. Konservative Pulmonologie

B-1.1 **Nephrologie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Diagnostik und konservative Therapie von Nierenerkrankungen. Stationäre und teilstationäre Dialysebehandlung

B-1.1 **Hämatologie/internist.Onkologie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Diagnostik und Therapie solider Tumoren (Chemo-, Antikörper- und Immuntherapie), gut- und bösartiger Bluterkrankungen und Blutgerinnungsstörungen. Betreuung stationärer Strahlentherapiepatienten.

B-1.1 **Gastroenterologie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Endoskopische Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Verdauungstraktes. Diagnostischer und therapeutischer endoskopischer und transabdomineller Ultraschall. Gastrointestinale Funktionsdiagnostik

B-1.1 **Pädiatrie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Diagnostik und Therapie der Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Früh- und Neugeborenenintensivstation. Neugeborenennotarzteinsatz für die umliegenden Geburtskliniken.

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	G67	Magen-Darm-Entzündung	374
2	P67	Neugeborenes >2500g	159
3	D63	Mittelohrentzündung oder Infektion der oberen Atemwege	140
4	B80	Anderer Kopfverletzungen	120
5	E77	Anderer Infektionen und Entzündungen	100
6	E69	Bronchitis und Asthma bronchiale	96
7	Z64	Nachbehandlungen und andere Gründe für eine stat. Behandlung	54
8	G23	Blinddarmentzündung ohne Komplikationen	53
9	G66	Bauchschmerzen	41
10	B76	Krampfanfälle	30

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	8930	1116	Monitoring der Herzkreislauffunktion
2	8390	207	Lagerungsbehandlung
3	9262	197	Spezielle Versorgung Risiko-Neugeborener
4	8010	186	Applikation von Medikamenten und Elektrolyten
5	1208	144	Registrierung evozierter Potentiale
6	1843	121	Bronchoskopie
7	8015	95	enterale Ernährung über Sonde
8	1207	67	EEG
9	5470	63	Blinddarmentfernung
10	8720	60	Sauerstoffzufuhr beim Neugeborenen

B-1.1 **Allgemeine Chirurgie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Allgemein- und Visceralchirurgie, minimalinvasive Chirurgie, onkologische Chirurgie, Struma, Herzschrittmacher, Endoprothetik an Hüfte und Knie, Gefäßchirurgie des arteriellen und venösen Systems

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I48	Ersatz des Hüftgelenks	1009
2	I44	Ersatz des Kniegelenks	410
3	G24	Nabelbruch und andere Bruchoperationen	132
4	H08	endoskopische Gallenentfernung	128
5	I46	Hüftgelenkswechsel	115
6	F39	Krampfaderoperation	108
7	G18	Eingriffe an Dünn- und Dickdarm	79
8	G25	Eingriffe bei Leistenbruch, Alter > 0 Jahre	62
9	G67	Magen-Darmentzündung	61
10	G23	Blindarmoperation ohne Komplikationen	59

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	M16	1033	Hüftgelenksarthrose
2	M17	429	Kniegelenksarthrose
3	T84	227	Komplikation durch Gelenkendoprothese
4	K40	163	Leistenhernie
5	I70	129	Gefäßerkrankung am Bein
6	K80	114	Gallenblasenerkrankung
7	I83	113	Krampfadern
8	K35	66	Blinddarmentzündung
9	K57	64	Dickdarmdivertikel
10	K56	52	Darmverschuß

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5820	1068	Einbau Endoprothese Hüftgelenk
2	5822	420	Einbau Endoprothese Kniegelenk
3	5821	210	Revision Endoprothese Hüftgelenk
4	5800	206	Knorpelentfernung Hüftgelenk
5	8836	175	Ballondilatation Gefäße Oberschenkel
6	3607	170	Arteriographie der Beine
7	5530	168	Leistenbruchoperation
8	5385	145	Varizenoperation
9	5511	132	endoskopische Gallenentfernung
10	5916	99	Temporäre Weichteildeckung

B-1.1 **Unfallchirurgie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

konservative und operative Versorgung von Verletzungen, orthopädische Chirurgie: Behandlung von Folgeschäden und Arthrosen (Endoprothetik), Sportverletzungen, Arthroskopische OPs, Handchirurgie

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I13	Komplexe Eingriffe an Oberarm, Sprunggelenk und Unterschenkel	219
2	I68	konserv. behandelte Erkrankungen der Wirbelsäule	192
3	I18	Unkomplizierte Eingriffe an Kniegelenk, Unterarm und Ellenbogen	176
4	I24	Arthroskopie Kniegelenk und andere Operationen Ellenbogengelenk	164
5	B80	andere Kopfverletzungen	149
6	I23	Metallentfernung außer an Oberschenkel	128
7	J65	Verletzung der Haut, Unterhaut	110
8	I08	andere Eingriffe an Hüftgelenk und Oberschenkel	108
9	I21	Metallentfernung an Hüftgelenk und Oberschenkel	88
10	I27	Eingriffe an Weichteilgewebe	71

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	S82	321	Unterschenkelfraktur
2	S72	195	Oberschenkelfraktur
3	S52	178	distale Radiusfraktur
4	M23	176	Binnenschädigung Kniegelenk
5	S06	165	Gehirnerschütterung
6	S42	135	Oberarmfraktur
7	S83	116	Luxation und Zerrung Bänder Kniegelenk
8	S32	108	Fraktur Lendenwirbelsäule und Becken
9	M17	88	Kniearthrose
10	S22	66	Rippenfraktur

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5812	400	Endoskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken
2	5790	374	geschlossene Reposition einer Fraktur
3	5893	289	Entfernung von erkranktem Gewebe
4	5811	264	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel
5	5794	259	Offene Reposition Mehrfragmentfraktur langer Röhrenknochen
6	5787	249	Materialentfernung
7	5810	163	Arthroskopische Gelenkspülung Kniegelenk
8	5916	116	Temporäre Weichteildeckung
9	5820	112	Einbau Hüftprothese
10	5900	99	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität

B-1.1 **Urologie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Urologische Onkologie, Endourologie, plastisch rekonstruktive Urologie, Steintherapie

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	L20	endoskopische Eingriffe an der Harnorganen außer an der Prostata	189
2	M02	Endoskopische Prostataresektion	153
3	L64	Harnsteine und Harnwegsobstruktion	76
4	M01	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann	69
5	L63	Infektion der Harnorgane	61
6	M04	Eingriffe am Hoden	43
7	L62	Neubildung der Harnorgane	42
8	L43	Nierensteinzertrümmerung	39
9	M60	Bösartige Neubildungen der männl. Geschlechtsorgane	31
10	L03	Nieren- und Harnblasenoperationen bei Neubildungen	26

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	N20	165	Ureterstein
2	N40	153	Prostatahyperplasie
3	C67	148	Harnblasencarcinom
4	C61	124	Prostatakarzinom
5	N13	50	Hydronephrose
6	D41	38	Harnblasentumor
7	N39	36	Harnwegsinfektion
8	C64	24	Nierencarcinom
9	N12	21	Nierenentzündung
10	N43	20	Wasserbruch

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5601	188	endoskopischer Eingriff Prostata
2	5573	174	endoskopischer Eingriff Harnblase
3	8137	125	Eingriff Ureterkatheter
4	1460	96	Biopsie Harnblase
5	8110	71	Nierensteinerzürümmerung
6	8522	67	Strahlentherapie
7	8136	63	Eingriff Ureterkatheter
8	5604	61	radikale Prostataentfernung
9	5585	60	Inzision Harnröhre
10	1661	59	Harnröhren- und Blasenspiegelung

B-1.1 **Orthopädie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Arthroskopien, kleine Umstellungsosteotomien

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	I24	Arthroskopie und andere Eingriffe am Kniegelenk und Ellenbogen (Daten 2006!!!)	31
2	I20	Eingriffe am Fuß	14
3	I23	Metallentfernung außer am Hüftgelenk und Oberschenkel	4

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	M23	31	Meniskusschaden
2	Q66	12	angeborene Deformität der Füße
3	M20	5	Hallux valgus
4	S82	1	Tibiafraktur

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5812	31	Meniskusresektion
2	5788	15	Operation an Zehen
3	5787	4	Materialentfernung Unterschenkel

B-1.1 **Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Gynäkologische Onkologie mit Schwerpunkt Brustkarzinomtherapie, familienorientierte Geburtshilfe

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	P67	gesundes Neugeborenes	468
2	O60	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	362
3	O01	Kaiserschnitt	196
4	O65	andere vorgeburtliche stat. Aufnahme	71
5	J23	Große Operation bei Brustkrebs	68
6	O64	frustrane Wehen	47
7	N21	Gebärmutterentfernung	46
8	N09	andere Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen	45
9	N10	Ausschabung	36
10	N04	Gebärmutterentfernung	31

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	Z38	470	gesundes Neugeborenes
2	O70	97	Dammriss unter der Geburt
3	O71	97	Verletzung unter der Geburt
4	C50	92	Brustkrebs
5	O42	73	Vorzeitiger Blasensprung
6	O60	46	vorzeitige Wehen
7	O68	42	Komplikation bei Entbindung durch abnorme fetale Herzfrequenz
8	O80	41	normale Geburt
9	O48	39	übertragene Schwangerschaft
10	D25	36	Gebärmuttermyom

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	9262	511	Versorgung eines gesunden Neugeborenen
2	5730	289	Künstliche Fruchtwassersprengung
3	5758	287	Rekonstruktion der weibl. Geschlechtsorgane nach Geburt
4	8910	283	Epidurale Schmerztherapie zur Geburt
5	9261	246	Überwachung einer Risikogeburt
6	5749	219	Kaiserschnitt sekundär
7	5738	164	Dammschnitt
8	9260	127	Überwachung einer normalen Geburt
9	5683	104	Gebärmutterentfernung
10	5704	77	vaginale Kolporrhaphie und Beckenbodenplastik

B-1.1 **Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Mandeloperationen, Nasenscheidewand-OP

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	D30	Mandel-Operation (Daten 2006)	77
2	D17	Rekonstruktion Ohrmuschel	1

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	J35	78	Vergrößerung Gaumenmandel und Rachenmandel
2	J34	3	Nasenseptumabweichung
3	J03	1	akute Mandelentzündung

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5282	47	Entfernung Rachenmandeln und Gaumenmandeln
2	5281	32	Entfernung Rachenmandeln ohne Gaumenmandeln
3	5200	11	Trommelfellschnitt
4	5214	3	plastische Rekonstruktion Nasenseptum
5	5285	1	Entfernung Gaumenmandeln
6	5202	1	Explorative Tympanotomie
7	5201	1	Entfernung Paukendrainage
8	5186	1	Rekonstruktion Ohrmuschel

B-1.1 **Augenheilkunde**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Katarakt- und Glaukomchirurgie einschließlich kombinierter Eingriffe,
Schieleroperationen, Lidoperationen

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	C08	Katarakt-Operation	109
2	C06	Komplexe Eingriffe bei Glaukom	28
3	C20	andere Eingriffe an Hornhaut und Bindehaut	2
4	902	Operation ohne Bezug zur Hauptdiagnose	1
5	C02	Augenentfernung	1
6	C03	Eingriffe an der Retina	1
7	C07	andere Eingriffe bei Glaukom	1

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	H25	115	Katarakt
2	H40	21	Weitwinkelglaukom
3	H26	2	Katarakt, nicht näher bezeichnet
4	H02	2	Entropium Augenlid
5	H27	1	Aphakie
6	C69	1	Bösartige Neubildung: Ziliarkörper

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5144	133	Operation grauer Star
2	5131	28	Glaukom-Operation
3	5163	1	Entfernung Augapfel
4	5158	1	Vitrektomie
5	5145	1	Entfernung einer luxierten Linsen aus dem Glaskörper
6	5093	1	Korrekturoperation bei Entropium und Ektropium
7	5161	1	Entfernung Fremdkörper aus Augapfel

B-1.1 **Strahlenheilkunde**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Radiochemotherapie bei Kopf-Hals-Tumoren und Rektum-Tumoren,
Palliativtherapie, Bestrahlung bei Mamma-Karzinom und Prostata-Karzinom

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	B16	Strahlentherapie bei Krankheiten des Nervensystems, <11 Bestrahlungen	24
2	B15	Strahlentherapie bei Krankheiten des Nervensystems, <10 Bestrahlungen	12
3	D20	Strahlentherapie bei Krankheiten des Ohres, Nase, Mund und Hals	11
4	E09	Strahlentherapie bei Krankheiten der Atmungsorgane, <10 Bestrahlungen	10
5	I54	Strahlentherapie bei Krankheiten an Muskel-Skelett-System, <9 Bestrahlungen	10
6	G29	Strahlentherapie bei Krankheiten der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag	5
7	D19	Strahlentherapie bei Krankheiten des Ohres, Nase, Mund und Hals, >10 Bestrahlungen	4
8	D60	Bösartige Neubildung an Ohr, Nase, Mund und Hals	4
9	E08	Strahlentherapie bei Krankheiten der Atmungsorgane, >9 Bestrahlungen	4
10	I39	Strahlentherapie bei Krankheiten an Muskel-Skelett-System, >8 Bestrahlungen	4

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	C79	35	Gehirnmetastasen
2	C81	17	bösartiger Hirntumor
3	C34	14	bösartiger Lungentumor
4	C04	9	bösartiger Mundboden tumor
5	C13	5	bösartiger Hypopharynx tumor
6	C20	4	bösartiger Enddarm tumor
7	C10	3	bösartiger Oropharynx tumor
8	C32	3	bösartiger Glottis tumor

9	C09	2	bösartiger Tonsillentumor
10	C80	2	bösartiger Tumor ohne Lokalisationsangabe

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	8522	1157	Hochvoltstrahlentherapie
2	8527	518	Anpassung von Behandlungshilfen bei Strahlentherapie
3	8528	149	Bestrahlungssimulation
4	8529	66	Bestrahlungsplanung
5	9401	21	Nachsorgeorganisation
6	8543	20	intensive Chemotherapie
7	3705	20	Szintigraphie Skelett-System
8	3200	18	CT-Schädel
9	8542	18	normale Chemotherapie
10	1632	17	Magen-Darmspiegelung

B-1.1 **Zahn-/Kieferhk., Mund-/Kieferchirur.**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

komplexe Zahnextraktionen,

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1	D40	Zahnextraktion und -wiederherstellung	14
2	D22	Eingriffe an Mundhöhle und Mund	8
3	D29	Operation am Kiefer	7
4	D28	komplexe Eingriffe an Kopf und Hals	6
5	D67	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle ohne Operation	5
6	D06	Eingriffe an Nasennebenhöhlen und komplexe Eingriffe am Mittelohr	2
7	B09	Andere Eingriffe am Schädel	1
8	D25	Mäßig komplexe Eingriffe am Kopf und Hals	1
9	D65	Verletzungen der Nase	1

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

	ICD-10 Nummer (3-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	S02	18	Fraktur Jochbein und Oberkiefer
2	K04	7	Periapikaler Abszess
3	K01	6	Retinierte Zähne
4	K02	5	Zahnkaries
5	K12	3	Submandibularabszess
6	K08	3	Zahnverlust
7	K11	1	Sialadenitis
8	K10	1	Kieferentzündung
9	R57	1	Schock

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle absolute An- zahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1	5231	18	operative Zahnentfernung durch Osteotomie
2	5760	7	Offene Reposition laterale Mittelgesichtsfraktur
3	5273	7	Incision Mundhöhle
4	5230	6	Zahnextraktion
5	5270	3	Äußere Incision Mund-, Kiefer- und Gesichtsbereich
6	5216	3	Reposition geschlossen Nasenfraktur
7	5764	3	Reposition Fraktur corpus mandibulae
8	5765	3	Reposition Fraktur ramus mandibulae
9	5232	2	Zahnsanierung durch Füllung
10	5762	2	Reposition zentrolaterale Mittelgesichtsfraktur

B-1.1 **Sonstige Fachabteilung**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

Radiologie: konventionelles Röntgen und Schnittbilduntersuchungen (CT/MR);
 Angiografie und PTA (Gefäßdehnung); Nuklearmedizin
 Pathologie: Feingewebliche Untersuchungen aller Art (auch Schnellschnitt)

B-1.1 **Anästhesie**

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung

perioperative Patientenversorgung und Intensivbehandlung, Schmerztherapie. Fremdblutsparende Maßnahmen (Eigenblutspende und maschinelle Autotransfusion)

B-1.8 Allgemeine Leistungsmerkmale der Fachabteilung

Schl. nach § 301 SGB V	Fachabteilung	Durchschnittliche Verweildauer (VD) (Angabe in Tagen)	Gibt es in Ihrer Abteilung spez. Kinderbetten? ja(j)/nein(n)	Stehen in Ihrer Abt. Kinderkrankensch w./ -pfleger zur Verfügung? ja(j)/nein(n)
0100	Innere Medizin	6,2	Nein	Nein
0300	Kardiologie		Nein	Nein
0400	Nephrologie		Nein	Nein
0500	Hämatologie/internist.Onkologie		Nein	Nein
0700	Gastroenterologie		Nein	Nein
1000	Pädiatrie	4,6	Ja	Ja
1500	Allgemeine Chirurgie	10,2	Nein	Nein
1600	Unfallchirurgie	7	Nein	Nein
2200	Urologie	7	Nein	Nein
2300	Orthopädie	2,9	Nein	Nein
2400	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5,6	Ja	Ja
2600	Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	5	Nein	Nein
2700	Augenheilkunde	2,1	Nein	Nein
3300	Strahlenheilkunde	16,1	Nein	Nein
3500	Zahn-/Kieferhk., Mund-/Kieferchirur.	2	Nein	Nein
3700	Sonstige Fachabteilung		Nein	Nein
3751	Radiologie		Nein	Nein
	Anästhesie		Nein	Nein

B-1.8.1 Ermächtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach § 116 SGB V

Anzahl der Behandlungen nach § 116 SGB V pro Jahr:

5991

B-1.9 Spezifisch für die Fachabteilung:

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

B-1.9.1 Anzahl der Geburten pro Jahr

585

B-1.9.2 Existiert eine Neugeborenen Intensivstation im Gebäude?

ja nein

Ist ein Zugriff auf die Pädiatrie oder die pädiatrische Notfallversorgung möglich

ja nein

Urologie

B-1.9.3 Wird in Ihrer Abteilung Kinderurologie betrieben?

ja nein

Wenn ja,

Bis zu welchem Umfang wird kinderurologische Diagnostik und Therapie durchgeführt?

gesamtes Spektrum

B-1.9.4 Wird in Ihrer Abteilung urologische Onkologie betrieben?

ja nein

Wenn ja, ist die selbständige Durchführung von Chemotherapie möglich

ja nein

Anästhesie

B-1.9.9 A Anzahl der Anästhesien insgesamt

differenziert nach:

Anzahl der Allgemeinanästhesien

7143

Anzahl der Regionalanästhesien

2297

B-1.9.9 B Differenzierung der Anästhesien nach ASA-Klassifikation in %-Anteil pro Jahr

ASA 1

14,8

ASA 2

59,2

ASA 3

25,5

ASA 4

0,9

ASA 5

0,2

B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr:

2287

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V)	0
Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V)	0
Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V)	0

B-2.4 Personalqualifikationen im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Abteilung	Ärztliche Leitung ja (j)/nein (n)	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl der Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl der Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung	Anzahl der Ärzte mit fakultativer Weiterbildung ¹	Anzahl der Ärzte im Praktikum	Liegt eine Weiterbildungsbefugnis vor Ja (j)/nein (n)
0100 Innere Medizin	Ja	38.00		18.00			Ja
0300 Kardiologie	Nein			4.00			Ja
0400 Nephrologie	Nein			1.00			Nein
0500 Hämatologie/internist. Onkologie	Nein			2.00			Ja
0700 Gastroenterologie	Nein			3.00			Ja
1000 Pädiatrie	Ja	9.00		2.00			Ja
1500 Allgemeine Chirurgie	Ja	22.00		13.00			Ja
1600 Unfallchirurgie	Ja	13.00		3.00			Ja
2200 Urologie	Ja	8.00		4.00			Ja
2300 Orthopädie	Ja	1.00		1.00			Nein
2400 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Ja	8.00		3.00			Ja
2600 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Ja	2.00		2.00			Nein
2700 Augenheilkunde	Ja	1.00		1.00			Nein
3300 Strahlenheilkunde	Ja	1.00		1.00			Nein
3500 Zahn-/Kieferhk., Mund-/Kieferchirur.	Ja	1.00		1.00			Nein
3700 Sonstige Fachabteilung	Ja	1.00		1.00			Nein
3751 Radiologie	Ja	6.00		5.00			Ja
Anästhesie	Ja	27.00		13.00			Ja
Gesamt		138,00		78,00			

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus):

10

¹ Facharzt mit Zusatzbezeichnung

B-2.5 Personalqualifikationen im Pflegedienst (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern/-pfleger (3 Jahre)	Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Prozentualer Anteil Krankenpflegehelfer/ in (1 Jahr)	Wird Hilfspersonal eingesetzt Ja (j)/ nein (n)
0100 Innere Medizin	142		17	2	Ja
0300 Kardiologie					Nein
0400 Nephrologie					Nein
0500 Hämatologie/internist.Onkologie					Nein
0700 Gastroenterologie					Nein
1000 Pädiatrie	48				Nein
1500 Allgemeine Chirurgie	49		1		Ja
1600 Unfallchirurgie	40		2	1	Ja
2200 Urologie	13			1	Ja
2300 Orthopädie					Nein
2400 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	12				Ja
2600 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde					Nein
2700 Augenheilkunde					Nein
3300 Strahlenheilkunde					Nein
3500 Zahn-/Kieferhk., Mund-/Kieferchirur.					Nein
3700 Sonstige Fachabteilung					Nein
3751 Radiologie					Nein
Anästhesie	47	25	21	1	Ja
Gesamt	351,00	1	2	0	

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter des Kranken- und Pflegepersonals, die über eine zweijährige Ausbildung verfügen

1%

Prozentualer Anteil der Mitarbeiter, die über keine Ausbildung verfügen

0%

B-2.6 Prozentualer Anteil der psychologischen Psychotherapeuten (gemessen an der Gesamtzahl, der Dipl.-Psychologen)

entfällt

B-2.7 Wie hoch war die Stellenbesetzung im vergangenen Jahr in folgenden Bereichen?

Ärztlicher Dienst	131,43
Pflegedienst ¹	286,74
Medizinisch-Technischer Dienst	122,11
Funktionsdienst	91,09
Klinisches Hauspersonal	0
Wirtschafts- und Versorgungsdienst	61,03
Technischer Dienst	24,21
Verwaltungsdienst	54,35
Sonderdienste	5,61
<hr/>	
Sonstiges Personal	7,35

B-2.8 Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Anzahl der Mitarbeiter in der Anästhesie	45
Anzahl der Mitarbeiter im OP	13
Anzahl der weitergebildeten Mitarbeiter im Verwaltungsdienst	40
Anzahl der Mitarbeiter in der Hygiene	1
Anzahl der Mitarbeiter für die Praxisanleitung	41
Anzahl der Stomatherapeut(en)	1
Anzahl der Diabetesfachschwester(n)	0
Anzahl der Mitarbeiter in der Ernährungsfachpflege	0
Anzahl der Qualitäts-/ Prozessberater	18
<hr/>	
Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)	
Onkologie: 2, Pain Nurse: 3, Pflegefachseminar: 2, Stillen: 2, Wundexperte ICW: 1	

B-2.9 Weitere Berufsgruppen (Stichtag 31.12 Berichtsjahr)

Anzahl der Sozialarbeiter	2
Anzahl der Dipl.-Psychologen	0
<hr/>	
Anzahl sonstiger Mitarbeiter (unter Angabe des Faches)	
0	

¹ Zum Pflegedienst werden in der Psychiatrie auch die Heilerziehungspflege und die Altenpflege gezählt.

C Qualitätssicherung

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht	Teilnahme an der externen Qualitätssicherung	Dokumentationsrate	
				Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappenchirurgie	Nein	Nein	2006	
2	Cholezystektomie	Ja	Ja	99,3	
3	Gynäkologische Operationen	Ja	Ja	98,3	
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	Ja	Ja	95,6	
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Ja	Ja	100,0	
6	Herzschrittmacher-Revision	Ja	Ja	83,3	
7	Herztransplantation	Nein	Nein		
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)	Ja	Ja	100,0	
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel	Ja	Ja	96,7	
10	Karotis-Rekonstruktion	Ja	Ja	100,0	
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)	Ja	Ja	100,0	
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel	Ja	Ja	100,0	
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie	Nein	Nein		
14	Koronarangiografie / Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)	Ja	Ja	85,7	
15	Koronarchirurgie	Nein	Nein		
16	Mammachirurgie	Ja	Ja	100,0	
17	Perinatalmedizin	Ja	Ja	100,0	
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19	Ja	Nein		
19	Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose	Ja	Ja	99,6	
00	Gesamt			91,2	

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP-Qualitätssicherungsmaßnahmen teil: (eine pro Zeile)

keine

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach §137 Abs. 1 S.3 Nr. 3 SGB V

Leistung ¹	OPS der einbezogenen Leistungen ¹	Mindestmenge ¹ (pro Jahr) pro KH / pro gelistetem Operator ²	Leistung wird im Kranken- haus erbracht (Ja/ Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichts- jahr
				pro KH (4a)/ pro gelistetem Opera- teur (4b) ²	4b	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
01 Lebertransplantation		10	Nein			
02 Nierentransplantation		20	Nein			
03 Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5	Nein			
04 Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas		5/5	Nein			
05 Stammzellentransplantation		12+/- 2 [10-14]	Nein			

¹ Jeweils entsprechend der im Berichtsjahr geltenden Anlage 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V.

² Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/ Operator, der diese Leistung erbringt

C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung, die erbracht werden, obwohl das Krankenhaus/der Arzt die dafür vereinbarten Mindestmengen unterschreitet, sind an dieser Stelle unter Angabe des jeweiligen Berechtigungsgrundes zu benennen (Ausnahmetatbestände gem. Anlage 2 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V, Votum der Landesbehörde auf Antrag nach § 137 Abs. 1 S. 5 SGB V)

Für diese Leistungen ist hier gem. § 6 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 jeweils auch darzustellen, mit welchen ergänzenden Maßnahmen die Versorgungsqualität sichergestellt wird.

01 Lebertransplantation

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand
wird nicht durchgeführt

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

02 Nierentransplantation

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand
wird nicht durchgeführt

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

03 Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand
wird nicht durchgeführt

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

04 Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

wird nicht durchgeführt

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

05 Stammzellentransplantation

Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand

wird nicht durchgeführt

Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung

Systemteil

D Qualitätspolitik

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden im Krankenhaus umgesetzt:

Die Verbesserung der Qualität in der Patientenbehandlung ist seit jeher oberstes Anliegen aller Ärzte und Pflegekräfte. Um dieses Bestreben zu unterstützen und auch auf alle anderen, nicht direkt am Behandlungsprozess Beteiligten auszuweiten, wurde bereits 1998 durch die Klinikumsleitung ein hausübergreifendes Qualitätsmanagement eingeführt. Dabei wurde von Anfang an ein umfassender, also alle Bereiche und Abteilungen sowie alle Vorgänge im Klinikum betreffender Ansatz verfolgt. Seitdem werden systematisch mittels Befragungen und Erhebungen Schwachstellen erkannt und abgebaut. Sämtliche im Laufe der Jahre erarbeiteten Neuerungen und Festlegungen werden in einem hausübergreifenden Qualitätsmanagement-Handbuch, welches allen Mitarbeitern im Intranet zur Verfügung steht, veröffentlicht. Das Leitbild des Klinikums dokumentiert ebenfalls, dass sich das Streben nach Qualität auf alle Bereiche der täglichen Arbeit ausdehnt.

Bereits im Jahr 2000 wurde festgelegt, dass sich das Klinikum auch einer externen Überprüfung des im Qualitätsmanagement Geleisteten unterziehen muss. Denn nur so kann für Patienten und Hausärzte objektiv belegt werden, dass die oben beschriebene kontinuierliche Verbesserung in allen Bereichen auch tatsächlich stattfindet.

Nach entsprechenden Vorarbeiten erfolgte im Dezember 2004 die erste KTQ-Zertifizierung. Das Klinikum gehörte damit zu den ersten 150 Krankenhäusern der BRD, welche dieses Zertifikat erhielten.

E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung

E-1 Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

Ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement besteht seit 1998 und stellt einen festen Bestandteil in der Organisationsstruktur des Klinikums dar. Alle strategischen Entscheidungen erfolgen in einer Qualitätskommission, welcher Führungskräfte aller Berufsgruppen und Abteilungen angehören. Die Tagesarbeit wird durch einen hauptamtlichen ärztlichen Qualitätsmanager ausgeführt. Das hausübergreifende QM wird dabei durch Qualitätsverantwortliche in allen Abteilungen und Bereichen unterstützt. Diese haben sich für ihre Tätigkeit in aller Regel durch entsprechende Weiterbildung qualifiziert und stellen das Bindeglied zwischen den Mitarbeitern in der Abteilung und dem hausübergreifenden QM dar. Der Stellenwert der Qualitätsarbeit wird auch dadurch bestätigt, dass sie der Tagesarbeit (z.B. in der Patientenversorgung) als gleichwertig angesehen ist.

Für alle im QM aktiven Mitarbeiter finden regelmäßige interne und externe Fortbildungen statt. Sie werden durch das hausübergreifende QM initiiert, welches ebenso alle Befragungen und interdisziplinären Projekte begleitet. Sämtliche Aktivitäten im QM ebenso wie die Zielplanung der Abteilungen für das kommende Jahr werden in einem jährlich aufgelegten Qualitätsentwicklungsbericht zusammengefasst.

E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen):

Neben der gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherung (C-1) beteiligt sich das Klinikum freiwillig an zusätzlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen und Vergleichen mit anderen Krankenhäusern. Beispielhaft können hier die ERCP (Papillotomieregister), die Herzkatheterdiagnostik, die Endoprothetik und die Hygiene auf Intensivstationen, sowie eine Vielzahl von klinischen Studien in den einzelnen Abteilungen genannt werden.

Daneben führt das Klinikum seit vielen Jahren regelmäßig Befragungen und Erhebungen zur Qualität in der Patientenversorgung durch. Patienten-, Mitarbeiter- und Hausärztebefragungen fanden in 1999, 2002 und 2005/2006 statt. Die Erkenntnisse aus den Befragungen werden systematisch ausgewertet und für Verbesserungen genutzt. Auch finden regelmäßig kleinere Erhebungen zur Qualität in der Patientenaufnahme, in der physikalischen Therapie, der Zufriedenheit der Angehörigen von Intensivpatienten sowie Wartezeitenanalysen in verschiedenen Bereichen statt. Kritik und Anregungen von Patienten werden durch das Beschwerdemanagement ausgewertet und stellen ebenfalls eine wichtige Information für organisatorische Verbesserungen dar.

E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Siehe C-1

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

In allen Bereichen und Abteilungen werden kontinuierlich durch die Qualitätsverantwortlichen und eigens hierfür gegründete Arbeitsgruppen Verbesserungen geplant und umgesetzt. Eine Bestätigung all dieser Initiativen erfolgte im Rahmen der Erteilung des KTQ-Zertifikats in 2004! Die nachfolgende Übersicht stellt nur einen kleinen Teil der durchgeführten Verbesserungsprojekte dar:

Einführung von klinischen Pfaden: Klinische Pfade stellen nach den aktuellsten Erkenntnissen standardisierte Behandlungsabläufe für häufige Diagnosen und Eingriffe dar. In einigen Abteilungen werden bis zu 60% der Fälle durch klinische Pfade unterstützt. Dadurch konnten die Vorbereitungszeiten vor Operationen verkürzt und nicht zwingend erforderliche Untersuchungen vermieden werden.

Neuorganisation des Reanimationsdienstes: Durch entsprechende Schulung der Mitarbeiter und Bildung spezieller Reanimations-Teams stehen im Notfall in jedem Bereich des Klinikums qualifizierte Ärzte und Pflegekräfte in kürzester Zeit bereit.

OP Management und -Organisation: Durch die Einführung eines OP-Koordinators konnte die Zahl der Patienten, die nicht am geplanten OP-Tag zur Operation kommen fast auf Null reduziert werden.

Aufnahmecenter: Im Aufnahmecenter der Abteilungen Allgemeinchirurgie und Endogap werden alle Vorbereitungen und Untersuchungen im Rahmen der Aufnahme koordiniert, so dass die Patienten in der Regel ohne nachträglich erforderliche Maßnahmen ihr Zimmer beziehen können.

Visite: Definition von Visitenstandards und Überprüfung derselben

Evidenzbasierte Medizin: Im Rahmen mehrerer Fortbildungen wurden Ärzte in der Nutzung der im Internet und Intranet zur Verfügung stehenden Wissens-Datenbanken unterwiesen.

Vorschlagswesen: Verbesserungsvorschläge und Anregungen der Mitarbeiter werden systematisch gesammelt. Sinnvolle Verbesserungsvorschläge werden regelmäßig prämiert.

Schockraum-Management: In einer speziellen Verfahrensanweisung wird die Zusammenarbeit aller Beteiligten bei der Erstversorgung von Schwerverletzten geregelt. Durch die Vermeidung von Reibungsverlusten können die Patienten so schnellstmöglichst der lebensnotwendigen Diagnostik und Behandlung (in der Regel Operation) zugeführt werden.

EDV gestützte Bilddokumentation: Im Bereich Endoskopie, Sonographie und Echokardiographie wurde ein Bilddokumentationssystem eingeführt. Es ermöglicht die Erstellung von Befunden direkt nach der

Untersuchung, so dass die Befunde ebenso wie das Bildmaterial allen Ärzten in den Stationen sofort zur Verfügung stehen.

Digitales Archiv: Alle Behandlungsunterlagen werden zeitnah nach Entlassung eines Patienten digitalisiert und stehen so allen Berechtigten z.B. bei Wiederaufnahme des Patienten unmittelbar zur Verfügung.

Koordinierte Entlassung: hausübergreifende Abstimmung der Tätigkeiten im Rahmen der Entlassung einschließlich detaillierter Patienten-Information und Führung von Entlassungs-Gesprächen.

G Weitergehende Informationen

Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht:

Wolfgang Türk, Geschäftsführer der Klinikum Garmisch-Partenkirchen GmbH

Ansprechpartner (z.B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Pressereferent; Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen):

Qualitätsmanager: Dr. Thomas Schmeidl
Pressebeauftragte: Gudrun Stadler

Links (z.B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage):

Homepage des Klinikums: www.klinikum-gap.de;
endogap - Klinik für Gelenkersatz: www.endogap.de
Im Rahmen der KTQ-Visitation überprüfter Qualitätsbericht des Klinikums:
http://www.ktq.de/ktq_qualitaetsberichte/ktq_images/qbericht_184.pdf
Broschüren und Informationsmaterial der einzelnen Fachabteilungen werden auf Wunsch zugesandt durch:
G. Stadler, Abteilung für Öffentlichkeitsarbeit und Marketing, Klinikum Garmisch-Partenkirchen, Auenstraße 6, 82467 Garmisch-Partenkirchen

H Ausstattung

H-1 Räumliche Ausstattung in den Fachabteilungen

Innere Medizin

Anzahl der Einbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	14		Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	10	9	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	36		Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der
Mehrbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	7		Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Pädiatrie

Anzahl der Einbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		2	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		2	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	13		Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Allgemeine Chirurgie

Anzahl der Einbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	4	3	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		17	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	24		Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Unfallchirurgie

Anzahl der Einbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	3	1	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		7	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	16		Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Urologie

Anzahl der Einbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	1	2	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		3	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	9		Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Anzahl der Einbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	2		Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
		4	Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	7		Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Augenheilkunde

Anzahl der Einbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	2		Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	1		Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Dreibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
	4		Mit TV und Telefon
			ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anästhesie

Anzahl der Einbettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
			Mit TV und Telefon
	1		ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

Anzahl der Zweibettzimmer

Mit:	Wasch- gelegenheit und WC	Dusche und WC	
			Mit TV und Telefon
	5		ohne TV und Telefon
			mit TV ohne Telefon
			ohne TV mit Telefon

H-1.2 Spezifisch für die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Gibt es einen eigenen Not-Sectio-Raum

ja nein

Ist die Möglichkeit einer zentralen CTG-Überwachung vorhanden

ja nein

H-1.3 Spezifisch für die Fachabteilung Urologie

Verfügt die Abteilung über ein Gerät zur extrakorporalen Stoßwellen-Lithotrypsie (ESWL) und zur Ureterrenoskopie

ja nein

H-1.4 Spezifisch für die Fachabteilung Orthopädie

Haben Sie eine Knochenbank

ja nein

Wenn ja, wird die Knochenbank nach den Richtlinien der Bundesärztekammer geführt

ja nein

H-2 Ausstattung an medizinischen Geräten in der Fachabteilung

H-2.1 Für alle Fachabteilungen

Abteilung	Notfallkoffer u. a. verfügbar
0100 Innere Medizin	Nein
0300 Kardiologie	Nein
0400 Nephrologie	Nein
0500 Hämatologie/internist.Onkologie	Nein
0700 Gastroenterologie	Nein
1000 Pädiatrie	Nein
1500 Allgemeine Chirurgie	Nein
1600 Unfallchirurgie	Nein
2200 Urologie	Nein
2300 Orthopädie	Nein
2400 Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Nein
2600 Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde	Nein
2700 Augenheilkunde	Nein
3300 Strahlenheilkunde	Nein
3500 Zahn-/Kieferhk., Mund-/Kieferchirur.	Nein
3700 Sonstige Fachabteilung	Nein
3751 Radiologie	Nein
Anästhesie	Nein

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 genau festgelegten Standards in unserem Aufnahmezentrum 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, (Psych.: der psychiatrischen Institutsambulanz), der Wiedereinbestellungsambulanz oder der Ermächtigungsambulanz (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 ist nach schriftlichen Leitlinien und so genannten Patientenpfaden geregelt. In allen Abteilungen ist dabei sichergestellt, dass ein Aufnahmekarnt 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 von 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 professioneller 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 Telefonanschluss, Fernsehen und Rundfunk. 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. 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 Koordinierung 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 Koordinierung der Behandlung: OP-Koordination

Die Durchführung der operativen Behandlung erfolgt koordiniert.

Die Planung des gesamten OP-Programms erfolgt regelmäßig 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 (Entlassung / Verlegung u. a.)

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 einer Vielzahl von 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. Dazu existiert 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. Positiv bewertete Vorschläge werden umgesetzt und prämiert.

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 unserer eigenen Hausfeuerwehr 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 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 hygienerelevanter Daten

Für die Analyse hygienerelevanter Bereiche wie auch die Ableitung entsprechender Verbesserungsmaßnahmen werden krankenhausesweit hygienerelevante Daten erfasst.

Hygienerelevante 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 krankenhausesweit eingehalten.

Die Hygienerichtlinien des Klinikums sind praxisnah und an den Vorgaben des Robert-Koch-Instituts orientiert. Für die zentrale Speiserversorgung wird das international anerkannte HACCP-Konzept angewandt. 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 geregelter 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 Autotransfusion (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 im gesamten 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, Endoskopie- und Herzkatheterbefunde, Dialyse und Anästhesiedokumentation) 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 berechnigte 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 eine regelmäßig erscheinende Mitarbeiterzeitung.

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, Kreisaalführungen), 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 Dienstanweisungen im QM-Handbuch hinterlegt. Der Zugang zu den in der EDV gespeicherten (Patienten-) Informationen ist nur für berechnigte 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 und bereits im Jahr 2000 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 allesamt 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 Chefarztekonzferenz 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 Chefarzte 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 Personalrat und dessen Vorsitzendem zusammen und fördert damit das gegenseitige Vertrauen. Darüber hinaus verschafft sich der Klinikumsdirektor durch Hospitationen bei verschiedenen Diensten (Pflege, Ärztlicher Dienst, Nothilfe) einen Überblick über die Situation der Mitarbeiter aus erster Hand. Das innerbetriebliche Vorschlagswesen regt die Mitarbeiter an, sich für die Verbesserung ihres Arbeitsplatzes zu engagieren. Durch gemeinsame Veranstaltungen wird ebenfalls der Zusammenhalt im Hause gefördert.

5.4 Erfüllung ethischer Aufgaben

Rechte und Ansprüche von Patienten, Angehörigen und Bezugspersonen werden krankenhausesweit 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 Konsiliardienst 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. Sterbende Patienten erhalten hierzu, wo immer möglich, ein eigenes Zimmer. Für Angehörige können Übernachtungsmöglichkeiten gestellt werden. Für die Mitarbeiter des Pflegedienstes werden regelmäßig 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 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 objektive 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 eine wichtige Information für künftige Verbesserungen betrachtet. Die 1999 eingerichtete Beschwerdestelle dient allen Patienten 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 die vorgeschriebenen Vollständigkeitskontrollen erfüllen.

6.4.2 Umgang mit den 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.