



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus: AUVA UKH Kalwang
Institutionskennzeichen: K634
Anschrift: Rudolf-von-Gutmann-Straße 1
A-8775 Kalwang

**Ist zertifiziert nach KTQ®
mit der Zertifikatnummer:** 2016-04 KH A
**durch die von der KTQ-GmbH
zugelassene Zertifizierungsstelle:** SAMA Cert GmbH, Stuttgart

Gültig vom: 31.12.2016
bis: 30.12.2019
Zertifiziert seit: 31.12.2007

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----------|
| Vorwort der KTQ® | 3 |
| Vorwort der Einrichtung | 5 |
| Die KTQ-Kategorien | 8 |
| 1. Patientenorientierung | 9 |
| 2. Mitarbeiterorientierung | 12 |
| 3. Sicherheit - Risikomanagement | 14 |
| 4. Informations- und Kommunikationswesen | 17 |
| 5. Unternehmensführung | 19 |
| 6. Qualitätsmanagement | 21 |

Vorwort der KTQ[®]

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

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, 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[®] 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 hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

¹zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Dachverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.

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

Dieser KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 55 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2015. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

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

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt AUVA



Bei der AUVA sind rund 4,8 Millionen Personen gesetzlich gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten versichert: 1,2 Millionen Arbeiter, 1,6 Millionen Angestellte, 0,5 Millionen Selbstständige sowie 1,5 Millionen Schüler, Studenten und Kindergartenkinder.

Die AUVA bietet alle Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung - von der Schadensverhütung über die Unfallheilbehandlung und die Rehabilitation bis zur finanziellen Entschädigung der Unfallopfer – „Alles aus EINER Hand“.

In sieben Unfallkrankenhäusern*, drei Rehabilitationszentren* und einer Rehabilitationsklinik* werden Verletzte nach Unfällen aller Art sowie an Berufskrankheiten Erkrankte behandelt.

Ein spezialisiertes Team des ärztlichen Bereichs, des medizinisch-technischen Dienstes, des Pflegebereichs und des Verwaltungsbereichs bietet Unfallverletzten eine umfassende Behandlung nach den neuesten medizinischen Erkenntnissen. So wird auch nach schweren Unfällen Überleben und Wiederherstellung ermöglicht.

Leistungsschwerpunkt der AUVA Unfallkrankenhäuser ist die operative und konservative Behandlung von Verletzungen und Unfallfolgen bei Erwachsenen und Kindern.

**Diese KTQ®-Zertifizierung bezieht sich derzeit ausschließlich auf das UKH-Kalwang.*

Das AUVA Unfallkrankenhaus Kalwang

Das Unfallkrankenhaus Kalwang versorgte bereits in den 1920er Jahren Verletzte nach Arbeitsunfällen. Nach mehreren Trägerwechseln wurde das Haus 1982 von der AUVA übernommen und wird seither als modernes, sich stets weiter entwickelndes Unfallkrankenhaus geführt. Die Behandlung durch Fachärzte ist rund um die Uhr gewährleistet. Dies trägt gemeinsam mit den hohen pflegerischen und therapeutischen Standards dazu bei, dass Patienten nach Unfällen möglichst schnell wieder in den Alltag und/oder ins Arbeitsleben zurückkehren können.



Das Unfallkrankenhaus Kalwang ist unter anderem mit Computertomographie, Magnetresonanztomographie und digitalem Röntgen ausgestattet. Drei moderne Operationssä-

le mit Navigationsgerät für Gelenksprothesen und Operationsmikroskop sowie Labor und Physiotherapie stehen zur Verfügung.

Die Patientenzimmer bieten eine hohe Hotelkomponente. Die Stationen sind gut überschaubar, sodass eine individuelle Patientenbetreuung durch das Pflegepersonal und die Ärzte sichergestellt werden kann.

Patientendaten und Krankenakten werden zentral verwaltet und stehen zugriffsberechtigten Personen rund um die Uhr zur Verfügung.

Im Unfallkrankenhaus Kalwang arbeiten wir seit Jahren nach standardisierten Abläufen und medizinischen Behandlungspfaden, die sich sowohl an international gültigen Leitlinien als auch an den individuellen Bedürfnissen der Patienten orientieren. Damit garantieren wir unseren Patienten Diagnostik und Therapie nach aktuellstem Wissen.

Zahlen und Fakten: Das Unfallkrankenhaus Kalwang ist eine Spezialklinik zur Unfallheilbehandlung und verfügt über 70 Betten. Neben der Behandlung von Arbeits- und Freizeitunfällen und deren Folgen zählt auch die Behandlung von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates zu unseren Kernkompetenzen.

Pro Jahr versorgen wir ca. 3.000 stationäre und 10.000 ambulante Patienten. Durch regelmäßige Fortbildungen, Trainings und Team-Besprechungen stellen wir die Qualifikation unserer Mitarbeiter sicher.

Qualitätsmanagement

Innerhalb der AUVA ist das Unfallkrankenhaus Kalwang seit vielen Jahren Vorreiter in der Umsetzung eines modernen und effizienten Qualitätsmanagements. Es ist eines der wenigen Krankenhäuser in Österreich, das sich freiwillig dem regelmäßigen Zertifizierungsverfahren nach KTQ[®] unterzieht.

Durch unser Qualitäts- und Risikomanagement, in welchem ausgebildete Mitarbeiter aus dem pflegerischen und ärztlichen Bereich tätig sind, erbringen wir eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung, Pflege und Betreuung für unsere Patienten und stellen uns dem klaren Ziel, unsere Leistungen stets weiter zu verbessern und dabei die Risiken gering zu halten.

Critical Incident Reporting & Prevention System

Wir betreiben seit 2007 im Rahmen unseres Risikomanagements ein System zur Erfassung von potentiell kritischen Ereignissen. Dieses umfasst das Erkennen, Melden, Bearbeiten von Beinahe-Fehlern und die Erarbeitung von Maßnahmen, die in Zukunft das Risiko des Wiederauftretens dieses Beinahe Fehlers minimieren sollen.



Die Überprüfung der Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen ist wichtiger Bestandteil des Systems. Damit wollen wir eine Sicherheitskultur schaffen, in welcher Fehler, Beinahe-Fehler und kritische Ereignisse an Vertrauenspersonen ohne Angst vor Sanktionen gemeldet und interdisziplinär bearbeitet werden können. Im Vordergrund stehen die Steigerung des Bewusstseins gegenüber potentiellen Gefahrenquellen und die Erfassung möglicher Fehlerquellen, bevor ein Fehler passiert! Gleichzeitig werden diese Fehlerquellen analysiert und Maßnahmen zur Prävention getroffen. Das System trägt daher die Bezeichnung „Critical Incident Reporting & Prevention System (CIRPS)“.

Patientensicherheit

Wir befassen uns seit 1995, als die Qualitätssicherung im Krankenhaus in Österreich gesetzlich eingeführt wurde, mit Qualitätsmanagement und Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit.



Das Zertifikat nach KTQ® und IPS (Initiative Patientensicherheit Steiermark des Gesundheitsfonds Steiermark) beweist unsere ständige Auseinandersetzung mit diesen Themen und unsere Bereitschaft, uns dabei überprüfen zu lassen, um dadurch weitere, bisher nicht gesehene Verbesserungsmöglichkeiten herauszufiltern.

Im Rahmen der IPS-Überprüfung ergibt sich regelmäßig ein Erfahrungsaustausch auf Augenhöhe mit den jeweiligen IPS-Reviewern, der ebenfalls zur Erweiterung des Wissens auf beiden Seiten beiträgt.

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das AUVA UKH Kalwang liegt im Liesingtal in der Obersteiermark. Es ist über die Autobahn A9/Abfahrt Kalwang erreichbar. Die Beschilderung beginnt an der Autobahnabfahrt. Parkplätze sind in ausreichender Zahl vorhanden.

Pro Jahr führen wir rund 2.500 Operationen durch. Die meisten davon sind Knie- und Schulteroperationen sowie Implantationen von Kunstgelenken (Hüfte, Knie und Schulter). Drei moderne Operationssäle, Schockraum und Wundversorgungsraum stehen zur Verfügung. Wir versorgen Verletzungen von Gelenken, Weichteilen und Knochen und deren Folgeerkrankungen, wie Abnützungserscheinungen und Fehlstellungen.

Akut Verletzte behandeln wir rund um die Uhr. Für geplante Eingriffe stellen sich Patienten in unserer Allgemeinambulanz vor. Nach der Diagnosestellung und entsprechender Aufklärung erhalten die Patienten, wenn ein Eingriff angezeigt ist, den OP-Termin.

1.1.2 Leitlinien und Standards

Sowohl das pflegerische wie auch das medizinische Personal arbeitet nach Standards, Leitlinien und Empfehlungen der Fachgesellschaften, wobei die individuellen Lebensumstände unserer Patienten ebenso berücksichtigt werden. Das Thema Patientensicherheit spielt dabei eine wichtige Rolle.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Wir informieren Patienten und deren Angehörige durch persönliche Gespräche (z.B. Aufklärungs- oder Entlassungsgespräche), Broschüren, Plakate, Merkblätter sowie Bildschirmtexte im Krankenhaus. Der mündige Patient, der sich aktiv in den Behandlungsprozess einbringt, spielt für uns eine wichtige Rolle für die Genesung.

Wir wahren die Patientenrechte und streben eine sichere Kommunikation mit dem Patienten an. Dafür stellen wir Informationsmaterial und Aufklärungsbögen in unterschiedlichen Sprachen zur Verfügung. Fragen von Patienten/Angehörigen beantworten wir auf verständliche Weise. Die Einhaltung des Datenschutzes und die Wahrung Ihrer Intimsphäre sind über Handlungsanweisungen der Kollegialen Führung gesichert.

1.1.4 Ernährung und Service

Das UKH Kalwang bietet mit seiner freundlichen Architektur und Außenanlage hohen Komfort. Der Warteraum ist mit Buffet, Getränkeautomaten, Trinkwasserspender, Raucherraum, Spielecke sowie Ständer mit Info-Broschüren und Zeitungen ausgestattet. Aufenthaltsräume auf den Stationen stehen zur Verfügung.

Die Patientenzimmer sind modern und funktionell ausgestattet (Tresor, TV, Kühlschrank, etc.).

Das Essen für Patienten und Mitarbeiter wird in der hauseigenen Küche zubereitet. Ein Ernährungsassessment wird bei der stationären Aufnahme durch die Pflege durchgeführt. Mangelernährte Patienten erhalten eine Ernährungstherapie und wenn nötig pflegerische Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. Kulturelle und religiöse Aspekte finden entsprechend unserem Leitbild Berücksichtigung.

Regelmäßige Patienten-Umfragen zum Menüangebot zeigen eine sehr hohe Zufriedenheit mit der Ver-

pflege. Die Essenszubereitung und Verteilung erfolgt nach festgelegten Hygiene-Richtlinien und R&D-Plänen. Das HACCP Handbuch regelt das Vorgehen in der Küche.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Der Träger sieht eine 24 h-Aufnahme für Notfälle mit OP-Bereitschaft vor. Ein standardisiertes externes und internes Alarmierungssystem liegt vor. Die Erstuntersuchung erfolgt nach dem aktuellen Stand des Wissens bzw. erarbeiteten fachlichen Standards. Für die Diagnostik stehen rund um die Uhr Röntgen, Labor und CT zur Verfügung. Zusätzlich wird ein MRT vorgehalten.

Vorgehensweisen zur sicheren Identifikation aller Patienten sind festgelegt (Identifikation, Armbänder, Vorgehen bei Namensgleichheit).

Die Zuständigkeit, Versorgung und Dokumentation von Schwerverletzten ist im Schockraum-Prozess geregelt. Zwei Beatmungsplätze stehen für Schwerverletzte zur Verfügung.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Relevante Vorbefunde beziehen wir in die Behandlung und Diagnostik ein, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden. Welche Vorbefunde für Diagnostik und Therapie vorliegen müssen, entscheidet der Arzt. Neben der 24 Stunden Bereitschaft und der allgemeinen Ambulanz führen wir auch Spezialambulanzen (WS/Schmerz-, Prämedikations-, Schulter-, Knie- und Ossatronambulanz).

Patienten, deren Erkrankungen komplexe chirurgische Eingriffe wie Endoprothesen-, Implantat- oder Verfahrenswechsel erfordern, werden zur Risikoreduktion in den täglichen interdisziplinären Besprechungen zur Planung des weiteren Vorgehens und zur Bestellung von Spezialimplantaten vorgestellt.

Jeder Patient erhält nach der Behandlung ein Patienten-Ausweis mit Diagnose, Therapievorschlag und ev. Wiederbestelltermin. Verletzungen dokumentieren wir auch fotografisch und speichern die Dateien im PACS.

Zuweisende Ärzte und weiterbehandelnde Einrichtungen informieren wir über ärztliche und pflegerische Entlassbriefe, in komplexeren Fällen auch über ärztliche/pflegerische Telefonate. Allgemeine Informationen erhalten unsere Kunden über unsere Homepage.

1.3.2 Ambulante Operationen

Ambulante Operationen oder Tagesklinische Eingriffe sind im AUVA UKH Kalwang nicht vorgesehen bzw. werden nicht durchgeführt.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Die Abstimmung zwischen unseren Berufsgruppen erfolgt durch interdisziplinäre Besprechungen. Die Diagnostik und Behandlungsplanung erfolgen nach Standards, wobei die Bedürfnisse des Patienten, Begleiterkrankungen und Lebensumstände in die Planung einbezogen werden. Auf Wunsch werden Angehörige hinzugezogen. Die Aufklärung über chirurgische Eingriffe erfolgt unmittelbar nach der Indikationsstellung, sodass Patienten und Angehörige bis zur tatsächlichen stat. Aufnahme noch ausreichend Zeit zur Beratung haben.

In den täglichen Besprechungen erfolgt der Informationsaustausch über operierte Patienten des Vortages, Akutaufnahmen, Röntgenkontrollen, Änderungen der Therapiepläne, Eingriffe und die Einteilung der Ärzte für den Folgetag. Für die Anforderung notwendiger fachärztlicher Konsilien liegt eine Regelung vor. Für

spezielle Patientengruppen (Schwerstkranke, Menschen mit Demenz) stehen ausgebildete Mitarbeiter der Pflege und entsprechende Handlungsanweisungen zur Verfügung.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Steuerung therapeutischer Prozesse obliegt den Ärzten. Zur Vereinheitlichung wurden interdisziplinäre Behandlungsstandards zu Diagnosefindung, Indikation, Therapieziel, allfällige Physiotherapie und pflegerischen Maßnahmen erstellt.

Bei der Schmerzbehandlung berücksichtigen wir den Patienten als Gesamtes (Begleiterkrankungen, Lebensumstände, Verträglichkeit, Alter). Mitarbeiter mit entsprechender Ausbildung in Schmerztherapie stehen zur Verfügung. Die regelmäßige Erhebung des Schmerzzustandes unserer Patienten führen wir anhand von speziellen Schmerz-Skalen durch.

Über das Befinden unserer stationären Patienten wird täglich in der interdisziplinären Morgen- und Mittagsbesprechung berichtet. Für stationäre Patienten, deren Allgemeinzustand sich verschlechtert, nutzen wir den Early Warning Score mit entsprechend festgelegten Stufen- und Alarmierungsschema. Für die Meldung und systematische Sammlung unerwünschter Ereignisse nutzen wir unser Beinahefehler-Meldesystem CIRPS.

Wir führen zur Erhebung unerwünschter Ereignisse Statistiken über die Anzahl bestimmter Komplikationen (nosokomiale Wund-Infektionen, Thrombosen, Sepsis, iatrogenen Pneumothorax u.a.).

1.4.3 Operative Prozesse

Wir haben eine 24 Stunden-Bereitschaft für Notfälle. Die Kapazität der planbaren Eingriffe legen wir unter Berücksichtigung der Versorgung von Notfällen in der OP-Software fest. Zur Risikominimierung im Vorfeld eines Eingriffes treffen wir Maßnahmen zur Vermeidung von Verwechslungen, Allergien und Unverträglichkeiten, Fehlen von Spezialimplantaten u. -Instrumenten. Das regelmäßig zu evaluierende OP-Statut regelt den reibungslosen Ablauf im OP.

Die internationalen PS-Ziele sowie die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit bilden die Basis unsere Maßnahmen zur Patientensicherheit. Um Verwechslungen zu vermeiden erhält jeder stationäre Patient ein Identifikationsarmband; der zu operierende Körperteil wird standardmäßig mittels Filzstift zu markiert. Ein Vorgehen für Namensgleichheit ist implementiert.

1.4.4 Visite

Jeder Patient der Bettenstation wird täglich zweimal von unfallchirurgischen Fachärzten und Pflegekräften visitiert. Die Visiten werden via Sprechanlage angekündigt. Um Störungen zu vermeiden werden Patienten gebeten, ihre Mobiltelefone und TV-Geräte auszuschalten. Für die Visite notwendige Informationen werden in der Morgenbesprechung und vor Visitenbeginn ausgetauscht. Der Visitierende gibt alle relevanten Informationen in der täglichen Mittagsbesprechung ans Kollegium weiter. Im Rahmen Ihrer Visite informieren wir Sie über diagnostische Ergebnisse, weitere Behandlung, voraussichtlichen Entlassungstag sowie notwendige Nachbehandlungen.

Neben der unfallchirurgischen Visite finden weitere Visiten durch Pflegekräfte (Pflegerundgänge) und Anästhesisten statt (Intensivstation, Schmerzpatienten).

1.5.1 Entlassungsprozess

Aufgaben und Ziele für den Entlassungsvorgang sind im Dokument "E-Management in den Unfallkrankenhäusern der AUVA" beschrieben. Die Abläufe koordinieren wir so, dass im Fall einer Entlassung oder eines Transfers alle relevanten Unterlagen vorliegen, notwendige Medikamente, Heil- und Hilfsmittel zur Verfügung stehen, der Transport zeitgerecht organisiert und die Weiterbehandlung mit den weiterbetreuenden Einrichtungen abgestimmt ist.

Entlassungen gegen den ärztlichen Rat bzw. wegen mangelhafter Mitarbeit oder aus disziplinären Gründen sind in der Dienstverfügung Visite u. Entlassung festgelegt. Entlassungen bei Eigen- und Fremdgefährdung wickeln wir entsprechend den gesetzl. Vorgaben ab.

Reha- und Remobilisationsanträge stellen wir je nach Indikation nach Absprache mit dem Patienten und ggf. auch mit Angehörigen.

Vorgaben für die Verfassung der ärztlichen und pflegerischen Entlassbriefe liegen vor. Das ärztliche und pflegerische Entlass-Gespräch mit Informationen zu notwendigen Maßnahmen nach dem Aufenthalt führen wir im Zuge der Entlassung im Rahmen der Vormittagsvisite durch. Informationsmaterialien für Patienten und Angehörige zum Verhalten nach der Entlassung liegen für bestimmte Diagnosen bzw. Eingriffe vor.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Das Pflegepersonal und die behandelten Ärzte tragen für die Wahrung von Rechten und Ansprüchen von Sterbenden, deren Angehörigen und Bezugspersonen Sorge. Unsere Aufgabe sehen wir darin, dem Sterbenden beizustehen, Ängste ernst zu nehmen und das Selbstbestimmungsrecht zu achten, Schmerzfreiheit/-linderung zu gewährleisten und ihn würdig zu begleiten.

Hausinterne Regelungen für die Unterstützung der Angehörigen, die Achtung der religiösen und kulturellen Bedürfnisse sowie med., pflegerische, seelsorgerische, psychologische Begleitung und Unterstützung von Sterbenden und Angehörigen sind festgelegt. Wir bemühen uns darum, auch für Patienten aus anderen Religions- und Kulturkreisen ein entsprechendes Vorgehen zu gewährleisten.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Der Umgang mit Todesfällen bzw. die Verantwortlichkeiten der betrauten Personen sind durch schriftliche Handlungsanweisungen geregelt. Für die Angehörigenbetreuung stehen ein seelsorgerischer Dienst, ein psychologischer Dienst und ein externes Krisen-Interventionsteam zur Verfügung.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Die Erhebung des Personalbedarfes wird für alle Bereiche durch die Abteilung HCE (Hauptstelle Controlling) unter zu Hilfenahme der AUVA-Personalwürfel durchgeführt. Die Personalbedarfsberechnung für die Berufsgruppen erfolgt dabei über das AUVA Personalplanungstool. Wir führen eine Fluktuations- und Fehlzeitstatistik und definieren dafür Zielwerte. Innerhalb der Q-Tage analysieren wir die Ergebnisse der Personalberechnung, Fluktuations- und Fehlzeitstatistik, vergleichen die Daten mit dem vorhandenen Dienstpostenplan und stellen bei Bedarf Personalanträge.

2.1.2 Personalentwicklung

Ziel der Kollegialen Führung ist eine systematische Personalentwicklung. Grundlage hierfür bilden die einzelnen Berufsrechte, die Führungsgrundsätze und die Zielsetzungen der KF.

Mitarbeiter-Auswahl, Einarbeitung und Beurteilung neuer Mitarbeiter sowie geplante Fortbildungen führen wir systematisch durch. Für alle Bereiche liegen Stellenbeschreibungen unter Berücksichtigung der gesetzlichen Regelungen und der Anstaltsordnung vor.

Weitere spezifische Leistungsanforderungen für Stabstellen der Hygiene und anderen Arbeitsgruppen sind in den jeweiligen Geschäftsordnungen festgesetzt.

2.1.3 Einarbeitung

Kompetenz und fachliche Qualifizierung sind in unserem Leitbild verankert. Jeder neue Mitarbeiter wird entsprechend einem schriftlichen Einarbeitungskonzept systematisch eingearbeitet. Aktuelle Informationsmaterialien werden für jeden neuen Mitarbeiter bereitgestellt.

Ziel ist die fachliche Begleitung des Mitarbeiters sowie die umfassende Einführung in die gesamte Organisation. Durch die gezielte Einarbeitung soll die Integration neuer Mitarbeiter in die bestehenden Teams optimiert werden.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Die Berufsrechte verpflichten unsere Mitarbeiter zur regelmäßigen Fortbildung. Fortbildungswünsche werden berücksichtigt. Die Finanzierung ist über das Bildungsbudget gesichert. Fortbildungsmaterialien liegen in den Bereichen der Berufsgruppen auf. Zugänge zu Online-Material stehen bereit.

Entsprechend unserem hausinternen Fortbildungskonzept bieten wir pro Jahr etwa 6 Fortbildungsveranstaltungen für unsere Mitarbeiter an. Schwerpunkt dabei ist die interdisziplinäre Besprechung von relevanten Themen sowie die Vermittlung des aktuellen Wissenstandes.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

Unser elektronisches Dienstplansystem (GRAPHDI) berücksichtigt automatisch alle gesetzlichen Vorschriften zur Arbeitszeit. Es überprüft die Einhaltung der einschlägigen Bestimmungen. Der Dienstplan wird jeweils für einen Kalendermonat erstellt; es wird streng auf die in der Dienstordnung vorgegebenen Sollstunden geachtet. Die Mitarbeiter erhalten ihre Dienstpläne zwei Wochen im Voraus, um eine individuelle Freizeitplanung zu ermöglichen. Optionen zur Teilzeitarbeit gibt es in allen Bereichen.

2.1.6 Ideenmanagement

Mitarbeiter können über eine EDV Anwendung Vorschläge, Beschwerden und Ideen einbringen. Für Vorschläge und Beschwerden gibt es eine Regelung, die eine sachliche Bearbeitung gewährleistet. Anreize zum Äußern von Ideen und Verbesserungsvorschlägen wurden geschaffen.

Jährlich wird der beste Mitarbeitervorschlag entsprechend einem Punkteschema (Themen Sicherheit, Umweltschutz, Verbesserung des Ansehens, Steigerung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, Wirtschaftlichkeit) gewählt.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements

Das klinische Risikomanagement (RM) stellt den Überbegriff über alle Maßnahmen zum Schutz der Patienten und Mitarbeiter dar. Mehrere Personen aus dem ärztl. und pflegerischen Bereich wurden in RM ausgebildet. Verantwortlichkeiten, Qualifikationen, Zielsetzung und Berichtswesen sind im Handbuch QRM abgebildet. Kritische Zwischenfälle, Behandlungsfehlervorwürfe und Schadenfälle erheben wir systematisch; bei Bedarf erteilt die Kollegiale Führung einen Auftrag zur Analyse des Geschehens.

Die KF strebt eine Fehler- und Sicherheitskultur an, die den Mitarbeitern das Melden von Fehlern und kritischen Ereignissen erleichtert und eine angst- und sanktionsfreie Auseinandersetzung mit den jeweiligen Ereignissen ermöglicht. Wir machen unseren Mitarbeitern über verschiedene Kanäle verständlich, dass und in welcher Form sich eine gute Fehlerkultur auf die Sicherheit der MA und der Pat auswirkt. Ein krankenhausübergreifendes Meldesystem und ein Vertrauensteam zur Bearbeitung der Meldungen sind etabliert und im Handbuch CIRPS festgelegt.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Das Vorgehen für die Einschätzung des Dekubitus-, Sturz- und Mangelernährungsrisiko ist durch Richtlinien geregelt. Die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit sind in die vorhandenen Regelungen integriert.

Steirische Patientencharta, Unterbringungsgesetz sowie Heimaufenthaltsgesetz stellen die gesetzliche Grundlage des Schutzes der Pat vor Eigen- und Fremdgefährdung dar. Daraus leiten wir hausintern geltende Dokumente und Verfahrensanweisungen ab. Verantwortlich für die Umsetzung der Maßnahmen sind alle am Patienten tätige Mitarbeiter. Ziel der implementierten Maßnahmen sind die Sicherstellung der Aufsichtspflicht für bestimmte Patienten-Gruppen, die Vermeidung von Stürzen und Verletzungen bei vorliegender Eigen- und/oder Fremdgefährdung.

Der sichere und gesetzeskonforme Umgang mit Patienten, die durch aggressives Verhalten eine Gefahr für sich selbst und andere darstellen, ist geregelt. Die Mitarbeiter wurden im Umgang mit auffälligen aggressiven Patienten geschult.

Die technische Ausstattung entspricht den Sicherheitsrichtlinien, den gesetzl. Vorschriften und den Vorgaben des sicherheitstechnischen Dienstes.

3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement

Bei hausinternen med. Notfällen garantieren wird qualifizierte Hilfe binnen drei Minuten. Die Kollegiale Führung stellt mit einem standardisierten Notruf- und Alarmschema über Telefon bzw. die Lichtrufanlage sicher, dass im gesamten Gebäude sowie im umliegenden Freigelände jederzeit und überall Alarm ausgelöst werden kann.

Eine standardisierte Notfallausrüstung steht an definierten Stützpunkten bereit. Alle Mitarbeiter werden über lebensrettende Erstmaßnahmen und die Verwendung der Geräte regelmäßig nach einem einschlägigen Schulungskonzept geschult. Die Erstversorgung orientiert sich an den Richtlinien des ERC (European Resuscitation Council) und des ÖRK (Österreichisches Rotes Kreuz).

3.1.4 Organisation der Hygiene

Die Kollegiale Führung ist für die Einsetzung des gesetzlich geforderten Hygieneteams verantwortlich, für welches eine Geschäftsordnung existiert. Das Hygieneteam hat beratende Funktion und wird bei Neu-, Zu- und Umbauten einbezogen. Bei unmittelbarer Gesundheitsgefährdung von Patienten und Personal trifft das Hygieneteam von sich aus Anordnungen zur Abwendung von Gefahren.

Die Hygiene-Kommission stellt eine direkte Kooperation zwischen Hygieneteam, externen Berater und Kollegialer Führung her. Hygiene-Pläne, Richtlinien, Empfehlungen, Reinigungs- und Desinfektionspläne liegen vor.

Für hausinterne, meldepflichtige Infektionen ist ein Meldeweg definiert. Nahrungsmittel werden unter Berücksichtigung der HACCP Kriterien zubereitet. Medizinprodukte werden nach einem validierten Verfahren aufbereitet. Einmal jährlich findet eine hygienerelevante Fortbildungen statt. Das Krankenhaus nimmt an externen Hygienemaßnahmen teil (Aktion Saubere Hände, Patientensicherheitstag).

3.1.5 Hygienerrelevante Daten, Infektionsmanagement

Ein festgelegtes Screeningverfahren nach den KRINKO Empfehlungen ist implementiert. Die Erfassung von im Krankenhaus erworbenen Infektionen ist durch das Kranken- und Kuranstaltengesetz vorgeschrieben. Die Art der Erfassung erfolgt nach wissenschaftlich fundierten Surveillance-Systemen. In Österreich werden unterschiedliche Surveillance-Netzwerke genutzt, ANISS, gefolgt von KISS und dem steiermärkischen NISS.

Für die Erstellung und Präsentation der Infektionsstatistik ist das Hygieneteam zuständig. Ein AUVA weiter Vergleich nosokomialer Wundinfektionen erfolgt jährlich. Eine Infektions- und Keimresistenzstatistik wird mittels EDV-System Hybase geführt. Ein Ausbruchmanagement/Pandemieplan ist verschriftlicht. Für den medizinisch sinnvollen und sparsamen Umgang mit Antibiotika ist eine Arbeitsgruppe eingesetzt. Bei akuten viralen Infektionen werden Informationen über das BM f. Gesundheit, IKM, AWMF, RKI und durch Kontaktaufnahme mit anderen AUVA Einrichtungen eingeholt. Sie sind schriftlich sowie mündlich in allen Bereichen bekannt zu geben. Für die Übernahmen von Patienten aus ausländischen Gesundheitseinrichtungen mit potentiell kritischen Keime wurde eine Leitlinie erstellt.

3.1.6 Arzneimittel

Die Arzneimittelkommission ist für arzneimittelspezifische Belange, insbesondere für Beratung, Auswahl und Einsatz von Arzneimitteln verantwortlich. Die Umsetzung ihrer Beschlüsse erfolgt über die betroffenen Bereichsleitungen und ist bindend. Arzneimittelbegehungen werden quartalsmäßig durch die Konsilarapothekerin durchgeführt.

Die Zubereitung und Verabreichung von Arzneimitteln ist geregelt und wird regelmäßig überprüft. Eine Vorgehensweise zur Meldung unerwarteter Arzneimittelwirkungen ist implementiert. Der Umgang mit Suchtgiften erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen. Eine Richtlinie für den notwendigen Transport von Medikamenten aus anderen Einrichtungen liegt vor.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Verantwortlich für die Organisation der Bereitstellung von Blut und Blutprodukten ist der Blutdepotleiter. Ein Konzept zum Umgang mit Blut bzw. ein Patienten Blutmanagement liegt vor. Die Anwendung orientiert sich an den Richtlinien des BM für Gesundheit bezüglich "Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin", "Mindeststandards für Blutdepots", "Hämovigilanz in Österreich". Damit Blutkomponenten und Plasmaderivate zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort zur Verfügung stehen, wurden für die Beschaffung hausinterne Regelungen erstellt.

3.1.8 Medizinprodukte

Der Umgang mit medizinischen Geräten, die Neuanschaffung eines Medizinproduktes, die Eingangsprüfung durch den technischen Dienst und der Organisationsablauf der Unterweisungspflicht sind geregelt. Alle Mitarbeiter, die mit medizinischen Geräten und Anlagen arbeiten, führen einen Gerätepass und werden entsprechend geschult. Es werden sowohl die Erstunterweisung durch den Hersteller, Lieferanten oder Medizinproduktberater, als auch alle Unterweisungen durch die Bereichs- bzw. Geräteverantwortlichen dokumentiert. Leihgeräte werden erst nach erfolgter Einschulung in Betrieb genommen. Geräteausfälle werden an die Haustechnik gemeldet werden. Für sensible Bereiche stehen entsprechende Firmenansprechpersonen fest. Für Beinaheunfälle ist ein Meldesystem etabliert.

3.2.1 Arbeitsschutz

Das Verfahren zum Arbeitsschutz richtet sich nach den Bestimmungen des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes. Vom Direktor der Landesstelle sind als Stabstelle die Sicherheitsfachkraft, der Arbeitsmediziner und die Arbeitspsychologin bestellt. Regelmäßige und anlassfallbezogene Begehungen werden durchgeführt. Aus den Ergebnissen dieser Begehungen werden Verbesserungsmaßnahmen, welche mit den Verantwortungsträgern protokolliert und präsentiert werden, abgeleitet und protokolliert. Die Kollegiale Führung bestimmt Beauftragte für die Unterstützung in Belangen des Arbeitnehmerschutzes. Ein Meldesystem für Beinahe-Arbeitsunfälle liegt vor. Strahlenschutzuntersuchungen und -Unterweisungen werden entsprechend den gesetzl. Vorgaben durchgeführt.

3.2.2 Brandschutz

Die Belange des Brandschutzes sind durch die Ausbildung und Nominierung eines Brandschutz Beauftragten und dessen Stv. zu regeln. Die Ausbildung, sowie Nachschulung von Personen erfolgt nach den geltenden Rechtsnormen.

Es ist ein Brandschutzkonzept vorhanden. Jährlich werden Brandschutz-Schulungen und eine Evakuierungsübung durchgeführt.

3.2.3 Datenschutz

Der Schutz der sensiblen Daten und Gesundheitsdaten von Patienten und Mitarbeitern erfolgt entsprechend der Dienstordnung § 8 Abs. 3, dem Datenschutzgesetz 2000 entsprechend § 4 Z 1 DSG 2000, dem Krankenanstaltengesetz und dem Ärztegesetz.

Die KF ernennt ein DS-Team und betraut es mit der Sensibilisierung und Schulung der MA bezüglich des DS. Der Schutz der EDV und der sensiblen Daten erfolgt über die Hauptstelle der AUVA. Ein Chief Information Security Officer (CISO) ist zentral eingesetzt.

Dokumente in Papierform sind so zu verwahren, dass sie vor nicht berechtigten Personen geschützt sind.

Nach der Aufbewahrungsfrist von 30 Jahren sind Papierdokumente zu vernichten.

Der Datenaustausch mit externen Trägern hat über ein gesichertes Netzwerk zu erfolgen. Der sichere Datenversand muss vom Träger gewährleistet sein.

3.2.4 Umweltschutz

Ein Umwelt Beauftragter ist ernannt und geschult. Die Vorgaben durch das Land Steiermark und gesetzl. Bestimmungen werden flächendeckend nach dem Abfallwirtschaftsgesetz eingehalten. Regelmäßige Begehungen werden durchgeführt und die Ergebnisse an die Kollegiale Führung berichtet. Ein Abfallwirtschaftskonzept liegt vor (Mülltrennung, gefährliche Arbeitsstoffe, etc.). Unter Berücksichtigung technischer und ökonomischer Aspekte werden nach Möglichkeit energiesparende Anlagen und Komponenten eingesetzt (Dienstverfügung "Beschaffung von Materialien").

3.2.5 Katastrophenschutz

Für die Erstellung und Aktualisierung des hausinternen Großunfallplanes wurde 2007 die Stabstelle Katastrophenschutz eingesetzt. Der Katastropheneinsatzplan (KEP) wurde nach den Richtlinien des Amtes der Stmk. Landesregierung unter Beachtung der Empfehlungen des Gesundheitsministeriums erstellt. Als Unfallkrankenhaus der AUVA ist das UKH Kalwang nicht in die Katastrophenpläne des Amtes der Stmk. Landesregierung für Katastrophenschutz integriert, da es sich nicht um ein "öffentliches KH des Landes Steiermark" handelt. Eine generelle Aufnahmeverpflichtung bei Großschadensereignissen besteht nicht. Die Verantwortung für die Aufnahme mehrerer Verletzter im Fall eines Massenunfalls unterliegt den diensthabenden Oberärzten und erfolgt nach Maßgabe der freien Betten und der Personalressourcen.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Festgeschriebene Verhaltensweisen und Abläufe bei Ausfällen technischer Anlagen (Strom, Telefonanlage) bei etwaigen externen Bedrohungen und bei der Evakuierung des UKH Kalwang ermöglichen eine rasche und effiziente Bewältigung solcher Situationen. Auf potentielle Gefahren und Risiken wird in den QM-News, bei den Mitarbeiter-Schulungen, sowie in Aushängen und Pat-Foldern hingewiesen.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Alle Dokumentationen (außer Fieberkurve) sind elektronisch durch zu führen. Dies betrifft u.a. Patientenakte, Labor, Röntgen, CT und MRI, OP-Dokumentation und Planung etc.). Die Verwaltung, Lenkung und Archivierung von Dokumenten und Prozessen erfolgt ebenfalls IT unterstützt.

Für die Patienten-Administration ist ein effizientes elektronisches Informationssystem (KIS) vorzusehen, das den Anforderungen einer Unfallabteilung gerecht wird.

Durch Bereitstellung von ausreichend PC-Arbeitsstellen ist eine uneingeschränkte individuelle Nutzung durch die Mitarbeiter gewährleistet. Ein Berechtigungskonzept für den Zugriff auf die EDV-Applikationen liegt vor.

4.2.1 Klinische Dokumentation

Grundlagen für die Führung, Dokumentation und Archivierung von Patienten-Daten sind im "Handbuch Dokumentation" festgelegt. Telefonische und mündliche ärztliche Anordnungen an das Pflegepersonal

werden nur in Ausnahme- und Notsituationen angenommen und müssen sobald wie möglich von dem anordnenden bzw. behandelnden Arzt in die Fieberkurve eingeschrieben werden. Die Dokumentation erfolgt größtenteils mit EDV-Applikationen (ASTRA, MCC; COPRA). Die Fieberkurve und die Pflegedokumentation werden bis zur Einführung des neuen KIS derzeit noch schriftlich geführt.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

Die elektronische Dokumentation von Patienten-Akten erfolgt mittels spezieller Applikationen, auf welche die Mitarbeiter entsprechend einem festgelegten Berechtigungskonzept Zugriff haben. Die einzelnen Softwaresysteme sind miteinander kompatibel und ermöglichen einen gezielten Datentransfer. Schriftliche Dokumente werden im Visitenwagen der Station verwahrt und nach Entlassung nach genauen Regelungen archiviert. Mittels Laptop kann bei der Visite aber auch auf die elektronischen Daten zugegriffen werden.

Alle nachkommenden Berichte werden ärztlicherseits abgezeichnet und anhand der Patientenzahl in die jeweilige Krankengeschichte eingepflegt. Der Umgang mit externen Befunden ist über eine Dienstverfügung geregelt.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Ein internes und externes Bericht- und Besprechungswesen zur Sicherstellung der Information der Unternehmensleitung liegt vor. Die Terminplanung der einzelnen Stabstellen, ARGE und berichtspflichtigen Beauftragten erfolgt im Nov/Dez für das Folgejahr und wird über einen Online-Kalender den Mitarbeitern zur Kenntnis gebracht. Aktuelle Besprechungen werden in der "Tageseinteilung" ausgewiesen. Besprechungen diverser Arbeitsgruppen, Stabstellen und Kommissionen werden nach festgelegter Vorgaben protokolliert, eine Worklist erstellt und den betroffenen Personen bzw. der Unternehmensleitung übermittelt.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

Die Information an das Personal erfolgt durch unterschiedliche Medien.

Die Information für Patienten und Besucher erfolgt über den Krankenhausinfo-TVkanal, die Warteraumbildschirme, Broschüren, Plakate und das Internet. Die wichtigste Kommunikationsform zwischen dem Personal und Pat./Angehörigen ist jedoch nach wie vor das verständnisvolle und freundliche Gespräch. Die "Portiersloge" als erste Anlaufstelle für Fragen von Patienten und Besuchern ist tagsüber besetzt. Durch die Portiere ist die Information von/über Patienten, die Telefonvermittlung für Patienten und Personal, die Erreichbarkeit und Alarmierung des Personals bei internen und externen Notfällen gewährleistet. Die Portiere sind in Datenschutz Belangen geschult und werden täglich im Vorfeld über das Tagesgeschehen informiert (entweder mündlich oder über die entsprechenden EDV-Applikationen). Die Ausstattung des Empfangsbereichs ist kundenfreundlich und übersichtlich gestaltet. Nicht gehfähige oder desorientierte Patienten werden entsprechend betreut.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Vom Träger ist ein zentrales Leitbild vorgegeben, welches sich in die Bereiche Mission, Vision und Werte gliedert. Aus dem zentralen Leitbild wurden konkrete, speziell auf das UKH Kalwang zutreffende Hausprinzipien abgeleitet, welche den Mitarbeitern als Orientierung dienen. Zusätzlich wurden "Spielregeln" für den Umgang in den einzelnen Bereichen formuliert. Aus dem Leitbild wurde ebenso Führungsgrundsätze für eine auswertbare Zielplanung abgeleitet, die in die Steuerungsmechanismen der Kollegialen Führung einbezogen werden.

5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

Die strukturierte Weiterbildung der Führungskräfte ist seitens der AUVA vorgegeben. Schriftlich hinterlegte Stellenbeschreibungen geben die notwendigen Ausbildungen in allen Bereiche vor. Periodische Mitarbeitergespräche sollen Vertrauen schaffen und die Mitarbeiter bei der Zielerreichung unterstützen. Mitarbeiter-Zufriedenheitsanalysen werden dreijährig durchgeführt. Eine Präambel zur Gleichstellung von Mitarbeitern liegt verbindlich vor. Eine Gleichbehandlungsbeauftragte ist eingesetzt.

Regelmäßig findet ein formeller Austausch zwischen Betriebsrat und Kollegialer Führung statt. Ausgebildete Konfliktmanager sind eingesetzt. Betriebsvereinbarungen zu den Themen Suchtverhalten, Mobbing, Diskriminierung und sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz u.ä. liegen auf.

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Ein würdevoller Umgang mit Patienten ist uns ein großes Anliegen. Ein multiprofessionelles Ethik-Team ist eingesetzt und behandelt Themen wie Wahrung der Intimsphäre der Pat, Pat mit Handicap und Umgang mit fremdsprachigen Pat, Sachwalterschaft-Angelegenheiten, Umgang mit Schwerstkranken, kulturelle/religiöse Bedürfnisse von Patienten u.v.m.

Das Ethik Team formuliert ethische Empfehlungen, die von der Kollegialen Führung als Handlungsanleitung implementiert werden können.

Die gesetzliche Grundlage für die Erfüllung ethischer Aufgaben bildet das Kranken-Anstaltengesetz. Weitere rechtliche Grundlagen basieren auf dem Pat-Verfügungsgesetz und der steirischen Pat-Charta (Pat-Rechte).

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

Alle Marketingmaßnahmen werden von der Hauptstelle Wien (Presseabteilung für Marketingmaßnahmen) initiiert und koordiniert. Hausintern sind Marketingmaßnahmen von der KF zu planen. Weiters regelt sie den Umgang mit Medien und Presse. Alle Publikationen, TV- und Radioauftritte sind vor Veröffentlichung der Zentrale vorzulegen.

Mit den Belangen "öffentliche Medien vor Ort" ist ein externer Medienfachmann betraut, um die Zusammenarbeit und Kontaktpflege mit Presse, Fernsehen und Rundfunk CI-gerecht zu koordinieren und Pressekonzferenzen und -mappen zu organisieren. Eine AUVA-DV für laufende und kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit regelt das Vorgehen im Routinebetrieb: Die Medien sollen über Unfallereignisse und Einlieferung von Patienten ins UKH Kalwang zeitnah und aktuell informiert werden.

Eine interne Vorgehensweise für Medienanfragen zu Krisensituationen ist seitens des Trägers festgelegt und wurde an die Mitarbeiter kommuniziert (Information und Kommunikation mit den Medien im Falle von positiven, negativen, internen und externen Ereignissen von medialem Interesse). Eine hauseigene Homepage zur Information der Öffentlichkeit (Pat., Angehörige, Zuweiser und andere Interessenten) ist etabliert.

Das Instrument für die hausinterne Infoweitergabe und Kommunikation ist das elektr. Dokumentenleit- und Verwaltungssystem "Corpman". Die "QM-News" erscheinen vier Mal jährlich und bietet allen Bereichen die Möglichkeit, wichtige Informationen zu kommunizieren.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

Die AUVA legt mit der strategischen Zielsetzung 2020 die Sicherstellung einer flächendeckenden Arbeitsunfallheilbehandlung im stationären und ambulanten Bereich fest. Über die Zielerreichung wird entsprechend den festgelegten Fristen berichtet und über notwendige Maßnahmen beraten. Auf Grundlage der jeweiligen Rahmenbedingungen und der sich daraus ergebenden mittelfristigen Finanzplanung entstehen Vorgaben für die Erstellung des Haushalts- und Investitionsplanes. Daraus leiten sich die Jahresbudgets ab. Die Kollegiale Führung ist verantwortlich für die rechtzeitige Erstellung des Investitionsplanes.

5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Die AUVA als gesetzlicher Sozialversicherungsträger verfügt über gesetzlich festgeschriebene Einkünfte aus Pflichtbeiträgen der Arbeitgeber (1,3 % der Beitragsgrundlage). Der Selbstverwaltungskörper setzt sich aus Generalversammlung, Vorstand, Landesstellenausschüssen und Kontrollversammlung zusammen. Die Kontrollversammlung kontrolliert die gesamte Gebarung des Versicherungsträgers, auch die Buch- und Kassenführung und den Rechnungsabschluss. Der Internen Revision in Wien obliegt die Prüfung aller Organisationseinheiten der AUVA auf Ordnungsmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit.

Vorgaben zur Produktharmonisierung bzw. wirtschaftlichem Einkauf aller Unfallkrankenhäuser der AUVA liegen vor. Eine Antikorruptionsrichtlinie betreffend "Geschenkkannahme" liegt zur Orientierung der Mitarbeiter als Dienstanweisung auf.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Bedingt durch die geografisch exponierte Lage des UKH Kalwang mit beschränkter medizinischer Infrastruktur erfolgt die Zusammenarbeit mit anderen DL aus dem Gesundheitswesen wenn möglich, nach fachlicher Qualifikation, wirtschaftlichen Kriterien und regionalem Angebot.

Für Vertragsentwürfe und -Abschlüsse ist der Träger bzw. die Landesstelle verantwortlich. Hinsichtlich Nachhaltigkeit und Ökologie ist die regionale Wirtschaft bevorzugt einzubeziehen.

Auszuscheidende Inventargegenstände wie Mobiliar, Geräte, Maschinen und Apparate werden zur Weiterverwendung diversen Hilfsorganisationen kostenlos angeboten. Ein etabliertes Energiemanagementsystem soll Energiekosten nachhaltig senken und für einen effizienten Einsatz von Energie sorgen.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Die KH-Leitung ist in Form der Kollegialen Führung eingesetzt (Ärztlicher Leiter, Pflegedienstleiter und Verwaltungsleiter). Die Anstaltsordnung regelt die Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen der

einzelnen Mitglieder sowie die Zusammenarbeit. Im Organigramm sind die Organisationsstruktur der AUVA, die Stablinienorganisation des UKH Kalwang sowie die aktuellen Funktionsträger abgebildet. Zur Effizienzsteigerung sind Gremien in die Führungsarbeit einzubinden. Geschäftsordnungen bzw. Handbücher regeln die Agenden der einzelnen Gremien. Ein internes und externes Bericht- und Besprechungswesen ist eingeführt.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Unsere Mitarbeiter stellen mit ihren Fähigkeiten eine wertvolle Ressource dar. Die Kollegiale Führung fördert die Umsetzung von Ideen und Vorschlägen, die zum Nutzen von Patienten, Mitarbeitern, Zuweisern und/oder zu ökologischer und ökonomischer Wertsteigerung beitragen. Ein strukturiertes Vorschlagswesen sowie Möglichkeiten zum Meinungs- und Ideenaustausch ist implementiert.

Erkenntnisse über neue Behandlungs- und Pflegemethoden sind auf ihre Anwendbarkeit zu überprüfen und einzuführen. Das "innerbetriebliche Wissen" (Ablaufbeschreibungen, Standards, Prozesse, Dienstabweisungen, Lernunterlagen etc.) ist in der EDV Applikation Corpmat jederzeit abrufbar.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Die Struktur des Q-Systems orientiert sich am zentralen AUVA-Q-System. Ein Q-Jahresplan definiert die wichtigsten Evaluierungen des QM. Am Jahresende werden die wichtigsten QM-Tätigkeiten zu einem Bericht verfasst.

Die Verknüpfung der zentr. und dezent. Q-Aufgaben erfolgt über die Steuerungsgruppe Qualitätsmanagement, welche sowohl einen systemat. und Häuser übergreifenden Erfahrungsaustausch als auch ein gegenseitiges Lernen in den Belangen des QM (Best-Practice, Peer Reviews) ermöglicht.

Das QM-Team aus je einer ärztlichen (auch in RM ausgebildet) und pflegerischen Q-Managerin stellt eine permanente interdisziplinäre ARGE dar, welche eng mit der Leitung des CIRPS- und des Hygieneteams kooperiert. Es sind monatliche Besprechungen zwischen Kollegialer Führung und Qualitätsmanagement vorgesehen; halbjährliche Q-Tage dienen zur strategischen Ausrichtung und Prüfung der Zielerreichung. Die Q-Ziele sind in einschlägigen Dokumenten festgeschrieben.

Das klinische Risikomanagement bzw. die Reduktion unerwünschte Ereignisse und deren Aufarbeitung sind ebenfalls Aufgabe des QM-Teams. Die QSK (Qualitätssicherungskommission) ist als Stabsstelle der Kollegialen Führung eingerichtet und tritt quartalsmäßig zusammen.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

Wir nutzen Prozessarbeit zur Gewährleistung einer gemeinsamen Sicht auf bestimmte Abläufe. Sie dient ebenfalls zur strategischen Ausrichtung, Kommunikation, Schnittstellen- und Risikoidentifikation und basiert auf dem PDCA Zyklus.

Die Prozesse sind so geplant, dass zwischen dem Erreichen der definierten Prozessziele alle gesetzl., vorschrittl. und fachliche Normen eingehalten werden. Sie orientieren sich an den Kundenanforderungen und Interessen aller Beteiligten. Kundenanforderungen lukrieren wir aus Feedback, Befragungen, Evaluie-

rungen, Vorschlagswesen, Beobachtungen, Normen und Gesetzen. Der Fokus liegt dabei auf "berechtigten" Erwartungen; darüber hinaus soll versucht werden, auch Ansprüche zu erfüllen, die über letztere hinausgehen.

Ein Kernprozessesteam ist etabliert und in Prozessarbeit geschult; Schulungsbedarf und Assistenz bei speziellen Fragestellungen zur Prozessarbeit können über die Zentrale angefordert werden.

6.2.1 Patientenbefragung

Die Meinungen und Wünsche unserer Patienten zu kennen ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für unser Unternehmen. Eine hohe Patienten-Zufriedenheit ist eines unserer Q-Ziele und in den Hausprinzipien verankert. Befragungsergebnisse stellen ein Maß der Zielerreichung dar und dienen als Grundlage für Verbesserungsmaßnahmen.

Um Steuerungsmaßnahmen einleiten zu können und Vergleiche mit anderen Einrichtungen zu ermöglichen, sind AUVA weite Patienten-Befragungen durch die HCE vorzusehen, welche zentral in zweijährlichen Abständen zu planen, zu koordinieren und auszuwerten sind. Darüber hinaus sind dezentral themenspezifische kleinere Umfragen durchzuführen, um durch einschlägige Fragestellungen Ergebnisse für Maßnahmen bzw. Entscheidungsfindung zu lukrieren bzw. auch Erwartungshaltungen zu erfassen. Dafür sind telefonische Interviews bzw. schriftliche Befragungen in Kombination mit elektronischen Befragungstools zu nutzen.

Ein Feedbackmanagement für Patienten ist implementiert. Negative Feedbacks sind Teil der monatlichen Besprechungen. Positive Feedbacks werden den Mitarbeitern im "Feedback-Report" regelmäßig zur Kenntnis gebracht.

6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen

Die Kooperationen des UKH Kalwang beziehen sich auf die zuweisenden Kollegen der Umgebung, die benachbarten Remob-Abteilung, die Rehasentren der AUVA, die Hauskrankenpflege und auf Abteilungen, an welche oder von welchen Patienten transferiert werden.

Die Befragung von Zuweisern und von Partnern in der Nach- und Weiterbehandlung dient zur Erreichung der Ziele, die die Zusammenarbeit mit Externen betreffen. Die Befragungsergebnisse bilden die Grundlage für mögliche Verbesserungsmaßnahmen.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Eine regelmäßige MA-Zufriedenheitsanalyse wird im Abstand von 3 Jahren durchgeführt, um konkrete Verbesserungsmaßnahmen zu identifizieren (Führungsverhalten der Vorgesetzten, Unternehmenskultur, MA-Orientierung, Partnerschaften und Ressourcen, Prozesse und Dienstleister). Im Vorfeld werden Mitarbeiter über die anstehende Befragung informiert; dabei wird auf abgeleitete Maßnahmen der vorangegangenen Mitarbeiter-Befragung hingewiesen, um die Wichtigkeit der Teilnahme zu betonen und eine hohe Rücklaufquote zu sichern.

Mit der Durchführung und Auswertung der Befragung wird ein externes Institut betraut. Die erforderlichen finanziellen und personellen Ressourcen werden zur Verfügung gestellt. Das Ergebnis der Befragung bildet die Arbeitsgrundlage für die Sicherstellung eines nachhaltigen zufriedenstellenden Betriebsklimas. Verantwortlich für die Organisation und Durchführung der Befragung ist das QM-Team. Die Befragung er-

folgt anonym und im Einvernehmen mit der Personalvertretung.

Das allgemeine Ergebnis wird im Rahmen einer Mitarbeiter-Versammlung und über die QM-News präsentiert. Die Bereichs- und Abteilungsergebnisse sind in den jeweiligen Bereichen in kleineren Teams zu besprechen; pro Bereich wird bis zur nächsten Befragung mindestens eine Verbesserungsmaßnahme abgeleitet und umgesetzt.

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

Beschwerden von Patienten, Mitarbeitern, Kunden und Lieferanten werden systematisch erfasst, um mögliche Maßnahmen abzuleiten. Eine entsprechende Regelung (Erfassung, Ansprechpartner, Meldewege und Fristen) liegt auf. Die Bearbeitung von Beschwerden liegt in den Händen der Kollegialen Führung. Kritische Ergebnisse der externen Mitarbeiter-Befragung fließen in das Beschwerdemanagement ein. Beschwerden, die die Sicherheit von Patient betreffen, werden ans CIRPS-Team und das QRM weitergeleitet. Beschwerden, die die Sicherheit von Mitarbeitern betreffen, gehen an den Sicherheitstechnischen Dienst.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

Qualitätsrelevante Daten sind gemeinsam mit anderen Kennzahlen in einem Ziele-Dokument festgelegt und werden halbjährlich im Rahmen des Q-Tages evaluiert. Die Auswertung der qualitätsrelevanten Daten wird regelmäßig auf eine vernünftige Aufwand-Nutzen-Relation überprüft. Für die Erhebung der Daten werden alle verfügbaren Quellen herangezogen - vor Ort Befragungsergebnisse, Patienten- und Mitarbeiterfeedbacks, Statistiken u.v.m. Der zentralen Abteilung "Controlling und Koordination der Einrichtungen" obliegt die Erhebung zentraler Daten, die Ableitung von Kennzahlen und die Information der Einrichtungen. Die Vergleiche werden in unterschiedlichen Berichten zusammengefasst und über den AUVA Q-Bericht einer breiten Öffentlichkeit präsentiert.

Die Teilnahme an externer Qualitätssicherung ist in Österreich im Gegensatz zu Deutschland nicht gesetzlich verpflichtend. Die Kollegiale Führung des UKH Kalwang beauftragt das QM-Team, soweit möglich, Vergleiche mit Krankenhäusern anderer Träger anzustellen. Durch die Zertifizierung nach KTQ verpflichtet sich die Kollegiale Führung zur Transparenz der Daten.