



## KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

KRAGES Burgenländische Krankenanstalten Ges.m.b.H.

<b>Krankenhaus:</b>	Krankenhaus Güssing	Krankenhaus Oberwart	Krankenhaus Kittsee	Krankenhaus Oberpullendorf
<b>Anschrift:</b>	Grazer Straße 15 A-7540 Güssing	Dornburggasse 80 A-7400 Oberwart	Hauptplatz 3 A-2421 Kittsee	Spitalstraße 32 A-7350 Oberpullendorf

**Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup>  
mit der Zertifikatnummer:** 2018-0018 KHVB A  
**durch die KTQ-GmbH, Berlin**

**Gültig vom:** 21.04.2018  
**bis:** 20.04.2021  
**Zertifiziert seit:** 09.05.2016

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>7</b>
1. Patientenorientierung	8
2. Mitarbeiterorientierung	12
3. Sicherheit - Risikomanagement	14
4. Informations- und Kommunikationswesen	18
5. Unternehmensführung	19
6. Qualitätsmanagement	21

## Vorwort der KTQ<sup>®</sup>

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

Gesellschafter der KTQ<sup>®</sup> sind die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG) und der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

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

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

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit - Risikomanagement,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung haben sich die Krankenhäuser zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung der Krankenhäuser – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Während der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren<sup>®</sup> gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft.

Auf Grund des positiven Ergebnisses der Fremdbewertung wurden den Krankenhäusern die KTQ-Zertifikate verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtungen sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2015.

Die Strukturdaten der Krankenhäuser werden ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Darin sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, beschrieben.

Wir freuen uns, dass die **Krankenhäuser der KRAGES Burgenländischen Krankenanstalten Ges.m.b.H. in Güssing, Oberwart, Kittsee und Oberpullendorf** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**Dr. med. B. Metzinger, MPH**

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**F. Wagner**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Als erster KTQ<sup>®</sup> zertifizierter Krankenanstaltenverbund in Österreich sehen wir unsere Aufgabe darin, gemeinsam eine bedarfsgerechte, den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende, medizinische und pflegerische Versorgung der regionalen Bevölkerung sicherzustellen.

Mit 48.000 stationären und 130.000 ambulanten Patienten pro Jahr legen wir unseren Fokus auf die Kernprozesse, um eine möglichst patientenzentrierte Versorgung zu gewährleisten. Qualität und Sicherheit sind dabei zentrale Eckpfeiler, die Patienten tagtäglich im Umgang durch unsere Mitarbeiter erfahren.

Unsere Einrichtungen,

- Krankenhaus Oberwart (Schwerpunktkrankenhaus)
- Krankenhaus Güssing (Standardkrankenhaus)
- Krankenhaus Oberpullendorf (Standardkrankenhaus) und
- Krankenhaus Kittsee (Standardkrankenhaus)

gewährleisten eine qualitativ hochwertige, den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen („State-of-the-Art“) entsprechende, individuelle Gesundheitsversorgung. Die hohen ethischen Standards des Unternehmens, werden von den Mitarbeitern mitgetragen und gelebt. Unsere Mitarbeiter sehen wir dabei als zentralen Erfolgsfaktor an, ihr Engagement gegenüber den Einrichtungen, tragen entscheidend zur Zielerreichung und Innovation bei.

Die Gewährleistung definierter Qualitätsansprüche in allen Unternehmensbereichen nimmt für die KRAGES einen hohen Stellenwert ein. Der Strukturaufbau und die Weiterentwicklung der Qualitätsmanagementsysteme, die medizinische und pflegerische Ergebnisqualität, die Kunden/Patienten-Orientierung sowie das entsprechende Risikomanagement sind wesentliche strategische Eckpfeiler für die Qualitätsentwicklung.

Die organisatorische Integration eines Qualitäts- und Risikomanagement war ein wichtiger Bestandteil der Qualitätsstrategie der KRAGES. Dadurch wird einer

langfristigen Wirksamkeit von Qualitätsaktivitäten, die sich in der Ergebnisqualität niederschlagen, Rechnung getragen.

Die Verbund-Zertifizierung nach KTQ<sup>®</sup> sehen wir als wesentlich an, um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess voranzutreiben, um so im Bereich Patientensicherheit und in den Kern-, Führungs- und Unterstützungsprozessen, eine laufende Verbesserung der Qualität herbeizuführen.

Wir freuen uns Ihnen, mit diesem Qualitätsbericht, einen umfassenden Einblick in unsere Häuser geben zu dürfen!

A handwritten signature in purple ink, appearing to read 'K. Helm'.

Ing. Mag. Karl Helm, MAS  
interimistischer Geschäftsführer

*Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird darauf verzichtet, geschlechtsspezifische Formulierungen zu verwenden. Es wird darauf hingewiesen, dass sich die verwendeten Begriffe im Sinne einer geschlechtsneutralen Formulierung, auf Männer und Frauen in gleicher Weise beziehen.*

# Die KTQ-Kategorien

## 1. Patientenorientierung

### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Alle Krankenhäuser sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln und dem PKW gut zu erreichen. Parkplätze sowie Behindertenparkplätze stehen zur Verfügung. Der Zugang zu den Krankenhäusern ist barrierefrei. Wegeleitsysteme und Piktogramme ermöglichen eine schnelle Orientierung. Zur Erleichterung der Aufnahme stehen im Eingangsbereich Rollstühle zur Verfügung.

Um ein effizientes Aufnahmemanagement zu gewährleisten wird zwischen geplanten stationären Aufnahmen und Notfällen unterschieden. So ist sichergestellt, dass Patienten eine auf sie individuell zugeschnittene Leistung erfahren.

Die Information der Patienten und ihrer Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen zur Aufnahmeplanung erfolgt unmittelbar und direkt im Gespräch mit dem Arzt. Schriftliches Informationsmaterial wird dem Patienten diagnosespezifisch ausgehändigt. Darüber hinaus können sich Patienten und Besucher im Internet über hauspezifische Informationen zum stationären Aufenthalt und das Leistungsspektrum informieren.

### 1.1.2 Leitlinien und Standards

Maßnahmen, wie häuserübergreifende Richt- und Leitlinien stellen sicher, dass Qualität in bester medizinischer und pflegerischer Versorgung erbracht wird. Schon bei der Erstellung werden abteilungsübergreifend Experten (z.B. Pflege, Medizin, Hygiene) miteinbezogen um eine evidenzgestützte Patientenversorgung zu gewährleisten. Eine regelmäßige Evaluierung der Richt- und Leitlinien garantiert, dass in den Häusern nach den neuesten wissenschaftlichen Standards gehandelt wird.

### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Während der Aufnahmeuntersuchung werden alle Aspekte der individuellen Behandlung krankheitsbildbezogen mit dem Patienten besprochen. Dabei werden Angehörige auf Wunsch miteinbezogen. Religiöse und kulturelle Besonderheiten finden Berücksichtigung. Fremdsprachige Patienten werden in allen Häusern von Mitarbeitern mit Fremdsprachenkenntnissen oder durch einen Dolmetscher unterstützt.

In allen Häusern stehen für die Patienten spezifische Serviceleistungen zur Verfügung, wie eine Krankenhauseelsorge, psychologische Betreuung und Patientenschulungen (z.B. Diabetes).

### 1.1.4 Ernährung und Service

Die Patientenzimmer verfügen über ein WC und zum Teil über eine Nasszelle. Auf Wunsch besteht die Möglichkeit einen kostenfreien Internetzugang zu erhalten. Wertgegenstände können verschlossen verwahrt werden. Auf allen Stationen stehen Getränke zur freien Entnahme zur Verfügung. Falls gewünscht, kann die Krankenhauskapelle aufgesucht werden.



Die Patienten haben die Möglichkeit unter Berücksichtigung der medizinischen, kulturellen und religiösen Bedürfnisse, aus verschiedenen Menüs zu wählen.

#### *1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung*

Um eine Rund-um-die Uhr Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten, sind die Notaufnahmen 24 Stunden besetzt. In den Abteilungen, in denen Notaufnahmen möglich sind, sichern Fachärzte und diplomiertes Pflegepersonal die medizinische Erstversorgung. Für Eingriffe oder Behandlungen, die vor Ort nicht angeboten werden können, wird eine zeitnahe Überstellung in eine entsprechende Einrichtung veranlasst.

#### *1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung*

Die Bestellung der Patienten erfolgt elektronisch. Bei jedem Patienten erfolgt eine umfassende individuelle ärztliche Aufnahmeuntersuchung. Vorbefunde werden eingescannt. Die Patienten bekommen ein ambulantes Befundblatt ausgehändigt und zusätzlich wird ein Arztbrief elektronisch versendet. Erfordert die durchgeführte Untersuchung eine weiterführende Diagnostik oder Therapie, erfolgt eine direkte Kontaktaufnahme und die Einberufung des Patienten, gegebenenfalls unter Einbeziehung des betreuenden extramuralen Arztes.

#### *1.3.2 Ambulante Operationen*

Die Entscheidung zur Operation wird nach der Untersuchung in der Fachambulanz getroffen, der Patient aufgeklärt und der Termin fixiert. Am Tag des Eingriffes wird der Patient, um Risiken zu vermeiden, vom Arzt erneut begutachtet. Eingriffe, die keine stationäre Nachbetreuung benötigen, finden als Operationen im OP zumeist über Aufnahme an der Tagesklinik (z.B. Interdisziplinäre Augentagesklinik) oder in der ambulanten Behandlungseinheit statt. Die Abschlussuntersuchung erfolgt durch den zuständigen Arzt der jeweiligen Fachabteilung.

#### *1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung*

In der stationären Diagnostik erfolgt nach der Anamneseerhebung die Behandlungsplanung für den Patienten. Es wird ein individueller Therapieplan erstellt, wobei die Therapieplanung anhand von standardisierter, evidenzbasierter Vorgabe erfolgt. Bei der Anwendung wird stets auf die individuellen Gegebenheiten des Patienten Rücksicht genommen.

Im Pflegeassessment erfolgt eine Ist-Stand Erhebung des Patienten mit Risikobewertung, daraus wird die Pflegeplanung abgeleitet. Eine fächerübergreifende Zusammenarbeit sowie die Abstimmung des Behandlungsprozesses sind während des gesamten Verlaufs gegeben.

#### *1.4.2 Therapeutische Prozesse*

Die Planung der Therapie des Patienten orientiert sich an evidenzbasierten Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaft. In der Pflegeplanung werden Defizite und Ressourcen des Patienten erhoben und auf Basis dieser, Pflegediagnosen erstellt. Daraus werden erforderliche prophylaktische Maßnahmen ab-

bzw. eingeleitet (z.B. Physiotherapie). Die Medikamentengabe und Schmerztherapie erfolgen auf Basis von Leitlinien. Für akut nicht beherrschbare Schmerzen sowie für die Behandlung von chronischen Schmerzpatienten, können ausgebildete Schmerztherapeuten zur Unterstützung herangezogen werden.

#### *1.4.3 Operative Prozesse*

Die Indikationsstellung eines operativen Eingriffs erfolgt in den jeweiligen Fachambulanzen durch einen fachlich qualifizierten Arzt. Die Aufklärung über die Operation erfolgt bereits zum Zeitpunkt der OP-Terminvergabe, dabei wird dem Patienten der OP-Revers ausgehändigt. Zusätzlich wird die präoperative Untersuchung beim Anästhesisten vereinbart. Die Interdisziplinäre und multiprofessionelle Abstimmung erfolgt täglich bei der OP-Programm Besprechung. Die Planung der OP-Organisation und OP-Koordination ist im OP-Statut geregelt. An jeder Schnittstelle der Patientenübergabe, -übernahme bzw. im OP selbst, findet leitlinienkonform eine Patientenidentifikation bzw. das Team Time Out mittels WHO konformer Checkliste, zwischen OP- und Anästhesie Team statt. Die Planung der postoperativen Therapie im Aufwachraum obliegt dem behandelnden Anästhesisten.

#### *1.4.4 Visite*

Visiten sind ein wesentlicher Bestandteil der patientenzentrierten Versorgung. Bei der Visite, die von einem Facharzt oder von einem durch den Abteilungsvorstand berechtigten Assistenzarzt und der Pflege gemeinsam durchgeführt werden, wird über Therapien und zusätzliche Untersuchungen entschieden. Bei Bedarf werden Konsilien anderer Fachdisziplinen angeordnet. Die Dekursierung der Visite erfolgt in einem hausweit, einheitlichen Dokumentationssystem.

#### *1.5.1 Entlassungsprozess*

Der Zeitpunkt der Entlassung wird vom visitierenden Facharzt unter Einbeziehung der Patienten, Angehörigen und des Pflegepersonals festgelegt. Ein Team von ausgebildeten Entlassungsmanagern informiert Patienten und deren Angehörige, wenn nötig bereits vor der geplanten Entlassung über die weitere Vorgehensweise und organisiert die weiteren Schritte. Jeder Patient erhält am Entlassungstag einen Arztbrief mit allen erforderlichen Angaben über Diagnosen, Befunde, Verlauf, Medikation sowie Weiterbehandlungsempfehlungen.

#### *1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung*

Der Umgang mit Sterbenden in Respekt vor der Autonomie und Würde des Patienten, wird von allen Krankenhausmitarbeitern gelebt. Dazu zählt sowohl der empathische menschliche Umgang mit dem Patienten und seinen Angehörigen, als auch der adäquate Einsatz aller zur Verfügung stehenden medizinischen Mittel zur Vermeidung oder Minimierung von Beschwerden (wie z.B. Atemnot oder Schmerzen). Auf Wunsch können Seelsorger und Priester unterschiedlicher Konfessionen hinzugezogen werden. Räumlichkeiten zur individuellen Begleitung durch Angehörige, stehen zur Verfügung. Unter Berücksichtigung der Patientenverfügung erfolgt die Planung und Umsetzung der Sterbebegleitung und der palliativmedizinischen Versorgung.

### *1.6.2 Umgang mit Verstorbenen*

Die Versorgung verstorbener Patienten erfolgt respekt- und würdevoll. Angehörige können vom hauseigenen Seelsorge-Team unterstützt werden. Verabschiedungsräume und Kapellen stehen den Angehörigen als Rückzugsort zur Verfügung.

## 2. Mitarbeiterorientierung

### 2.1.1 Personalbedarf

Die Planung ausreichender Personalressourcen erfolgt unter der Berücksichtigung von gesetzlichen Bestimmungen (z.B. Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz) und des Leistungsangebots der jeweiligen Abteilung. Die jährlich stattfindende Budgetverhandlung dient dabei als Berechnungs- und Planungsverfahren für den Personalbedarf.

### 2.1.2 Personalentwicklung

Die Qualifikationsanforderungen an die Mitarbeiter ergeben sich aus den geltenden gesetzlichen Bestimmungen sowie aus den Anforderungen der Funktionsbeschreibung. In diesen sind die Qualifikationen, Aufgabenbereiche und Kompetenzen geregelt. Hieraus leiten sich die Anforderungsprofile für nachgeordnete Mitarbeiter ab. Der Fort- und Weiterbildungsbedarf wird abteilungs- und berufsgruppenbezogen ermittelt und ist Grundlage für eine kontinuierliche fachliche Weiterqualifizierung der Mitarbeiter.

### 2.1.3 Einarbeitung

Für die Zeit der Einarbeitung wird dem Mitarbeiter ein Mentor bzw. Praxisanleiter zur Seite gestellt. Die Einarbeitungszeit wird individuell angepasst. Es gibt spezifische nach Berufsgruppen definierte Checklisten, die dem neuen Mitarbeiter ausgehändigt werden und die ihm bzw. seinem Vorgesetzten Aufschluss über notwendige bzw. absolvierte Einführungsschulungen geben. Darüber hinaus gibt es gekennzeichnete Informationsbereiche im Intranet, die zusätzlich die Mitarbeiter in der Einarbeitungsphase unterstützen. Es finden während der Einarbeitungszeit bedarfsorientierte Mitarbeitergespräche statt, die die Möglichkeit beidseitiger Reflexion hinsichtlich Mitarbeiterzufriedenheit, Einarbeitung und Integration geben. Der Stand der Einarbeitung aller neuen Mitarbeiter wird während der täglichen Arbeit überprüft und dient als Grundlage für die Beurteilung der Fertigkeiten und Fähigkeiten zum Ende der Probezeit.

### 2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Die KRAGES als Rechtsträger der Allgemeinen Schule für Gesundheit- und Krankenpflege, bildet den gehobenen Dienst für Gesundheit- und Krankenpflege, Pflegefachassistenten und Praxisanleiter aus. Auf jeder Station ist mindestens ein Praxisanleiter tätig, der den Auszubildenden zur Seite steht. Es besteht zur Ausbildung der Physiotherapie, eine Kooperation mit der Fachhochschule Burgenland. Im medizinischen Bereich werden gesetzeskonforme Famulaturen, Ausbildungen im Klinisch Praktischen Jahr (KPJ), zum Allgemeinmediziner und zum Facharzt angeboten.

Die Fortbildungen sind auf das Leistungsspektrum der Häuser abgestimmt und ermöglichen, dass qualifiziertes Fachwissen der Mitarbeiter durch eine strukturierte und geplante Weiterbildung sichergestellt wird. Für die Fortbildung kann in Absprache mit dem Vorgesetzten Sonderurlaub bis zu maximal

insgesamt 10 Tagen gewährt werden bzw. werden definierte Fortbildungen vom Unternehmen finanziert. Im Rahmen der jährlichen Budgetierung wird ein Fortbildungsbudget festgelegt.

Klinische Mitarbeiter haben Zugang zum Internet und können tagesaktuelle wissenschaftliche Informationen und Guidelines abrufen (Up-to-date, [www.ebn.at](http://www.ebn.at) etc.).

#### *2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance*

Die Arbeitszeiten der Mitarbeiter im Ärztlichen Dienst und im Pflegedienst werden EDV-gestützt erfasst und sind transparent nachvollziehbar. Grundlage für die Erstellung der Dienstpläne sind die Arbeitszeitgesetze, unternehmensweite Betriebsvereinbarungen und Dienstanweisungen. Für die Einhaltung der Planungen sind die Vorgesetzten verantwortlich. Die KRAGES bietet den Mitarbeitern Vollzeit- und verschiedene Teilzeitmodelle an. Auf die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird geachtet. Weiters werden gesundheitsfördernde Angebote (z.B. Rückenschule) angeboten. Ein Gleichstellungsbeauftragter sowie eine Burnoutberatung stehen den Mitarbeitern unterstützend zur Seite.

#### *2.1.6 Ideenmanagement*

Das Leitbild der KRAGES und die daraus resultierenden Führungsgrundsätze verpflichten die Kollegiale Führung zu einem respektvollen und wertschätzenden Umgang mit Mitarbeiterideen, -wünschen und -beschwerden. Jedem Mitarbeiter ist es ungehindert, auch anonym (via Briefkasten) möglich, Ideen, Wünsche und Beschwerden einzubringen. Grundsätzlich kann jeder Mitarbeiter sein Anliegen über den Dienstweg an die Kollegiale Führung richten. Eine weitere Möglichkeit des Einbringens von Vorschlägen und Beschwerden bietet das periodisch stattfindende Mitarbeiterorientierungsgespräch.

### 3. Sicherheit - Risikomanagement

#### 3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Der Umsetzung der Leitmaxime "Wir pflegen einen konstruktiven Umgang mit Konflikten und Fehlern", wird dadurch Rechnung getragen, als dass Mitarbeiter ermutigt werden, sicherheitsrelevante Ereignisse (z.B. Beinahefehler) anonym an das Fehlerberichts- und Lernsystem „CIRSmedical“ zu melden. Alle Meldungen werden im Sinne einer gelebten Sicherheitskultur besprochen und entsprechende Maßnahmen abgeleitet. Risikomanagement ist vor allem eine Führungsaufgabe, daher ist die Zuständigkeit für das Risikomanagement auch bei der Kollegialen Führung und den einzelnen Abteilungsleitern angesiedelt. Diese Führungskräfte werden von eigens ausgebildeten Risikomanagern unterstützt, welche die Werkzeuge zur Risikoanalyse beherrschen. Das Beschwerderegister, klinisch-pathologische Konferenzen und Audits runden eine proaktive Sicherheitskultur in den Häusern ab. Zusätzlich ist das zentrale, klinische Risikomanagement als Schnittstelle zu den Versicherungen und Patientenadvokatur tätig.

#### 3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Schon bei der Aufnahme erfolgt die Ersteinschätzung der Patienten in Bezug auf Eigen- und Fremdgefährdung. Dazu wurden die sechs Patientensicherheitsziele der WHO in Form von Leitlinien implementiert. Die Einschätzung einer möglichen Eigen- oder Fremdgefährdung erfolgt im Rahmen der ärztlichen wie pflegerischen Anamnese. So werden bei Personen mit einem erhöhten Sturz- oder Dekubitusrisiko relevante Pflegediagnosen erstellt und notwendige Maßnahmen umgesetzt. Bereits beim Aufnahmegespräch werden Patienten über mögliche technische Hilfsmittel informiert und diese angeboten (z.B. Gehhilfen, Haltegriffe, etc.). Stürze und Dekubiti werden durch die Pflege protokolliert, die Ergebnisse werden als Kennzahl ausgewertet. Für Risikopatienten werden im Rahmen der Pflegeplanung Maßnahmen bzw. Prophylaxen festgelegt. Diverse Checklisten im täglichen Einsatz, tragen zur Sicherheit des Patienten bei.

#### 3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Leitlinien beschreiben den strukturierten Ablauf eines medizinischen Notfalls. Das qualifizierte Notfallteam wird durch die Wahl einer spezifischen Alarmierungsnummer in Kenntnis gesetzt. Notfallkoffer und Reanimationswägen, die nach internationalen Standards ausgestattet sind und leitlinienkonform überprüft werden, stehen dem Notfallteam zur Verfügung. Darüber hinaus finden sich an definierten Stellen in den Häusern Defibrillatoren. Alle 2 Jahre werden verpflichtende Reanimationsschulungen für alle Mitarbeiter abgehalten.

#### 3.1.4 Organisation der Hygiene

Für die gesetzlich vorgeschriebene Einhaltung der Hygienevorgaben ist in den Häusern ein Hygienekernteam als Stabstelle der Kollegialen Führung tätig. Dies besteht aus einem Hygienebeauftragten Arzt und einer Hygienefachkraft. Ziel ist es, Maßnahmen umzusetzen, die der

Erkennung, Überwachung, Verhütung und Bekämpfung von Infektionen und der Gesunderhaltung dienen. Nach den geltenden EU- Normen werden Umgebungsuntersuchungen durchgeführt. Das Hygieneteam führt Hygienebegehungen und Hygieneschulungen durch und erstellt bzw. aktualisiert die Hygiene-Richtlinien sowie die Reinigungs- und Desinfektionspläne.

### *3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement*

Der professionelle Weg bei Auftreten meldepflichtiger Infektionen ist in den Hygienerichtlinien geregelt und im Intranet für die Mitarbeiter zugänglich. Weiters sind Maßnahmen zur Verbesserung der Händedesinfektion, die hygienische Kontrolle der Wasserversorgung und Screening-Verfahren in den Richtlinien und den Hygieneplänen abgebildet. Bei Aufnahme von Patienten mit bekannter oder vermuteter Infektion, werden entsprechende Untersuchungen in die Wege geleitet. Bei gehäuften Infektionsaufkommen (Verdacht auf Ausbruchsgeschehen) erfolgt eine sofortige Verständigung des Hygieneteams. Im stationären Bereich stehen Einzelzimmer als Isolierzimmer zu Verfügung. Im Fall von leicht übertragbaren, nosokomialen Infektionen werden Patienten entweder einzeln oder ggf. in der Kohorte isoliert. Eine systematische Erfassung von hygienerlevanten Daten erfolgt elektronisch über Hybase. Die Vertreter der Hygieneteams nehmen regelmäßig an Visiten der operierenden Fächer teil. Der Antibiotikaverbrauch ist in allen Häusern durch die elektronische Erfassung abrufbar.

### *3.1.6 Arzneimittel*

Im Krankenhaus Oberwart wird eine Anstaltsapothek geführt, die für die Medikamentendepots in den anderen KRAGES-Krankenhäusern als Lieferapothek fungiert. Die Stationen und Bereiche aller vier Krankenhäuser werden durch eine Anstaltsapothekerin überprüft. Die Lagerhaltung und Nachbestellung der Arzneimittel werden EDV-gestützt abgewickelt. Eine hausübergreifende zentrale Arzneimittelkommission ist eingerichtet. Um die Zuständigkeit und Regelmäßigkeit der Anpassung des medikamentösen Regimes und speziell des Antibiotika-Einsatzes sicherzustellen, wurde eine KRAGES weite Antibiotikastrategie implementiert.

### *3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin*

Es wird die Strategie einer möglichst patientennahen Laboranalyse verfolgt, um Proben transportwege und Wartezeiten auf die Analysenergebnisse so gering als möglich zu halten. "Point-of-Care-Testing" an allen vier Standorten ergänzen das Angebot der vier Laborstandorte.

Die Blutdepots sind in den Laborverbund der KRAGES integriert und werden gemäß den offiziellen österreichischen Richtlinien der Transfusionsmedizin geführt. Die Blutdepots an allen vier Standorten des Laborverbundes der KRAGES, werden von einem Facharzt mit der Zusatzausbildung „Blutdepotleiter“ geführt.

### *3.1.8 Medizinprodukte*

Das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten in und außerhalb von Einrichtungen des Gesundheitswesens ist Bestandteil des Medizinproduktegesetzes. Die Bedienung von medizin-technischen Geräten erfolgt ausschließlich durch geschultes Personal. Jede Einweisung wird dokumentiert. Technische Sicherheitsbeauftragte sind für sicherheitsbezogene Themen von medizinisch-technischen Geräten nominiert.

### *3.2.1 Arbeitsschutz*

Die Umsetzung des Arbeitsschutzes erfolgt auf Basis des Arbeitnehmerschutzgesetzes. Der Arbeitgeber ist hauptverantwortlich für die Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen im Arbeitsschutz. Es stehen ihm hierzu hausintern und extern Personen, qualifizierte Fachkräfte bzw. Gremien, als Unterstützung zur Verfügung. Es werden Sicherheitsfachkräfte, Arbeitsmediziner sowie Sicherheitsvertrauenspersonen zum Schutz der Mitarbeiter bestellt. Vorgehensweisen bei Arbeitsunfällen, Vorkehrungen zum Strahlenschutz und der Umgang mit Gefahrstoffen, sind Themenbereiche des Arbeitsschutzes und sind umfassend geregelt. Arbeitsplatzevaluierungen werden durch die Arbeitsmedizin und die Sicherheitsfachkraft in allen Bereichen durchgeführt und dokumentiert.

### *3.2.2 Brandschutz*

Alle vier Krankenhäuser haben eigene ausgebildete Brandschutzbeauftragte und Brandschutzbeauftragte-Stellvertreter, die in den Bereich "Sicherheit" der KRAGES eingegliedert sind. Darüber hinaus sind mehrere hausinterne Brandschutzbeauftragte in den jeweiligen Krankenhäusern nominiert. Brandschutzbegehungen, die Prüfung der Brandmeldeanlage sowie der Brandschutztüren und der Löschvorrichtungen werden regelmäßig durchgeführt. Brandschutzordnung, Fluchtweg- und Brandschutzpläne werden zumindest jährlich bzw. nach Bedarf aktualisiert und überarbeitet. Periodische Brandschutzbegehungen und interne Audits zum Brandschutz werden vom Brandschutzbeauftragten durchgeführt. Bestehende und neu eintretende Mitarbeiter erhalten in regelmäßigen Abständen Brandschutzunterweisungen. Brandschutzschulungen zählen zu den verpflichtenden Schulungsmaßnahmen für alle Mitarbeiter.

### *3.2.3 Datenschutz*

Patientendaten sind hochsensibel, personenbezogene Daten und gelten als besonders schützenswert. Durch ein KRAGES-weites Berechtigungskonzept wird sichergestellt, dass autorisierte Mitarbeiter Zugang zu diesen sensiblen Daten haben. Die Übermittlung von patientenbezogenen Daten erfolgt deshalb ausschließlich mittels geeigneter Technologien.

### *3.2.4 Umweltschutz*

Die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben (z.B. Abfallwirtschaftsgesetz) dient als Basis für einen umwelt- und ressourcenschonenden Umgang mit Abfall. Um dies zu gewährleisten, wurde ein Abfallbeauftragter nominiert, welcher das Abfallwirtschaftskonzept verantwortet. Dazu zählt z.B. wie die Handhabung des



Abfalls im Krankenhaus geregelt wird. Weiters erfolgte eine Zertifizierung nach der energiespezifischen Norm ISO 50001. Ferner wird beim Einkauf auf Umweltverträglichkeit geachtet.

### *3.2.5 Katastrophenschutz*

Die Katastrophenpläne definieren die Vorgehensweise im Katastrophenfall und dienen zum Schutz von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern. Dieser wird regelmäßig evaluiert, neue Mitarbeiter werden dahingehend eingeschult. Im Katastrophenfall kommt ein eigener Krisenstab zum Einsatz, aufgebaut ist dieser nach den Vorgaben des Staatlichen Krisen- und Katastrophenschutzmanagements.

### *3.2.6 Ausfall von Systemen*

Gesetze, Verordnungen, Melde- und Alarmierungssysteme sowie eine zentrale Leittechnik ermöglichen eine effektive Prävention von Systemausfällen. Sollte es dennoch zu einem Ausfall kommen, sichern Notstromanlagen den Ausfall der Stromversorgung. Vorkehrungen für den Ausfall der Wasserversorgung sowie der Heiz- und Klimaanlage und der Telefonzentrale sind getroffen. Ferner ist die Versorgung mit medizinischen Gasen sichergestellt.

## 4. Informations- und Kommunikationswesen

### 4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Durch eine zeitgemäße, einheitliche IT-Ausstattung der Krankenhäuser die zentral in der Direktion der KRAGES angesiedelt ist, wird eine bestmögliche, technische Netzwerkstruktur sichergestellt. Die zentrale Organisation wird durch lokale EDV-Ansprechpartner ergänzt. Umfassende Regelungen durch Gesetze, Dienstanweisungen und der KRAGES „IT-Security Grundsätze und Leitfäden“ beugen Verlust, Verfälschung, Manipulation und unerwünschte Offenlegung von patientenbezogenen Informationen vor.

### 4.2.1 Klinische Dokumentation

Für jeden Patienten wird eine Krankengeschichte elektronisch im SAP geführt, mit Ausnahme des Behandlungsplans/der Fieberkurve. In einigen Spezialbereichen (Anästhesie und Intensiv) ist das elektronische Patientendatenmanagementsystem bereits eingeführt. Behandlungsrelevante Dokumente werden eingescannt und im SAP beim Patienten geführt.

### 4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Eine zeitnahe und vollständige Verfügbarkeit relevanter Daten wird durch Anstaltsordnungen und Berechtigungskonzepte umfassend geregelt. Dabei ist der Schutz von hochsensiblen Patientendaten vorrangiges Ziel, deshalb erhält jeder Mitarbeiter jene Zugriffsrechte auf die elektronischen Daten und IT-Systeme der KRAGES, die er für die Erfüllung seiner Aufgaben benötigt. Die elektronische Dokumentation wird von der IT-Abteilung archiviert und die Archive lesbar gehalten.

### 4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Ein internes und externes Berichtswesen und regelmäßige Besprechungen stellen eine adressatengerechte Informationsversorgung sicher. Die Besprechungsintervalle werden übergeordnet in einer „Besprechungsmatrix“ festgehalten. Darüber hinaus werden spezifische Informationen per E-Mail ausgesandt. Informationsveranstaltungen, Pressemeldungen sowie Vernetzungstreffen dienen als weitere Informationsinstrumente.

### 4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Es werden verschiedene Berichtsarten genutzt um einen strukturierten Berufsgruppen- und Hierarchie übergreifenden Informationsaustausch zu gewährleisten. Der Portier ist dabei die erste Ansprechperson für Anstaltsfremde und nimmt im Brand- und Katastrophenfall eine zentrale Schlüsselfunktion ein. Um eine effiziente Telefonvermittlung sicherzustellen, wird der Portier mit aktuellen und relevanten Informationen versorgt.

## 5. Unternehmensführung

### 5.1.1 Philosophie/Leitbild

Die Unternehmensphilosophie der KRAGES sowie die Führungsgrundsätze werden im Leitbild erläutert. Schon bei der Leitbilderstellung wurde auf die Integration aller Berufsgruppen geachtet. Die regelmäßig stattfindenden Einführungsveranstaltungen für neue Mitarbeiter unterstreichen die Bedeutung des Leitbildes und erläutern es. Darüber hinaus ist das Leitbild in den Bereichen ausgehängt, auf der Homepage und im Intranet veröffentlicht und im Qualitätsmanagement-Handbuch abgebildet.

### 5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Die Führungsgrundsätze, die auch die zentralen Leitmaximen des Handelns darstellen, sind im Leitbild beschrieben. Da Mitarbeiter als zentrale Erfolgsfaktoren gesehen werden, wurde eine eigene Führungskräfteförderung etabliert, um zukünftige Führungskräfte im Unternehmen auszubilden. Weiters wird das Vertrauen zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten durch Instrumente wie dem Mitarbeiterorientierungsgespräche (MOGs) sowie anderen vielfältigen vertrauensbildenden Maßnahmen wie Supervision oder Coaching unterstützt.

### 5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Der ethischen, kulturellen und religiösen Verantwortung wird umfassend Rechnung getragen. Es wurde ein eigener „KRAGES Ethik- und Compliance Kodex“ etabliert, der in medizin-ethischen Themen Hilfestellungen bietet. Weiters regeln Handbücher und Richtlinien ethisches Verhalten und Management. Auf operativer Ebene unterstützen Seelsorger die Patienten während ihres stationären Aufenthaltes.

### 5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Der Geschäftsführer fungiert als Medienvertreter, denn er repräsentiert das Unternehmen nach außen und verantwortet die externe Kommunikation; öffentliche Auftritte werden dabei mit dem Eigentümer akkordiert. Die Richtlinie Krisenkommunikation regelt die Kommunikationsabläufe im Krisenfall.

### 5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Eine KRAGES-weite Qualitätsstrategie, um Leitsätze zu verfolgen und Ziele zu erreichen, wurde unter Einbeziehung von klinisch tätigen Mitarbeitern der einzelnen Krankenhäuser ausgearbeitet und mit den Kollegialen Führungen vereinbart. Der Strukturaufbau und die Weiterentwicklung der QM-Systeme, die medizinische und pflegerische Ergebnisqualität, die Kunden-/Patienten-Orientierung sowie das entsprechende Risikomanagement, sind die wesentlichsten strategischen Eckpfeiler für die Qualitätsentwicklung in den KRAGES-Krankenhäusern.

### 5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Wirtschaftliche Kennzahlen und Leistungskennzahlen werden laufend erhoben und ausgewertet. Das Controlling und Berichtswesen dient dem Kaufmännischen Direktor der einzelnen Krankenhäuser dazu,

laufend auf die Finanzzahlen seines Krankenhauses zuzugreifen und gegebenenfalls Korrekturmaßnahmen zur Erreichung der Ziele auszulösen.

### *5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen*

Alle KRAGES-Krankenhäuser übernehmen gesellschaftliche Verantwortung, indem sie gemäß einer Kooperationsvereinbarung als Lehrkrankenhäuser für die Universitätskliniken in Wien und in Graz (KPJ) dienen. Weiters ist ein KRAGES-weites Tumorboard für die Koordination der Behandlungsentscheidungen bei onkologischen Patienten in Kooperation mit der Abteilung für Radioonkologie und Strahlentherapie des KH Wiener Neustadt etabliert. Kooperationen bestehen mit Pflegeeinrichtungen.

### *5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien*

Organigramme der KRAGES-Direktion sowie der Krankenhäuser und Funktionsbeschreibungen dienen zur Beschreibung der Organisationsstruktur. In den einzelnen Krankenhäusern sind Gremien und Arbeitskreise (z.B. Hygienearbeitskreis, Praxisanleiter, Wundmanagement etc.) sowie gesetzlich nominierte Beauftragte tätig.

### *5.3.2 Innovation und Wissensmanagement*

Medizinische und pflegerische Datenbanken (z.B. Up-to-Date, PflegeHeute), die Integration von Mitarbeitern und die Weitergabe von Informationen (Multiplikatorenansatz) in z.B. Arbeitsgruppen, Fortbildungen sowie Teambesprechungen dienen dem Wissenstransfer und sind die zentralen Bausteine des Wissensmanagements in der KRAGES.

## 6. Qualitätsmanagement

### 6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Das Qualitätsmanagementsystem zielt darauf ab, die Qualität der angebotenen Dienstleistungen (und Produkte) zu verbessern. Es soll so zu einem dauerhaften Verbesserungsprozess angeregt werden. Die Aufgabe der Kollegialen Führung im Qualitätsmanagementprozess ist es, die Qualitätssicherung der einzelnen Häuser sowie den Einsatz einer Qualitätssicherungskommission zu übernehmen. Ein Qualitätsmanagement-Kernteam das aus Spitalsmitarbeitern unterschiedlicher Berufsgruppen besteht, übernimmt die Qualitätsmanagement Aufgaben auf operativer Ebene. Zu den Themen, die das Kernteam bearbeitet, zählen unter anderem die Dokumentenlenkung, das Beschwerdemanagement und das Risikomanagement.

### 6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Die Prozessarbeit basiert auf dem PDCA Zyklus, welcher es möglich macht, Abläufe effektiv, sicher und nachhaltig zu gestalten. Im Fokus der Kernprozesse steht eine umfassende patientenzentrierte Versorgung. Die Optimierung jener Prozesse und Schnittstellen erfolgt dabei durch eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit der einzelnen Standorte und der Direktion.

### 6.2.1 Patientenbefragung

Eine zweijährlich durchgeführte Patientenbefragung ermöglicht Rückschlüsse über die Qualität der erbrachten Leistungen sowie auf die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten einzugehen. Darüber hinaus besteht für Patienten sowie deren Angehörige die Möglichkeit, neben der zweijährlichen Patientenbefragung ihr Anliegen per Feedbackbogen mitzuteilen. Diese liegen in den Häusern auf und können in Briefkästchen eingeworfen werden.

### 6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Durch die Befragung von Zuweisern und externer Einrichtungen können Synergieeffekte genutzt werden und Verbesserungsmaßnahmen im Zuweisungs- und Kommunikationsprozess abgeleitet werden.

### 6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Mitarbeiter werden als zentraler Erfolgsfaktor im Unternehmen angesehen. Aus diesem Grund werden Mitarbeiterbefragungen durchgeführt, um systematisch Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten. Wenn ein Mitarbeiter das Unternehmen verlässt, werden Austrittsgespräche geführt. Diese Informationen werden als Chance für Verbesserungen genutzt.

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

Beschwerden dienen zur Ableitung von Verbesserungspotentialen, dazu wurde KRAGES-weit die Richtlinie Beschwerdemanagement, die eine standardisierte Vorgehensweise bei mündlichen oder schriftlichen Beschwerden vorsieht, etabliert. Die Erfassung erfolgt elektronisch, so können Beschwerden

in strukturierter Form ausgewertet werden. Feedbackbögen liegen für Patienten und deren Angehörige in allen Etagen der Häuser auf.

#### *6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren*

Qualitätsrelevante Daten werden auf vielfältige Weise dargestellt. Die Kern- und Stützprozesse werden dabei KRAGES-weit in einem einheitlichen, sicheren, überwachten EDV-System (SAP) abgebildet. Weiters wird die Ergebnisqualität der Häuser durch externe Verfahren wie z.B. durch A-IQI transparent gemacht. Ferner zählen die Komplikationserfassung, pflegerische Qualitätsindikatoren (z.B. Sturz) oder auch die Erfassung hygienerelevanter Daten im Hybase zu den internen qualitätsrelevanten Daten.