

## **KTQ-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

|  |  |
|--|--|
| <b>Krankenhaus:</b>  | Bezirkskrankenhaus Schwaz Betriebs GmbH            |
| <b>Institutionskennzeichen:</b>  | K720   |
| <b>Anschrift:</b>  | Swarovskistraße 1-3<br>A-6130 Schwaz               |
| <b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup><br/>mit der Zertifikatnummer:</b> | 2015-03 KH A                                       |
| <b>durch die von der KTQ-GmbH<br/>zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>   | QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche |
| <b>Gültig vom:</b>   | 01.08.2015   |
| <b>bis:</b>  | 31.07.2018   |

## **Inhaltsverzeichnis**

|   |          |
|---|----------|
| <b>Vorwort der KTQ®</b>                 | <b>3</b> |
| <b>Vorwort der Einrichtung</b>          | <b>5</b> |
| <b>Die Kategorien</b>                   | <b>7</b> |
| 1 Patientenorientierung                 | 8        |
| 2 Mitarbeiterorientierung               | 11       |
| 3 Sicherheit                            | 12       |
| 4 Informations- und Kommunikationswesen | 14       |
| 5 Führung                               | 16       |
| 6 Qualitätsmanagement                   | 17       |

## 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 Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene<sup>1</sup>, 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,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

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

---

<sup>1</sup> zu 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<sup>®</sup> 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.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009/2. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

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

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

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

**S. Wöhrmann**

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

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

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**A. Westerfellhaus**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

Das Bezirkskrankenhaus Schwaz hat eine mehr als hundertjährige Geschichte. Unser Haus wurde 1908 als „Kaiser Franz Josef Jubiläumsspital“ eröffnet. Über all die Jahrzehnte erfolgten immer wieder intensive Bautätigkeiten, um eine adäquate und auf dem neuesten Stand stehende Infrastruktur bereitzustellen. Als Rechtsträgerin des Krankenhauses Schwaz liegt der Fokus der Bezirkskrankenhaus Schwaz Betriebsgesellschaft m.b.H. auf der optimalen medizinischen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung des politischen Bezirkes Schwaz und seinen Gästen.

Als ein Krankenhaus der Standardversorgung liegt unser Schwerpunkt in den Fächern:

- Innere Medizin, Department für Akutgeriatrie/Remobilisation und Palliativmedizin
- Chirurgie
- Unfallchirurgie und Sporttraumatologie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen.

Die Institute für Anästhesiologie und Röntgendiagnostik komplettieren dieses Leistungsangebot.

Insgesamt stehen 254 systemisierte Betten für die Betreuung zur Verfügung.



Der medizinisch-technische Fortschritt führte und führt noch immer zu einer wesentlichen Zunahme diagnostischer und therapeutischer Verfahren. Damit wächst auch die Komplexität der Patientenversorgung im Krankenhaus. Das Bezirkskrankenhaus Schwaz hat sich zu einer High-Tech-Einrichtung entwickelt, die enorme Anforderungen an die Mitarbeiter und das Management stellt. Nur durch geeignete Strukturierung, dynamische Organisation und sensible Prozesssteuerung können die Behandlungs- und Pflegeprozesse effizient gestaltet werden. Unsere Mitarbeiter arbeiten nach bewährten Methoden, Erkenntnissen und Standards, um die höchstmögliche Behandlungsqualität zu gewährleisten und sind neuen Entwicklungen gegenüber offen.



Durch die Technisierung besteht aber stärker denn je die Gefahr, dass die persönliche Komponente der Patient- Betreuer Beziehung ihre Bedeutung verliert. Daher haben sich unser Haus und insbesondere seine Mitarbeiter als Motto ihres Handelns den Leitspruch „**Hilfe mit Kompetenz und Menschlichkeit**“ zur Grundlage gemacht.

Wir verstehen darunter, die uns anvertrauten Menschen ganzheitlich zu betrachten. Wir bemühen uns die persönlichen Bedürfnisse, das Denken und das Fühlen unserer Patienten zu respektieren, unabhängig von unterschiedlichen sozialen, kulturellen und religiösen Wertvorstellungen.

Die Vermittlung dieser Grundhaltung, kombiniert mit der fachspezifischen Ausbildung, wird in unserer angegliederten Gesundheits- und Krankenpflegeschule als Bildungsauftrag wahrgenommen.



Da uns die Sicherheit und die Zufriedenheit der Patienten ein zentrales Anliegen ist, bringen wir Methoden eines modernen Qualitäts- und Risikomanagements zum Einsatz. Mit der Einführung eines Qualitätsmodells wollen wir eine Vorreiterrolle einnehmen. Wir unterziehen unser Handeln laufend einer kritischen Reflexion und sind bestrebt, uns dadurch kontinuierlich zu verbessern.



Schwaz, am 16.03.2015




# Die KTQ-Kategorien

## 1 Patientenorientierung

### 1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

#### 1.1.1. Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Informationen über das BKH Schwaz erhalten Patienten und Interessierte auf vielfältige Weise. Einerseits über unsere Homepage, die das Leistungsangebot aller Fachdisziplinen sowie organisatorische und administrative Belange abdeckt, andererseits durch Broschüren und Flyer, um eine möglichst breitgefächerte Informationsbasis sicherzustellen. Die Abstimmung mit den einweisenden Ärzten ist uns ebenfalls ein zentrales Anliegen, um den Aufnahmeprozess so reibungslos als möglich zu gestalten. Der erste persönliche Kontakt erfolgt über qualifizierte Mitarbeiter in unseren Fach- und Spezialambulanzen. Hier wird das weitere Vorgehen zwischen Arzt und Patienten besprochen und geplant. Terminvergaben erfolgen strukturiert über den elektronischen Aufnahmekalender. Unser Krankenhaus ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln problemlos zu erreichen. Für PKW steht eine Tiefgarage zur Verfügung. Alle unsere Zugänge sind selbstverständlich behindertengerecht angelegt.

#### 1.1.2 Leitlinien

Ziel ist es, unseren Patienten die bestmögliche ärztliche Behandlung und Pflege durch Umsetzung von international anerkannten wissenschaftlichen und evidenzbasierten Leitlinien zu bieten. Als Beispiele seien hier abteilungsübergreifende Standards zur Thrombose-, Sturz- und Dekubitusprophylaxe genannt. Durch Links zu verschiedensten Fachgesellschaften, durch Onlinedatenbanken sowie regelmäßige Kongressbesuche ist eine ständige Optimierung und Aktualisierung der Behandlungsprozesse gewährleistet. Sämtliche Dokumente stehen in einer zentralen Datenbank den Mitarbeitern in einer strukturierten Form zur Verfügung.

#### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Der Patient steht als aktiv beteiligter Partner im Mittelpunkt aller Bemühungen unserer Mitarbeiter (siehe Leitbild). Um eine umfassende Information zu gewährleisten, stehen neben dem persönlichen Kontakt mit den betreuenden Mitarbeitern Informationsmöglichkeiten wie zum Beispiel unsere Krankenhausbroschüre, diverse Flyer sowie unser hauseigener TV-Kanal zur Verfügung. Im Bereich der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen werden standardisierte Aufklärungsbögen verwendet. Die Information des gesamten Behandlungsteams über eine vorhandene Patientenverfügung wird sichergestellt und wir respektieren die Wünsche. Erziehungsberechtigte bzw. Sachwalter werden frühzeitig in den Betreuungsprozess eingebunden. Der Schutz der Privat- und Intimsphäre in Gesprächen oder während therapeutischer Maßnahmen ist uns ein besonderes Anliegen. Unser Spektrum an Betreuungskonzepten reicht von der Seelsorge und psychologischen Betreuung bis zu Schulungsangeboten, wie z. B. Diabetes-schulungen, ernährungsmedizinischer Beratung oder Geburtsvorbereitung. Durch Vernetzung mit Selbsthilfegruppen bieten wir ein ganzheitliches Versorgungskonzept.

#### 1.1.4 Service Essen und Trinken

Im Rahmen der Erweiterungs- und Neubauten der letzten Jahre wurde bei der Einrichtung der Patientenzimmer auf bestmöglichen Patientenkomfort geachtet. Die Reinigung der Patientenbereiche unterliegt strengen Hygienerichtlinien und wird laufend überprüft. Neben Aufenthaltsräumen an allen bettenführenden Stationen stehen unseren Patienten und deren Besuchern eine hauseigene Kapelle sowie eine Cafeteria zur Verfügung. An das Haus schließt sich westseitig eine großzügige Gartenanlage mit Teich und Kneippbereich an. In der Organisation des Küchenbereiches kommen standardisierte Hygiene- und Verarbeitungsrichtlinien zum Einsatz (HACCP Konzept). Die Zusammenstellung des Speiseplans erfolgt nach neuesten ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen. Auf individuelle Wünsche der Patienten wird eingegangen, kulturelle und religiöse Essgewohnheiten werden durch das Pflegepersonal erfasst und berücksichtigt.

#### 1.1.5 Kooperationen

Eine gute Vernetzung zwischen einzelnen Fachabteilungen als auch zu externen Institutionen ist für eine adäquate Patientenversorgung unabdingbar. Wir streben überall dort wo es zur Optimierung der Versorgungsqualität unserer Patienten dient Kooperationen an. Die innerbetriebliche Vernetzung erfolgt durch unser elektronisches Informationssystem, weiters durch interdisziplinäre Fallbesprechungen und Visiten. Durch unsere Kontakte und Verbindungen mit den regionalen Sozialsprengeln und der Selbsthilfestelle Tirol ermöglichen wir rasche Kontaktaufnahmen. Durch die Bereitstellung unsere Räumlichkeiten für Veranstaltungen unterstützen wir aktiv die Selbsthilfegruppen. Weitere enge Kooperationen bestehen

mit unseren externen Konsiliarärzten (Neurologie, Psychiatrie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Neurochirurgie, Urologie), die in regelmäßigen Abständen bzw. im Bedarfsfall unsere Patienten visitieren. Unser zertifiziertes Brustzentrum ist affiliierter Partner der Brustgesundheitszentrums Tirol.

## **1.2 Notfallaufnahme**

### **1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung**

Notfälle werden jederzeit aufgenommen. Die fachärztliche Versorgung ist in allen Fachrichtungen rund um die Uhr gewährleistet. Die innerbetrieblichen Alarmierungswege sind klar strukturiert. Der Ablauf einer Notfallaufnahme mit sämtlichen Verantwortlichkeiten und Aufgabenverteilungen ist klar geregelt. Die Mitarbeiter des Notfallkompetenzteams sind hochqualifiziert. Es besteht zu allen umliegenden Zentren reger Kontakt. Bei notwendigen Verlegungen von Notfallpatienten ist eine vollständige Informationsübergabe sowie ein adäquater Transport sichergestellt.

## **1.3 Ambulante Versorgung**

### **1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung**

Für unsere Patienten stellen wir eine Aufnahmebereitschaft für alle Fachbereiche rund um die Uhr sicher. Zusätzlich zum Leistungsangebot der fachspezifischen Ambulanzen im Rahmen des primären Versorgungsauftrages bieten wir Beratung und Therapie in verschiedensten Spezialambulanzen: Als Beispiele seien hier die Diabetesambulanz, Adipositasambulanz, Stomaambulanz Pränataldiagnostik und Stillambulanz genannt. Zur Reduktion der Wartezeiten steht ein elektronischer Terminplanungskalender zur Verfügung. Durch unser Krankenhausinformationssystem verfügen wir über einen schnellen Zugriff auf bestehende Vorbefunde. Um alle relevanten Informationen für den weiterbehandelnden niedergelassenen Arzt so zeitnah als möglich zu gewährleisten, wird die technische Vernetzung sukzessive ausgebaut. Die Datensicherheit ist durch Verschlüsselung sichergestellt.

### **1.3.2 Ambulante Operationen**

Die Terminvereinbarung, Operationsaufklärung, Anästhesieaufklärung und alle nötigen Voruntersuchungen erfolgen im Vorfeld. Der Operationsablauf im OP Bereich unterliegt denselben Sicherheits- und Qualitätsstandards wie bei stationären Patienten. Im Anschluss wird der Patient zur Überwachung und Schmerztherapie an die Aufwachstation verlegt. Der Entlassungszeitpunkt des Patienten aus dem Krankenhaus wird von den zuständigen Fachärzten festgelegt. Der Patient erhält Verhaltenshinweise je nach durchgeführtem operativem und anästhesiologischem Verfahren. Die weitere Betreuung durch eine Begleitperson ist unabdingbar. Kleine operative Eingriffe in Lokalanästhesie (örtlicher Betäubung) finden entweder im Zentral-OP oder in den Räumlichkeiten der jeweiligen Ambulanz statt.

## **1.4 Stationäre Versorgung**

### **1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**

Die Dringlichkeit der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen basiert auf der Ersterhebung bei Aufnahme des Patienten in der jeweiligen Fachambulanz. Im weiteren Verlauf werden alle Maßnahmen nach strukturierter Einholung aller relevanten Informationen durch das ärztliche und pflegerische Personal der jeweiligen Bettenstationen gemeinsam mit dem Patienten festgelegt. Es werden alle Maßnahmen zur Vermeidung von Patientenverwechslungen gesetzt. Zur optimalen Behandlung unserer Patienten bedarf es einer zeitgemäßen technischen Vernetzung, die wir durch unser elektronisches Krankenhausinformationssystem gewährleisten. Eine fächerübergreifende Zusammenarbeit und Abstimmung des Behandlungsprozesses ist während des gesamten Verlaufs in vielfältiger Weise gesichert. Information und Aufklärung des Patienten sind uns ein wesentliches Anliegen. Zentrales Instrument ist die persönliche Kommunikation mit unseren Patienten und deren Angehörigen. Unterstützend werden standardisierte Informationsblätter und Aufklärungsbögen zur Entscheidungshilfe zum Einsatz gebracht.

### **1.4.2 Therapeutische Prozesse**

Behandlungsplanung und Therapie richten sich nach dem aktuellen Stand des Wissens mit Bezugnahme auf Leitlinien der nationalen und internationalen Fachgesellschaften. Eine fachübergreifende Zusammenarbeit ist gewährleistet. Bei Bedarf werden Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden und Psychotherapeuten in die Behandlung miteinbezogen. Die Schmerztherapie wird anhand eines standardisierten Schemas unter regelmäßiger Schmerzbestimmung durchgeführt. Bereits bei Aufnahme des Patienten werden verschiedene Risikoeinstufungen seitens des ärztlichen und pflegerischen Dienstes durchgeführt (Dekubituseinschätzung, Sturzrisiko) und dementsprechende prophylaktische Maßnahmen eingeleitet.

### **1.4.3 Operative Verfahren**

Durch einen strukturierten fachübergreifenden Prozess wollen wir den bestmöglichen operativen Ablauf gewährleisten. Jeder Patient wird im Vorfeld durch einen Anästhesisten bezüglich Narkosetauglichkeit beurteilt. Das geeignete Narkoseverfahren wird gemeinsam mit dem Patienten besprochen. Weiters erfolgt eine eingehende ärztliche Aufklärung über den operativen Eingriff durch die entsprechenden Fachabteilungen. Die Patientensicherheit im operativen Ablauf hat oberste Priorität, sämtliche Vorgehensweisen sind durch Standards abgesichert. Diese umfassen verschiedene Maßnahmen zum Ausschluss von Verwechslungen, Lagerungsverfahren sowie strenge Hygienepläne. Der Patient wird während des operativen Eingriffs permanent engmaschig überwacht. Zur postoperativen Betreuung stehen sechs Aufwachplätze zur Verfügung. Die Schmerztherapie wird hier durch die Abteilung für Anästhesie fortgesetzt. Die Freigabe zur Transferierung an die Bettenstation erfolgt durch den Narkosearzt nach strikten Kriterien.

### **1.4.4 Visite**

Die tägliche stationäre Visite stellt einen der wichtigsten Faktoren zur Aufrechterhaltung einer strukturierten, abteilungs- und berufsgruppenübergreifenden Patientenversorgung dar. Sie dient als Informations-, Kommunikations- und Entscheidungsplattform für die weitere Patientenbetreuung. Das Visitenteam setzt sich prinzipiell aus Primar bzw. stationsführendem Oberarzt sowie den betreuenden Pflegekräften zusammen. Es ist uns ein Anliegen, dem Patienten während der Visite genügend Raum zur Kommunikation zur Verfügung zu stellen. Im pflegerischen Bereich werden zur Überprüfung der Pflegequalität regelmäßig Pflegevisiten durchgeführt.

### **1.4.5 Teilstationär, prästationär, poststationär**

In unserem Krankenhaus beschränken sich teilstationäre Aufenthalte (Eintagesaufnahmen) auf endoskopische Untersuchungen und tagesklinische chemotherapeutische Behandlungen. Die nötigen Informations-, Aufklärungs- sowie Einwilligungsgespräche finden im Regelfall bereits im Vorfeld der Aufnahme statt. Für den endoskopischen Bereich stehen zehn Betten zur Verfügung, die Chemotherapiepatienten werden zentral an unserer Tagesstation behandelt. Als Abschlussdokumentation wird ein Arztbrief an den zuständigen Hausarzt übermittelt.

## **1.5 Übergang in andere Bereiche**

### **1.5.1 Entlassung**

Ziel ist ein reibungsloser Übergang in die häusliche Pflege bzw. Betreuung durch weiterführende Einrichtungen. Im Regelfall wird der Entlassungstermin rechtzeitig durch den verantwortlichen Arzt im Rahmen der Visite festgelegt und dem Patienten mitgeteilt. Für die Organisation der Entlassungen von Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf oder der Notwendigkeit der Verlegung in eine weiterbetreuende Einrichtung steht ein multiprofessionelles Team inklusive Sozialarbeitern sowie eine eigene Stelle zur Koordination des pflegerischen Entlassungsmanagements zur Verfügung. Situationsbedingt werden sämtliche Spezialisten im Vorfeld der Entlassung hinzugezogen (Ernährungsberater, Diabetesberater, Therapeuten, Stillberater, Stomatherapeuten, usw.). Um das bestmögliche Behandlungsergebnis zu erreichen, wird der Patient ausführlich über das weitere Vorgehen bzw. Verhaltensmaßnahmen informiert und unterwiesen. Schriftliche Befunde für weiterbetreuende Institutionen werden ebenfalls bereitgestellt. Bedarf es nach der Entlassung Pflege-, Heil- oder sonstiger Hilfsmittel, so wird die erforderliche Organisation bereits während des stationären Aufenthaltes in die Wege geleitet.

### **1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung**

Je nach Versorgungsintensität werden die entsprechenden Fachexperten für die Entlassungsplanung hinzugezogen. Alle erforderlichen organisatorischen Maßnahmen (wie Recherchen über Heimplatzmöglichkeiten, Sozialsprengel, Übergangspflegeeinrichtungen, soziale Dienste, Kontakte zu Selbsthilfegruppen) werden zeitgerecht in die Wege geleitet. Termine für weitere Untersuchungen oder Kontrollen zur Nachbehandlung werden bei der Visite und/oder bei der Entlassung mitgeteilt. Die benötigten Verschreibungen sind bei der Entlassung vorbereitet. Zum Zeitpunkt der Überstellung sind alle benötigten Dokumente fertig gestellt. Die Anweisungen beinhalten Informationen über die Diagnose, Medikation, Empfehlungen, etwaige Kontrolltermine, besonders zu beachtende Verhaltensmaßnahmen sowie Adresse, Telefon- und Fax-Nummer für Rückfragen. Eine Kurzzeitpflegestation wurde eingerichtet.

## **1.6 Sterben und Tod**

### **1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten**

Sterbende Patienten erfahren in dieser schweren Phase am Ende ihres Lebens unsere besondere Aufmerksamkeit, Fürsorge und Empathie. Die Sorge um das Wohlbefinden und die Würde des Patienten leitet alle Aspekte der Behandlung. Durch organisatorische Maßnahmen (Einzelzimmer, Einbeziehung der Angehörigen, verstärkte Präsenz) wollen wir die erforderlichen Rahmenbedingungen für ein würdevolles Sterben ermöglichen. Zur Bewältigung der physischen und psychischen Bedürfnisse von Sterbenden steht ein multiprofessionelles Behandlungsteam zur Verfügung. Ein Hauptaugenmerk liegt auf der adäquaten Schmerztherapie. Bei Vorliegen einer Patientenverfügung sind sämtliche involvierten Mitarbeiter informiert. Die Einbindung der Angehörigen in den Sterbeprozess wird aktiv gefördert. Wir respektieren deren Wünsche unter der Prämisse der Wahrung der Rechte des Sterbenden. Unser Krankenhaus verfügt über vier Palliativbetten. Die Arbeitsgruppe Palliativpflege ist multiprofessionell zusammengesetzt und arbeitet eng mit der Hospizgruppe des Bezirkes zusammen.

### **1.6.2 Umgang mit Verstorbenen**

Eine respekt- und würdevolle sowie den kulturellen und religiösen Wünschen entsprechende Versorgung verstorbener Patienten bilden die Grundlagen unseres Handelns. Wir bieten durch das gesamte Behandlungsteam Gespräche im Sinne der Trauerbegleitung an. Angehörige werden im Sterbefall frühzeitig informiert und eingebunden und erhalten die Möglichkeit zur würdevollen Verabschiedung. Bei Fehl- und Totgeburten erhalten die Eltern alle erforderlichen Informationen sowie psychologische Unterstützung. Angehörige haben genügend Zeit, sich persönlich und ganz individuell von dem Verstorbenen zu verabschieden. Sollten Angehörige zu einem späteren Zeitpunkt Abschied nehmen wollen, so steht ein eigener Andachtsraum zur Verfügung.

## **2 Mitarbeiterorientierung**

### **2.1 Personalplanung**

#### **2.1.1 Planung des Personalbedarfs**

Um eine hochqualifizierte Betreuung unserer Patienten sicherzustellen, ist es unser Bestreben mittels Personalplanung, dafür die optimalen Rahmenbedingungen zu schaffen. Das Ziel lautet: Die Mitarbeiter mit der richtigen Qualifikation zur richtigen Zeit in der richtigen Anzahl zu planen und einzusetzen. Grundlage der Personalplanung bilden leistungsbezogene Kennzahlen und die geforderten Strukturqualitätskriterien.

### **2.2 Personalentwicklung**

#### **2.2.1 Personalentwicklung / Qualifizierung**

Im Rahmen der Personalentwicklung ist es unser Bestreben die Förderung und Weiterentwicklung von bestehenden Fähigkeiten und Fertigkeiten unserer Mitarbeiter mit dem Versorgungsauftrag sowie den Zielen unseres Krankenhauses in Einklang zu bringen. Die Regelungen hinsichtlich der Qualifikation unserer Mitarbeiter ergeben sich aus den gesetzlichen Vorgaben sowie den Ausbildungsvorschriften der jeweiligen Berufsgruppen. In den Einsatzbereichen liegen Anforderungsprofile in Form von Stellenbeschreibungen vor. Die Durchführung von regelmäßigen Mitarbeitergesprächen sehen wir als wichtiges Führungsinstrument im Sinne der Mitarbeiterförderung.

#### **2.2.2 Einarbeitung von neuen Mitarbeitern**

Im Rahmen des so genannten „BKH Welcome“ erhalten neu eintretende Mitarbeiter Informationen über die Struktur und Organisation des Hauses. Die Einarbeitung im unmittelbaren Arbeitsbereich erfolgt durch den Abteilungsleiter sowie das gesamte Stammteam. Dafür stehen zur raschen Integration vielfältige schriftliche Unterlagen zur Verfügung. Der schnelle Zugriff auf alle erforderlichen Informationen wird durch unsere elektronische Dokumentendatenbank vereinfacht. Weiters sind in der Phase der Einarbeitung definierte Zeitpunkte zur Durchführung von Mitarbeitergesprächen durch den Abteilungsleiter festgelegt. Dies schafft die Möglichkeit zur Reflexion des bisherigen Verlaufs sowie zur Abstimmung von Zielvereinbarungen.

### **2.2.3 Ausbildung**

Unser Krankenhaus betreibt eine eigene staatlich anerkannte zertifizierte (ISO 9001:2008) Gesundheits- und Krankenpflegeschule. Es werden auch Pflege- und Heimhilfen ausgebildet. Wir ermöglichen die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin sowie zum Facharzt für Allgemein Chirurgie, Unfallchirurgie und Innere Medizin. Zwei unserer Fachabteilungen (Innere Medizin und Allgemeine Chirurgie) sind akademische Lehrabteilungen der medizinischen Universität Innsbruck. Unser Haus ist seit Jänner 2014 "Pflegerwissenschaftliches Lehrkrankenhaus". Durch regelmäßige Besprechungen zwischen Auszubildenden, Mentoren und den Leitern der einzelnen Bereiche ist eine Theorie-Praxis-Vernetzung sichergestellt.

### **2.2.4 Fort- und Weiterbildung**

Wir wollen durch einen Mix aus innerbetrieblichen und externen Fort- und Weiterbildungen zu einer ständigen Wissenserweiterung beitragen. Für die Mitarbeiter existiert ein umfangreiches Fortbildungsprogramm. In den Mitarbeitergesprächen werden Weiterbildungswünsche erhoben und Fortbildungsmaßnahmen vereinbart. Neben den gesetzlichen Vorgaben entsprechend des Tätigkeitsfeldes (Sonderausbildungen, Weiterbildungen im Pflegebereich) werden auch individuell längerfristige Freistellungen für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen gefördert. Unser Konzept beinhaltet auch verpflichtende hausinterne Fortbildungen, vor allem mit Sicherheits- und Risikobezug.

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

### **2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil**

Die Führungskräfte des Krankenhauses Schwaz identifizieren sich mit den Grundsätzen unseres Leitbildes, in welchem das Führungsverhalten und die Prinzipien eines partnerschaftlichen Miteinanders definiert sind. Es ist uns wichtig, unseren Mitarbeitern die aktive Mitgestaltung der Unternehmensprozesse zu ermöglichen. Das innerbetriebliche Vorschlagswesen sowie die regelmäßig durchgeführten Mitarbeitergespräche dienen als Instrumente des offenen Führungsstils. Weiters werden Gemeinschaftsaktionen durch Bereitstellung finanzieller Mittel aus dem hauseigenen Wohlfahrtsfonds gefördert und unterstützt. Durch die Inbetriebnahme einer hauseigenen Kinderbetreuungseinrichtung ermöglichen wir den raschen Wiedereinstieg von Müttern in das Berufsleben.

### **2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit**

Hier gelten die gesetzlichen Vorgaben des Krankenanstaltenarbeitszeitgesetzes sowie des Arbeitszeitruhegesetzes. Für Schwangere gilt das Mutterschutzgesetz. Diese Gesetze werden durch Betriebsvereinbarungen ergänzt. Für alle Berufsgruppen kommt ein EDV-basiertes Dienstplanprogramm zum Einsatz. Unseren Mitarbeitern wird die Möglichkeit gegeben, Elternteilzeit- sowie Altersteilzeitmodelle in Anspruch zu nehmen. Die Urlaubsplanung wird dezentral im jeweiligen Team erarbeitet und umgesetzt.

### **2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden**

Das Ideenmanagement unter dem Logo IDEA sehen wir als wichtiges Instrument, um unsere Mitarbeiter aktiv in den permanenten Verbesserungsprozess zu integrieren. Es handelt sich hierbei um ein eigenes Softwaretool, das die strukturierte Einreichung von Ideen und Verbesserungsvorschlägen ermöglicht. Umgesetzte Ideen werden prämiert. Für persönliche Wünsche und Beschwerden unserer Mitarbeiter ist der unmittelbar Vorgesetzte die primäre Ansprechperson, hierzu dient auch das regelmäßige Mitarbeitergespräch. Durch einen unkomplizierten Zugang können Mitarbeiter jedoch auch direkt den Mitgliedern der Kollegialen Führung ihre Anliegen kundtun.

## **3 Sicherheit**

### **3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme**

#### **3.1.1 Arbeitsschutz**

Die Verfahren zum Arbeitsschutz richten sich nach den gesetzlichen Bestimmungen des Arbeitnehmerschutzgesetzes sowie zahlreicher weiterer Gesetze und Verordnungen. Ein Gremium aus dem Betriebsrat, dem Arbeitsmediziner, Arbeitspsychologen sowie zusätzlichen Sicherheitsvertrauenspersonen unterstützt die Geschäftsführung bei der Wahrnehmung der gesetzlichen Verpflichtungen zum Schutz der Arbeitnehmer. Ergänzt wird diese Organisationsstruktur durch eine Hygienefachkraft, Strahlenschutzbeauftragten, Brandschutzbeauftragten sowie Laserschutzbeauftragten und Abfallbeauftragte.

### **3.1.2 Brandschutz**

Ziel unseres umfassenden Brandschutzkonzeptes ist es, für unsere Patienten, deren Angehörige und Besucher einen sicheren Aufenthaltsort sowie für unsere Mitarbeiter eine sichere Arbeitsumgebung zu gewährleisten. Besonders wichtig in diesem Zusammenhang ist uns die Sensibilisierung der Mitarbeiter zum Thema vorbeugender Brandschutz. Neu eintretende Mitarbeiter werden durch den Brandschutzbeauftragten geschult, sämtliche Informationen sind auch in unserer Online-Datenbank abrufbar. Ein weiteres Hauptaugenmerk liegt auf der Zusammenarbeit mit externen Einsatzkräften, um eine Vertrautheit mit den örtlichen Gegebenheiten sicherzustellen.

### **3.1.3 Umweltschutz**

Unser Ziel ist es, den laufenden Betrieb nachhaltig umwelt- und ressourcenschonend zu gestalten. Initiativen zur Vermeidung von unnötigen Abfällen sowie die Förderung umweltfreundlicher Ideen werden aktiv unterstützt. Als Beispiel sei hier die Energieeinsparung durch Wärmerückgewinnung im Bereich der Raumluftanlagen genannt. Auch im Rahmen der Kooperation mit Fremdfirmen achten wir auf die Einhaltung ökologischer Parameter und Nachhaltigkeitskriterien.

### **3.1.4 Katastrophenschutz**

Die Vorgabe strukturierter Abläufe ist gerade im Katastrophenfall unabdingbar. Für Großschadensereignisse, Naturkatastrophen oder Epidemien liegen dementsprechende Konzepte vor. Sämtliche Unterlagen wie Katastrophenpläne, Alarmierungspläne, Evakuierungspläne sowie detaillierte Einzelablaufbeschreibungen sind jederzeit für alle Mitarbeiter in unserer zentralen Datenbank abrufbar. Das Krankenhaus Schwaz ist in den landesweiten Pandemieplan integriert.

### **3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen**

Durch regelmäßige Überprüfungen und Wartungen unserer technischen Anlagen wird ein größtmögliches Maß an Sicherheit gewährleistet. Wir sind jedoch auch für den Notfall bestens gerüstet. Im Falle eines Ausfalls der Strom- und der Energieversorgung sind entsprechende Vorkehrungen getroffen, um einen reibungslosen Betrieb aufrechterhalten zu können. Die Wasserversorgung erfolgt durch drei Haupteinspeisungen. Die Haussprechanlage ermöglicht bei Ausfall der Funk- und/oder Telefonanlage die Aufrechterhaltung der innerbetrieblichen Kommunikation. Im Bereich Informationstechnologie wurden Vorkehrungen auf mehreren Ebenen getroffen, um Systemausfälle zu vermeiden bzw. auf Systemausfälle in entsprechend kurzer Zeit reagieren zu können.

## **3.2 Patientensicherheit**

### **3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung**

Im ärztlichen und pflegerischen Aufnahmegespräch werden gefährdete Patienten, wie zum Beispiel im Falle einer Desorientierung, Demenz oder Sturzgefahr ermittelt. Diesen gilt unsere besondere Obsorgepflicht. Zur Sturzprophylaxe wird eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, wie z.B. der Einsatz von Sturzmatten, Sturzsensoren und Niederflurbetten. Standards zur Vermeidung von Patienten- und Eingriffsverwechslungen sind etabliert. Das gesetzeskonforme Vorgehen bei Eigen- und Fremdgefährdung ist schriftlich geregelt. Diese Entscheidungen werden im Spannungsfeld zwischen zwei Rechtsgütern - persönlicher Freiheit und Fürsorgepflicht - getroffen.

### **3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement**

Sämtliche Abläufe im Rahmen eines medizinischen Notfalls sind klar standardisiert geregelt. Sowohl strukturelle als auch personelle Voraussetzungen ermöglichen die bestmögliche Versorgung von medizinischen Notfällen. Durch Wählen einer abteilungsspezifischen Alarmierungsnummer wird das interdisziplinäre Notfallteam alarmiert. An jeder Abteilung steht standardisiertes Notfallequipment zur Verfügung. Schwere Notfälle werden in unserem Schockraum therapiert. Unser Notfallkompetenzteam ist hochqualifiziert und führt regelmäßig Reanimationsschulungen für Mitarbeiter durch.

### **3.2.3 Hygienemanagement**

Die Hygienekommission und das Hygieneteam sind für die Erarbeitung, Umsetzung und Einhaltung von hygienerelevanten Erfordernissen und Themenstellungen verantwortlich. Unterstützend sind in sämtlichen Stationsbereichen Hygienekontaktpersonen im Einsatz. Ziel des Hygienemanagements ist Infektionen systematisch zu erkennen, zu verhüten und zu bekämpfen. Die Umsetzung erforderlicher Hygienemaßnahmen erfolgt entsprechend den gesetzlichen Vorgaben. Aufgrund der Wichtigkeit für das Wohlergehen unserer Patienten erfolgen laufend Kontrollen, von der Krankenhausküche bis hin zur Zentralsterilisationseinheit.

### **3.2.4 Hygienerelevante Daten**

Die Vorgehensweise im Fall des Auftretens meldepflichtiger Infektionen ist geregelt. Diese erfolgt umgehend an die Gesundheitsbehörde. Eine Keimresistenzstatistik wird jährlich erstellt. Es werden Antibiotikaempfehlungen auf dem Boden der hauseigenen Resistenzberichte erarbeitet. Für die systematische Erfassung und Auswertung aller Hygienebefunde verwenden wir ein eigenes EDV-basiertes Erfassungssystem (Hybase).

### **3.2.5 Infektionsmanagement**

Erklärte Zielsetzung aller hygiesichernden Maßnahmen ist die Infektionsvorbeugung. Hygienestandards und ablauforganisatorische Regelungen im Umgang mit spezifischen Infektionskrankheiten sind ausgearbeitet und liegen in aktueller Version für alle Mitarbeiter zugänglich vor. Zusätzliche Informationen oder dringende aktuelle Aussendungen diverser Behörden werden von der Hygienefachkraft unverzüglich weitergegeben. Diverse Schutzvorkehrungen sowie definierte Isolationsverfahren gewährleisten den Schutz von Patienten, Mitarbeitern und Besuchern vor Ansteckung mit infektiösen Erkrankungen. Die Bewusstseinsbildung der Mitarbeiter erfolgt sowohl durch Schulungen als auch durch Hygienekontrollen.

### **3.2.6 Arzneimittel**

Die Versorgung aller Bereiche mit Arzneimitteln ist durch unsere Versorgungsapothekensicherstellung. Im Anlassfall erfolgt eine unverzügliche Weitergabe von externen Meldungen zur Arzneimittelsicherheit (Chargenrückrufe) durch Apotheke sowie die Ärztliche Direktion. Eine eigene Arzneimittelkommission regelt die Aktualisierung und Neuaufnahme von Medikamenten in unserer hauseigenen Apotheke. Wichtige Informationen zu Nebenwirkungen oder unerwünschten Wirkungen von Medikamenten sind über eine Online-Datenbank jederzeit abrufbar. Bei Auftreten einer unerwünschten Arzneimittelwirkung erfolgt entsprechend den Kriterien und Vorgaben des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen eine sofortige Meldung.

### **3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate**

Benötigte Blutkonserven werden durch die zentrale Blutbank in Innsbruck bereitgestellt. Unser Haus betreibt ein Blutdepot und es ist eine uneingeschränkte Versorgung mit Blut und Blutprodukten sichergestellt. Sämtliche Sicherheitskontrollen sowie erforderlichen Dokumentationsmaßnahmen sind festgelegt. Ein klar dokumentierter Prozess regelt die Anforderung, Blutabnahme mit Identitätsprüfung, durchzuführende Tests vor Verabreichung sowie die Aufklärung des Patienten durch geschulte Mitarbeiter. Zur Minimierung der Fremdblutgabe bei Operationen stehen uns Geräte zur Wiederaufbereitung von Eigenblut zur Verfügung.

### **3.2.8 Medizinprodukte**

Die gesetzliche Grundlage für den Kauf und die Verwendung von medizinischen Geräten bildet das Medizinproduktegesetz und die Medizinprodukte-Betreiberverordnung. Die Ersteinweisung an einem neuen Medizinprodukt erfolgt durch einen Medizinproduktberater des Herstellers / Lieferanten. Über alle Einschulungen werden schriftliche Aufzeichnungen geführt. An jeder Fachabteilung sind zur Aufrechterhaltung der Sicherheit Geräteverantwortliche definiert. Um einen reibungslosen und sicheren Betrieb zu gewährleisten, werden sämtliche medizinische Geräte regelmäßigen Überprüfungen unterzogen und mit einer Prüfplakette versehen.

## **4 Informations- und Kommunikationswesen**

### **4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie**

#### **4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie**

Im heutigen Gesundheitswesen ist die lückenlose und transparente Dokumentation der Patientenbetreuung unabdingbar. Unser Ziel ist es, höchstmögliche Sicherheit bei der Bereitstellung, interprofessionellen Nutzung und Archivierung der Patientenakte zu gewährleisten. Hierzu verwenden wir modernste technische Systeme unter dem Aspekt der bestmöglichen Datensicherheit. Die Umsetzung einer kompletten elektronischen Patientendokumentation (inkl. elektronischen Fieberkurve) erfolgte 2015. Dies geschieht unter strikter Beachtung der Anforderungen des Datenschutzes und Berücksichtigung aller möglichen Ausfallszenarien.

## **4.2 Patientendaten**

### **4.2.1 Regelungen zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten**

Für jeden Patienten der ambulant oder stationär behandelt wird, wird eine Patientenakte angelegt. Die Dokumentation wird einheitlich, nachvollziehbar und zeitnah geführt. Die Patientenakte beinhaltet alle, entsprechend den gesetzlichen Regelungen erforderlichen Informationen, die den Behandlungsverlauf schlüssig darstellen. Hierbei legen wir besonderen Wert auf die Vollständigkeit der Dokumentation (Vollständigkeit der Befunde, der Berichte, Protokolle und Verlaufsdokumentationen). Die Dokumentation wird im klinischen Bereich sowie im Archiv von den verantwortlichen Mitarbeitern auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft.

### **4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten**

Wir stellen sicher, dass ein rascher und unkomplizierter Zugriff auf Daten und Informationen zum Behandlungsprozess jederzeit gewährleistet ist. Die Dokumentensicherheit und Bereitstellung wird durch ein modernes Dokumentenverwaltungsprogramm sichergestellt. Durch die Schaffung verschiedener Schnittstellen mit externen Versorgungsbereichen können die Patientendaten für die verantwortlichen Personen schnell und sicher bereitgestellt werden. Umfassende Regelungen zur Archivierung und Bereitstellung der Patientendaten sichern die Verfügbarkeit unter gleichzeitiger Beachtung des Datenschutzes.

## **4.3 Informationsmanagement**

### **4.3.1 Information der Krankenhausleitung**

Durch ein definiertes Informations- und Berichtswesen wird sichergestellt, dass die Kollegiale Führung alle relevanten Informationen aus den Krankenhausbereichen erhält. Die Informationsweitergabe erfolgt über das Beauftragtenwesen und durch die Rückmeldung/Protokollierung aus den Kommissionen, Gremien und Arbeitsgruppen. So werden Vorkommnisse im Bereich Medizintechnik, Ergebnisse der Patientenbefragung oder Beinahefehlermeldungen aus den klinischen Bereichen systematisch gemeldet.

### **4.3.2 Informationsweitergabe Intern / Extern**

Zur Sicherstellung der Informations- und Kommunikationsstrukturen im Krankenhaus nach innen und außen, wurde die Berichterstattung und Protokollierung für alle Bereiche definiert. Es bestehen elektronische Verteilersysteme sowie jederzeit die Möglichkeit für die Mitarbeiter aktuelle Informationen über das Krankenhausinformationssystem sowie das Dokumentenmanagementsystem abzufragen. Externe Bereiche können nach festgelegten Vorgaben unter Beachtung des Datenschutzes Informationen unseres Hauses nutzen. Patienten erhalten im Vorfeld einer Behandlung relevante Informationen über unsere Homepage. Diese wird regelmäßig aktualisiert und informiert über die Versorgungsmöglichkeiten.

## **4.4 Telefonzentrale und Empfang**

### **4.4.1 Organisation und Service**

Unsere Portierloge ist meist die erste und zentrale Anlaufstelle für Patienten, Angehörige sowie Besucher. Es ist eine 24 Stunden Besetzung der Portierloge mit qualifizierten Mitarbeitern gewährleistet. Verfahren, wie die Auskunftserteilung und Verhalten in Notfallsituationen werden trainiert. Der vertrauensvolle Umgang mit Patientendaten sowie die Berücksichtigung der Intimsphäre und Patientenwünsche werden gewährleistet.

## **4.5 Datenschutz**

### **4.5.1 Regelungen zum Datenschutz**

Unser Haus gewährleistet den Schutz aller personenbezogenen persönlichen Daten unserer Patienten und Mitarbeiter. Die Wahrung der Privat- und Intimsphäre unserer Patienten ist sichergestellt. Die Anforderungen an die Sicherheit elektronischer Daten sind über das IT-Security Konzept abgesichert. Ein Datenschutzbeauftragter ist etabliert.

## 5 Führung

### 5.1 Unternehmensphilosophie- und Kultur

#### 5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Die Führung des Hauses reagiert systematisch auf die sich ständig ändernden Voraussetzungen für eine langfristige Standortsicherung und Versorgung der Bevölkerung im Bezirk Schwaz. Hierbei hilft die mehr als hundertjährige Geschichte und Tradition unseres Hauses. Bei unserer Arbeit steht immer unser Leitspruch zur Versorgung der Patienten „Hilfe mit Kompetenz und Menschlichkeit“ im Vordergrund. Die Qualitätspolitik ist von der Krankenhausführung vorgegeben und sie steht im direkten Bezug zum Leitbild. Die Entstehung des Leitbildes ist auf einen mehrjährigen Prozess rückzuführen. Das Leitbild ist auf der Homepage veröffentlicht.

#### 5.1.2 Durchführung vertrauensbildender Maßnahmen und –fördernder Maßnahmen

Die Führungsgrundsätze und die Maxime unseres Handelns, sowohl im Hinblick auf die Innensicht (Patienten, Mitarbeiter) als auch auf die Außensicht (Interessenspartner), sind in unserem Leitbild festgelegt. Wir sehen unsere Mitarbeiter als wesentlichen und wertvollen Bestandteil unseres Unternehmens. Daher fördern wir die fachliche Qualifikation und berücksichtigen den kollegialen Führungsstil um bestmögliche Zufriedenheit der Mitarbeiter zu erreichen. Unser Ziel ist die Förderung und Entwicklung kompetenter Mitarbeiter, die den zukünftigen Aufgaben gewachsen sind. Hierbei werden Wissensvermittlung, Verhaltensmodifikation und die persönliche Entwicklung gestützt. Im Rahmen der Fürsorgepflicht und Wertschätzung bieten wir unseren Mitarbeitern ein umfassendes Gesundheitsförderungsprogramm (BGM) an.

#### 5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Neben der Wahrung der Patientenrechte respektieren wir den kulturellen und spirituellen Hintergrund der Patienten sowie deren psychosoziale Bedürfnisse. Um einen ganzheitlichen Ansatz in der Patientenversorgung zu gewährleisten fördern wir den Kontakt zu allen kirchlichen Institutionen, zu ehrenamtlichen Organisationen und zu Ansprechpartnern von Selbsthilfegruppen. Spezialisten aus den Bereichen Ethik, Hospiz oder Palliativversorgung unterstützen unsere Arbeit. Die Angebote für die Patienten des Hauses sind in Patientenbroschüren und auf der Homepage dargestellt.

### 5.2 Strategie und Zielplanung

#### 5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

In der regelmäßig durchgeführten Strategiekonferenz werden längerfristige Ziele und die mehrjährige Entwicklungsstrategie des Hauses erarbeitet. Die vom Land Tirol vorgegebenen Qualitätsziele sowie die Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern sind richtungsweisend. Durch die Arbeit mit betriebswirtschaftlichen Kennzahlen und der Auswertung unserer Befragungsinstrumente erhalten wir konkrete Rückmeldung um unser Handeln laufend verbessern zu können. Zusätzlich lernen wir aus den Risikoanalysen externer Partner und können somit unser Haus vor Risiken in der Patientenversorgung weiter schützen. Die Steuerung der Bereiche Personal und Einkauf erfolgt durch interne Controllingberichte.

#### 5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages und der langfristigen Zielerreichung des Hauses werden Kooperationen nach definiertem Verfahren eingegangen. Bereits bestehende Kooperationen wie mit der TILAK runden das Angebotspektrum des Hauses ab. Unser Profil sowie das Behandlungsspektrum der medizinischen- und pflegerischen Versorgung wird auch auf Basis durchgeführter Befragungen ständig angepasst. Ziel ist es den Anforderungen der Menschen und Institutionen in der Region gerecht zu werden. Unter dem Motto Krankenhaus hilft Krankenhaus haben wir seit einigen Jahren eine Unterstützungsaktion für das Krankenhaus Loita Hills in Entasekera (Kenia). Die Unterstützung des Krankenhauses in Kenia ist auf Initiative von Mitarbeitern unseres Hauses entstanden. Es wird monatlich ein finanzieller Beitrag durch unsere Mitarbeiter freiwillig bereitgestellt.

### 5.3. Organisationsentwicklung

#### 5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Aus der festgelegten Aufbau- und Ablauforganisation ergeben sich klare Führungs- und Organisationsstrukturen für das Gesamtkrankenhaus. Die Verantwortlichkeiten sind mit Hilfe von Stellenbeschreibungen und Tätigkeitsvorgaben geregelt. Um den im Krankenhaus notwendigen Wissenstransfer zwi-

schen den Berufsgruppen sicherzustellen wird die Information in den verschiedenen Gremien und Kommissionen systematisch ausgetauscht. Mit Hilfe von Patienten- und Zuweiserbefragungen werden die externen Anforderungen berücksichtigt und die Organisation des Hauses entsprechend angepasst.

### **5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien**

Auf Ebene der Kollegialen Führung findet wöchentlich ein Jour fix statt. Auf allen drei Ebenen (Verwaltungsdirektion, Ärztliche Direktion, Pflegedirektion) ist mit den jeweiligen Führungskräften zur Sicherung des Informationsflusses und des Wissenstransfers ein regelmäßiges Besprechungswesen etabliert. Um schnell auf Abweichungen in den Arbeitsabläufen des Krankenhauses reagieren zu können erhalten die Krankenhausführung und Abteilungsleiter regelmäßig Controllingberichte, Meldungen aus Fallbesprechungen und diversen Konferenzen. Bei konkreten Projektaufträgen wird ein begleitendes Projektcontrolling durchgeführt. Die Arbeit in den verschiedenen Kommissionen, wie Arzneimittelkommission und Hygienekommission sind auf Basis von Geschäftsordnungen festgelegt.

### **5.3.3 Innovation- und Wissensmanagement**

Die Maßnahmen zur Implementierung von Innovationen richten sich nach der Größe der Veränderung. Dies reicht von einfacher Information der MA bis hin zu einer komplexen Planung der Einführungsphase und detaillierter Planung der MA-Schulung. Für unsere Mitarbeiter steht von jedem Arbeitsplatz aus ein freier Zugriff auf das Datenmanagementsystem sowie Intranet zur Verfügung. Hier sind alle relevanten Dokumente, Informationen und Links abrufbar. Medizinisch wissenschaftliche Datenbanken und Fachzeitschriften, sowie Besprechungen sind wesentliche Bausteine des Wissensmanagements.

## **5.4 Marketing**

### **5.4.1 externe Kommunikation**

Wir sehen die Kommunikation nach außen als wesentlichen Bestandteil einer effizienten Unternehmensführung. Dabei nutzen wir sämtliche Formen der modernen Kommunikationsmedien. Der Aufbau einer kontinuierlichen partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit den regionalen und überregionalen Medien ist Aufgabe der Krankenhausführung. Im Bereich Medienarbeit kooperiert unser Haus mit der Abteilung Öffentlichkeitsarbeit der Tiroler Landeskrankenanstalt (TILAK). Neben den üblichen Informationsmedien wie unsere Homepage und der Krankenhausbroschüre finden seit Jahren Fachvorträge, Vernissagen sowie Ausstellungen, Filmveranstaltungen und Konzerte als Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit statt.

## **5.5 Risikomanagement**

### **5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagements**

Zur schnellen Identifikation von Gefahrenpotentialen im Krankenhaus für die klinischen Bereiche ist ein Risikomanagementsystem implementiert. Dieses basiert auf den Anforderungen der ONR 49000. Oberstes Ziel ist es, aus kritischen Situationen zu lernen und Verbesserungen abzuleiten. Die zentralen Zielsetzungen sind die Gewährleistung der Patientensicherheit, der Erhalt und die Verbesserung der Qualität der medizinischen Behandlung, sowie die Erhöhung der Sicherheit für unsere Mitarbeiter. Die Gewährleistung der Sicherheit und Zuverlässigkeit von technischen Systemen, Anlagen und Prozessen sind weitere zentrale Zielsetzungen. Das Krisenmanagement, Meldewege sowie Deeskalationsverfahren sind im Krankenhaus installiert.

## **6 Qualitätsmanagement**

### **6.1 Qualitätsmanagementsystem**

#### **6.1.1 Organisation**

Als erstes Bezirkskrankenhaus in Tirol hat sich die Führung des BKH Schwaz entschlossen, ein Qualitätsmanagementsystem für das gesamte Haus einzuführen. Das gewählte Verfahren KTQ© (Koooperation für Transparenz und Qualität) ist eigens für Gesundheitseinrichtungen entwickelt worden. Nach definierten Vorgaben werden unsere Strukturen, Abläufe und unsere Bemühungen im Hinblick auf Patientensicherheit durch externe Experten geprüft. Um diese Vorgaben zu erreichen wurden die nötigen organisatorischen Rahmenbedingungen geschaffen. Es ist eine Stabstelle für Qualitätsmanagement etabliert. Diese Stelle arbeitet intensiv mit allen Abteilungen des Hauses zusammen.

### **6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung**

Die bestmögliche Prozessgestaltung (Abstimmung der Tätigkeiten von Ärzten, Pflegepersonen, Therapeuten und aller anderen Berufsgruppen) haben das vorrangige Ziel zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. zu einem verbesserten Wohlbefinden unserer Patienten beizutragen. Der Behandlungsprozess von der Aufnahme, Diagnostik, Therapie, konservative und operative Versorgung bis zur Entlassung oder Verlegung, ist unser Kernprozess. Dieser Prozess ist berufsgruppenübergreifend und fächerübergreifend organisiert. Es erfolgt eine laufende Überprüfung dieses Ablaufes mittels Qualitätsmessungen.

## **6.2. Befragungen**

### **6.2.1 Patientenbefragung**

Wir führen seit 2010 eine permanente Patientenbefragung durch. Das Ziel ist es die Bedürfnisse, Erwartungen und die wahrgenommene Versorgungsqualität zu ermitteln. Die Ergebnisse werden laufend dazu genutzt, unsere Dienstleistungen zu verbessern. Die Befragung ist absolut anonym. Es werden keinerlei demographische Daten erhoben, die Rückschlüsse auf die Person zulassen.

### **6.2.2. Befragung externer Einrichtungen**

Wir sehen das Instrument der Befragung von externen Partnern als Chance, Verbesserungspotenziale im Zuweisungsprozess, Entlassungsprozess und der gesamten Kommunikation mit dem niedergelassenen Bereich zu ermitteln. Die Befragung wird auch zum Nutzen für unsere Patienten in Sinne einer integrierten Versorgung durchgeführt. Die Befragungen finden alle drei Jahre statt.

### **6.2.3 Mitarbeiterbefragung**

Die Planung und die Durchführung von Mitarbeiterbefragungen erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem Betriebsrat. Auf die Anonymität und den Schutz der Persönlichkeit wird dabei besonders geachtet. Aus den Ergebnissen werden Maßnahmen zur Verbesserung der verhältnisorientierten und verhaltensorientierten Arbeitsbedingungen abgeleitet. Die Erkenntnisse werden auch in strategischen Planungen berücksichtigt.

## **6.3. Beschwerdemanagement**

### **6.3. 1. Umgang mit Wünschen und Beschwerden**

Beschwerden werden als Chance verstanden um Verbesserungspotenziale für unsere Dienstleistungen abzuleiten. Der sachliche, konstruktive und offene Umgang mit Beschwerden steht dabei im Vordergrund. Ein professioneller Umgang mit Beschwerden beinhaltet die Bearbeitung sowie die Auswertung von Beschwerden und das Rückfließen von Erkenntnissen. Das Beschwerdemanagement (BM) ist als integrierter Bestandteil des QM-Systems aufgebaut. Die Beschwerden werden zentral koordiniert, bearbeitet, erfasst und ausgewertet.

## **6.4. Qualitätsrelevante Daten**

### **6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten**

Die Erhebung von qualitätsrelevanten Kennzahlen erfolgt auf vielfältige Weise. Einerseits durch Auswertungen von Routinedaten, Aufzeichnungen zur Ergebnisqualität, Durchführung von Befragungen sowie Auswertungen aus dem Beschwerdemanagement. Es erfolgen laufend Erhebungen und Auswertungen zu den Themenbereichen Hygienemanagement, Pflegequalität und Prozessqualität.

### **6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung**

Es ist vorrangiges Ziel unseres Hauses, sich Qualitätsvergleichen mit anderen Einrichtungen zu stellen, um laufend unsere Verfahren optimieren zu können. Daher beteiligen wir uns im Rahmen der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung freiwillig an folgenden Registern: Geburtenregister Tirol, Tumorregister Tirol, Prothesenregister Tirol, Diabetesregister Tirol, Schlaganfallregister, Österreichisches Dialyse- und Transplantationsregister.