

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

Krankenhaus:	Bezirkshospital Schwaz
Institutionskennzeichen:	K720
Anschrift:	Swarovskistraße 1-3 A-6130 Schwaz
Ist zertifiziert nach KTQ[®] mit der Zertifikatnummer:	2018-0056 KH A
durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:	QMS Cert Zertifizierungsgesellschaft mbH, Bramsche
Gültig vom:	01.08.2018
 bis:	31.07.2021
Zertifiziert seit:	01.08.2012

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die KTQ-Kategorien	7
1. Patientenorientierung	8
2. Mitarbeiterorientierung	12
3. Sicherheit - Risikomanagement	13
4. Informations- und Kommunikationswesen	17
5. Unternehmensführung	18
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 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 Krankenhausesperten besetztes Visitorteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Während 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 **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 abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat

Vorwort der Einrichtung

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. Die zentrale Aufgabe unseres Krankenhauses ist daher die Sicherstellung einer zeitgemäßen, bedarfsgerechten medizinischen Versorgung, kombiniert mit anerkannter Spitzenmedizin in Spezialbereichen.

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

- Innere Medizin, Department für Akutgeriatrie/Remobilisation und Palliativmedizin
- Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen
- Orthopädie und Traumatologie

Die Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie die Abteilung für Radiologie komplettieren das Leistungsangebot. Das integrierte Brustzentrum ist zertifiziert.

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 Mitarbeiterinnen und das Management stellt. Nur durch geeignete Strukturierung, dynamische Organisation und sensible Prozesssteuerung können die Behandlungs- und Pflegeprozesse effizient gestaltet werden. Unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen 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 und Mitarbeiterinnen 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 Grundhaltungen, kombiniert mit der fachspezifischen Ausbildung, wird in unserem angegliederten Bildungszentrum für Pflegeberufe als Bildungsauftrag wahrgenommen. Das Bezirkskrankenhaus Schwaz ist anerkanntes pflegewissenschaftliches Lehrkrankenhaus und akademisches Lehrkrankenhaus der medizinischen Universitäten von Innsbruck, Wien und Graz.



Da uns die Sicherheit und die Zufriedenheit der Patienten und Patientinnen ein zentrales Anliegen ist, bringen wir Methoden eines modernen Qualitäts- und Risikomanagements zum Einsatz.

Wir unterziehen unser Handeln laufend einer kritischen Reflexion und sind bestrebt, uns dadurch kontinuierlich weiterzuentwickeln.



Geschäftsführung
Schwaz, am 06.04.2018



Ärztliche Direktion



Pflegedirektion

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Informationen über das BKH Schwaz erhalten PatientInnen 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 / Ärztin ist uns ebenfalls ein zentrales Anliegen, um den Aufnahmeprozess so reibungslos als möglich zu gestalten. Der erste persönliche Kontakt erfolgt über qualifizierte MitarbeiterInnen in unseren Fach- und Spezialambulanzen. Hier wird das weitere Vorgehen zwischen Arzt / Ärztin und PatientInnen 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 und Standards

Ziel ist es, unseren PatientInnen 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 MitarbeiterInnen in einer strukturierten Form zur Verfügung.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

PatientInnen stehen als aktiv beteiligte Partner im Mittelpunkt aller Bemühungen unserer MitarbeiterInnen (siehe Leitbild). Um eine umfassende Information zu gewährleisten, stehen neben dem persönlichen Kontakt mit den betreuenden MitarbeiterInnen 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 Ernährung und Service

Die Zusammenstellung des Speiseplans erfolgt nach ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen. Auf individuelle Wünsche der PatientInnen wird eingegangen, kulturelle und religiöse Essgewohnheiten werden durch das Pflegepersonal erhoben und berücksichtigt. In der Organisation des Küchenbereiches

kommen standardisierte Hygiene- und Verarbeitungsrichtlinien zum Einsatz (HACCP Konzept). PatientInnen mit Schluckstörungen werden durch die Zusammenarbeit verschiedenster Fachexperten betreut. 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 PatientInnen und deren BesucherInnen eine hauseigene Kapelle sowie eine Cafeteria zur Verfügung. An das Haus schließt sich westseitig eine großzügige Gartenanlage mit Teich und Kneippbereich an.

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Unserem Versorgungsauftrag entsprechend werden alle PatientInnen, die in Notsituationen eine unserer Ambulanzen aufsuchen, behandelt. 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 MitarbeiterInnen des Notfallkompetenzteams sind hochqualifiziert. Es bestehen zu allen umliegenden Zentren reger Kontakt und Kooperationsvereinbarungen. Bei notwendigen Verlegungen von NotfallpatientInnen sind eine vollständige Informationsübergabe sowie ein adäquater Transport sichergestellt.

1.3.1 Elektive, ambulante Diagnostik und Behandlung

Für unsere PatientInnen 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, 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 / Ärztin 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 tagesklinischen OP Bereich unterliegt denselben Sicherheits- und Qualitätsstandards wie bei stationären PatientInnen. Im Anschluss an den Eingriff ist eine lückenlose Überwachung und adäquate Schmerztherapie sichergestellt. Der Entlassungszeitpunkt der PatientInnen aus dem Krankenhaus wird von den zuständigen Fachärzten festgelegt. Die PatientInnen erhalten Verhaltenshinweise je nach durchgeführtem operativem und anästhesiologischem Verfahren. Die weitere Betreuung durch eine Begleitperson ist unabdingbar. Die neu etablierte operative Tagesklinik (2017) stellt eine räumliche und gerätetechnische eigenständige Organisationseinheit für tagesklinische Eingriffe dar.

1.4.1 Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität und Behandlung

Die Dringlichkeit der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen basiert auf der Ersterhebung bei Aufnahme der PatientInnen 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 den PatientInnen festgelegt. Es werden alle Maßnahmen zur Vermeidung von Patientenverwechslungen gesetzt. Zur optimalen Behandlung unserer PatientInnen 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 der PatientInnen sind uns ein wesentliches Anliegen. Zentrales Instrument ist die persönliche Kommunikation mit unseren PatientInnen 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 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 der PatientInnen werden verschiedene Risikoeinstufungen seitens des ärztlichen und pflegerischen Dienstes durchgeführt (Dekubitus einschätzung, Sturzrisiko) und dementsprechende prophylaktische Maßnahmen eingeleitet.

1.4.3 Operative Prozesse

Durch einen strukturierten fachübergreifenden Prozess wollen wir den bestmöglichen operativen Ablauf gewährleisten. Die PatientInnen werden im Vorfeld durch einen Anästhesisten bezüglich Narkosetauglichkeit beurteilt. Das geeignete Anästhesieverfahren wird gemeinsam mit den PatientInnen 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 Hygienerichtlinien. Die PatientInnen werden 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 Facharzt der Anästhesie nach strikten Kriterien.

1.4.4 Visite

Die tägliche stationäre Visite stellt einen der wichtigsten Faktoren zur Aufrechterhaltung einer strukturierter, abteilungs- und berufsgruppenübergreifenden Patientenversorgung dar. Sie dient als Informations-, Kommunikations- und Entscheidungsplattform für die weitere Patientenbetreuung. Es erfolgt täglich (auch Sonn- und Feiertags) mindestens eine gemeinsame Visite der PatientInnen durch den ärztlichen Dienst

und Pflege, im Bedarfsfall unter Beteiligung weiterer Fachexperten (Physiotherapie, Diätologie, klinische Psychologie usw.). Es ist uns ein Anliegen, den PatientInnen während der Visite genügend Raum zur Kommunikation zur Verfügung zu stellen.

1.5.1 Entlassungsprozess

Ziel ist ein reibungsloser Übergang in die häusliche Pflege bzw. weiterführende Betreuung durch externe 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 PatientInnen 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. Um das bestmögliche Behandlungsergebnis zu erreichen, werden PatientInnen 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.

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Sterbende PatientInnen erfahren in dieser schweren Phase am Ende ihres Lebens unsere besondere Aufmerksamkeit, Fürsorge und Empathie. Die Sorge um das Wohlbefinden und die Würde der PatientInnen 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 MitarbeiterInnen informiert. Die Einbindung der Angehörigen in den Sterbeprozess wird aktiv gefördert. Wir respektieren deren Wünsche unter der Prämisse der Wahrung der Rechte der 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 PatientInnen 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 den Verstorbenen zu verabschieden. Sollten Angehörige zu einem späteren Zeitpunkt Abschied nehmen wollen, so steht ein eigener Andachtsraum zur Verfügung. Einmal jährlich findet ein Gedenkgottesdienst für alle Verstorbenen des Krankenhauses Schwaz sowie für verstorbene MitarbeiterInnen in unserer Spitalskirche statt.

2. Mitarbeiterorientierung

2.1.1 Personalbedarf

Um eine hochqualifizierte Betreuung unserer PatientInnen sicherzustellen, ist es unser Bestreben mittels adäquater 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 des Österreichischen Strukturplans Gesundheit in der jeweils gültigen Fassung.

2.1.2 Personalentwicklung

Im Rahmen der Personalentwicklung ist es unser Bestreben die Förderung und Weiterentwicklung von bestehenden Fähigkeiten und Fertigkeiten unserer MitarbeiterInnen mit dem Versorgungsauftrag sowie den Zielen unseres Krankenhauses in Einklang zu bringen. Die Regelungen hinsichtlich der Qualifikation unserer MitarbeiterInnen 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.

2.1.3 Einarbeitung

Im Rahmen des so genannten "BKH Welcome" erhalten neu eintretende MitarbeiterInnen 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.

2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Wir wollen durch einen Mix aus innerbetrieblichen und externen Fort- und Weiterbildungen zu einer ständigen Wissenserweiterung beitragen. Für die MitarbeiterInnen 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. Unser Krankenhaus betreibt ein eigenes zertifiziertes Bildungszentrum für Pflegeberufe (ISO 9001:2015 zertifiziert). 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. Das Bezirkskrankenhaus Schwaz ist auch akademisches Lehrkrankenhaus der medizinischen Universitäten Innsbruck, Wien und Graz.

2.1.5 Arbeitszeiten / Work Life Balance

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. Einen großen Stellenwert nimmt die betriebliche Gesundheitsförderung für MitarbeiterInnen ein. Wir unterstützen die Aktivitäten in diesem Bereich und tragen aktiv durch die Bereitstellung sowohl der organisatorischen als auch der finanziellen Rahmenbedingungen zum Gelingen bei. Für die betriebliche Gesundheitsförderung ist eine Stabstelle etabliert. Es ist uns wichtig, unseren MitarbeiterInnen die aktive Mitgestaltung an den Unternehmensprozessen zu ermöglichen. Gemeinschaftsaktionen zur Förderung eines guten Betriebsklimas werden durch die Bereitstellung finanzieller Mittel aus dem hauseigenen Wohlfahrtsfonds gefördert und unterstützt. Durch den angegliederten Betriebskindergarten ermöglichen wir den raschen Wiedereinstieg von Müttern in das Berufsleben.

2.1.6 Ideenmanagement

Das Ideenmanagement unter dem Logo IDEA sehen wir als wichtiges Instrument, um unsere MitarbeiterInnen 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 MitarbeiterInnen ist der unmittelbar Vorgesetzte die primäre Ansprechperson, hierzu dient auch das regelmäßige Mitarbeitergespräch. Durch einen unkomplizierten Zugang können MitarbeiterInnen jedoch auch direkt den Mitgliedern der Kollegialen Führung ihre Anliegen kundtun.

3. Sicherheit - Risikomanagement

3.1.1 Methoden des klinischen 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 MitarbeiterInnen. Die Gewährleistung der Sicherheit und Zuverlässigkeit von technischen Systemen, Anlagen und Prozessen sind weitere zentrale Zielsetzungen. Die Risikoidentifizierung beruht auf zwei Säulen. Einerseits auf der Evaluation von Abteilungen und Funktionseinheiten mittels Risikoassessments und andererseits durch ein innerbetriebliches Meldesystem (CIRS = critical incident reporting system) für kritische Ereignisse. Ein Krisenmanagement, Meldewege sowie Deeskalationsverfahren sind im Krankenhaus installiert.

3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung

Im ärztlichen und pflegerischen Aufnahmegespräch werden gefährdete PatientInnen, 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 Sturzmatratzen, Sturzsensoren und Niederflurbetten. Das gesetzeskonforme Vorgehen bei Eigen- und Fremdgefährdung ist schriftlich geregelt. Diese Entscheidungen werden im Spannungsfeld zwischen zwei Rechtsgütern - persönlicher Freiheit und körperlicher Unversehrtheit - getroffen. Handlungsempfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (wie z.Bsp. sichere Identifikation; Vermeidung von Patienten- und Eingriffsverwechslungen) sind etabliert.

3.1.3 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 MitarbeiterInnen durch. Die Teilnahme an diesen Schulungen ist verpflichtend.

3.1.4 Organisation der Hygiene

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

3.1.5 Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement

Erklärte Zielsetzung aller hygienesichernden Maßnahmen ist die Infektionsprävention. Hygienestandards und ablauforganisatorische Regelungen im Umgang mit spezifischen Infektionskrankheiten sind ausgearbeitet und liegen in aktueller Version für alle MitarbeiterInnen 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 PatientInnen, MitarbeiterInnen und Besuchern vor Ansteckung mit infektiösen Erkrankungen. Die Bewusstseinsbildung der MitarbeiterInnen erfolgt sowohl durch Schulungen als auch durch Hygienekontrollen. Eine Keimresistenzstatistik wird jährlich erstellt. Es werden Antibiotikaempfehlungen auf dem Boden der hauseigenen Resistenzberichte erarbeitet. Das Krankenhaus beteiligt sich an KISS Modulen des Robert Koch Institutes.

3.1.6 Arzneimittel

Die Versorgung aller Bereiche mit Arzneimitteln ist durch unsere Versorgungsapotheke sichergestellt. 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.

3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin

Benötigte Blutkonserven werden durch die zentrale Blutbank in Innsbruck (ISO zertifiziert) bereitgestellt. Unser Haus betreibt ein Blutdepot und es ist eine uneingeschränkte Versorgung mit Blut und Blutprodukten sichergestellt. Ein Blutdepothandbuch ist erstellt und ein Blutdepotverantwortlicher bestellt. 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 MitarbeiterInnen. Zur Minimierung der Fremdblutgabe bei Operationen stehen uns Geräte zur Wiederaufbereitung von Eigenblut zur Verfügung.

3.1.8 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.

3.2.1 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.

3.2.2 Brandschutz

Ziel unseres umfassenden Brandschutzkonzeptes ist es, für unsere PatientInnen, deren Angehörige und Besucher einen sicheren Aufenthaltsort sowie für unsere MitarbeiterInnen eine sichere Arbeitsumgebung zu gewährleisten. Besonders wichtig in diesem Zusammenhang ist uns die Sensibilisierung der MitarbeiterInnen zum Thema vorbeugender Brandschutz. Neu eintretende MitarbeiterInnen 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.

3.2.3 Datenschutz

Dem Thema Datenschutz und der Datensicherung wird großer Stellenwert beigemessen. Insbesondere der Schutz personenbezogener und gesundheitsbezogener Daten sowohl von PatientenInnen und MitarbeiterInnen hat oberste Priorität. Entsprechend der neuen europäischen Datenschutzgrundverordnung 2018 ist ein Verzeichnisse aller Verarbeitungsvorgänge von personenbezogenen Daten erstellt. Eine Datenschutzfolgenabschätzung ist ausgearbeitet. Die Anforderungen an die Sicherheit elektronischer Daten sind über das IT-Security Konzept abgesichert. Eine Datenschutzbeauftragte ist für die Umsetzung und Einhaltung aller Vorgaben benannt.

3.2.4 Umweltschutz

Unser Ziel ist es, den laufenden Betrieb nachhaltig umwelt- und ressourcenschonend zu gestalten. Das generelle wirtschaftlich ökologische Handeln ist im Leitbild definiert. Initiativen zur Vermeidung von unnötigen Abfällen sowie die Förderung umweltfreundlicher Ideen werden aktiv unterstützt. Die Zielerreichung einer kontinuierlichen Verbesserung der Gesamtenergieeffizienz wird durch regelmäßige interne als auch externe Audits (ISO 50001) sichergestellt. Ein Berichtswesen ist etabliert. Es ist unsere Zielsetzung ein Klimabündnisbetrieb des Klimabündnisses Österreich zu werden. Auch im Rahmen der Kooperation mit Fremdfirmen achten wir auf die Einhaltung ökologischer Parameter und Nachhaltigkeitskriterien.

3.2.5 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 MitarbeiterInnen in unserer zentralen Datenbank abrufbar. Das Krankenhaus Schwaz ist in den landesweiten Pandemieplan integriert.

3.2.6 Ausfall von Systemen

Durch regelmäßige Überprüfungen und Wartungen unserer technischen Anlagen wird ein größtmögliches Maß an Sicherheit gewährleistet. Wir sind jedoch auch für den Notfall bestens gerüstet. 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. 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.

4. Informations- und Kommunikationswesen

4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme

Eine gut funktionierende und benutzerorientierte Informationstechnologie stellt die Basis für einen reibungslosen Alltag im komplexen System Krankenhaus dar. 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) ist erfolgt. Dies geschieht unter Beachtung der Anforderungen des Datenschutzes und Berücksichtigung möglicher Ausfallszenarien.

4.2.1 Klinische Dokumentation

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 Vorgaben zur Dokumentation in der Patientenbehandlung sind in einem Handbuch fächerübergreifend dargelegt. Die Dokumentation wird im klinischen Bereich sowie im Archiv von den verantwortlichen MitarbeiterInnen auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft.

4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung

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. Mittels Berechtigungskonzept haben MitarbeiterInnen jederzeit Zugriff auf die erfassten Patientendaten und medizinischen Dokumente und Befunde. Durch die Schaffung verschiedener Schnittstellen mit externen Versorgungsbereichen können die Patientendaten für die verantwortlichen Personen schnell und sicher bereitgestellt werden. Das KH ist seit 2017 an die bundesweite elektronische Gesundheitsakte (ELGA) angebunden. Umfassende Regelungen zur Archivierung und Bereitstellung der Patientendaten sichern die Verfügbarkeit unter gleichzeitiger Beachtung des Datenschutzes.

4.3.1 Information der Unternehmensleitung

Durch ein definiertes Informations- und Berichtswesen wird sichergestellt, dass die Kollegiale Führung sämtliche relevanten Informationen aus allen Krankenhausbereichen erhält. Die Informationsweitergabe erfolgt über das Beauftragtenwesen und durch die Rückmeldung, Protokollierung aus den Kommissionen, Gremien und Arbeitsgruppen. Ein strukturiertes Reportingwesen ist etabliert. So werden laufend Leistungszahlen, Erlöse, Daten der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung und sämtliche wirtschaftliche Daten (medizinische und nichtmedizinische Verbrauchsgüter) in Berichtsform der Geschäftsführung und den Organen der Kollegialen Führung vorgelegt. Die Führung wird auch über besondere Vorkomm-

nisse im Bereich Medizintechnik, medizinischen Behandlungsprozess, über Ergebnisse aus der Patientenbefragung und dem Beschwerdemanagement systematisch unterrichtet.

4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang

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. Unsere Portierloge ist meist die erste und zentrale Anlaufstelle für PatientInnen, Angehörige sowie Besucher. Es ist eine 24 Stunden Besetzung der Portierloge mit qualifizierten MitarbeiterInnen 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.

5. Unternehmensführung

5.1.1 Philosophie/Leitbild

Die Führung des Hauses reagiert proaktiv und systematisch auf die sich ständig ändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen für eine langfristige Standortsicherung. Die Sicherung der wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung unseres Bezirkes fließt in die strategische Ausrichtung unseres Hauses ein. Hierbei hilft die mehr als hundertjährige Geschichte und Tradition unseres Hauses. Bei unserer Arbeit steht immer unser Leitspruch zur Versorgung der PatientInnen "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 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen

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

5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung

Neben der Wahrung der Patientenrechte respektieren wir den kulturellen und spirituellen Hintergrund der PatientInnen 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 PatientInnen des Hauses sind in Patientenbroschüren und auf der Homepage dargestellt.

5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement

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 tirol kliniken. Es finden seit Jahren Fachvorträge, Vernissagen sowie Ausstellungen, Filmveranstaltungen und Konzerte als Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit in unserer Lichthalle statt. Grundsätzliche Festlegungen, hinsichtlich Verhaltensgrundsätze im Umgang mit Medien und dem Verfassen eines Presstextes, sind im Leitfaden Krisenmanagement festgehalten.

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung

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 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement

Hauptziel der kaufmännischen Steuerung ist es, neben der Budgetierung auch die erwirtschafteten Ressourcen aus der Patientenbetreuung bestmöglich im Sinne dieser einzusetzen. Das Controlling erstellt regelmäßig Auswertungen über Leistungs- und Kostenkennzahlen im Ist-, Soll- und im Vorjahresvergleich. Das klinische und kaufmännische Risikomanagement sind voneinander getrennt. Ein Internes Kontrollsystem ist etabliert.

5.2.3 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Partnerschaften und Kooperationen werden im Sinne der strategischen Ausrichtung mit medizinischen Dienstleistern und Gesundheitseinrichtungen sowie Ausbildungsstätten und privaten bzw. öffentlichen Partnern eingegangen. Die sorgfältige Auswahl unserer Partner richtet sich nach Werten wie Fairness, Verlässlichkeit, Solidarität sowie Loyalität. Das KH Schwaz strebt insbesondere Kooperationen mit dem lokalen und regionalen Umfeld an. Wir streben dabei Kooperationen unter den Aspekten sowohl der ökonomischen als auch der sozialen Nachhaltigkeit an. Unter dem Motto Krankenhaus hilft Krankenhaus ha-

ben 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 MitarbeiterInnen freiwillig bereitgestellt.

5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Klare Führungs- und Organisationsstrukturen sind wesentliche Voraussetzungen für das Funktionieren des komplexen Systems Krankenhaus. Aus der festgelegten Aufbau- und Ablauforganisation ergeben sich klare Führungs- und Verantwortungsbereiche für das Gesamtkrankenhaus. Die Verantwortlichkeiten sind mit Hilfe von Stellenbeschreibungen und Tätigkeitsvorgaben geregelt. Um den im Krankenhaus notwendigen Wissenstransfer zwischen den Berufsgruppen sicherzustellen wird die Information in den verschiedenen Gremien und Kommissionen systematisch ausgetauscht. Mit Hilfe von Patienten- und Zuweisbefragungen werden die externen Anforderungen berücksichtigt und die Organisation des Hauses entsprechend angepasst. 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 ist auf Basis von Geschäftsordnungen festgelegt.

5.3.2 Innovation und Wissensmanagement

Die Maßnahmen zur Implementierung von Innovationen richten sich nach der Größe der Veränderung. Dies reicht von einfacher Information der MitarbeiterInnen bis hin zu einer komplexen Planung der Einführungsphase und detaillierter Planung der MitarbeiterInnen-Schulung. Für unsere MitarbeiterInnen 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.

6. Qualitätsmanagement

6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements

Als erstes Bezirkskrankenhaus in Tirol hat sich die Führung des BKH Schwaz entschlossen, ein Qualitätsmanagementsystem für das gesamte Haus einzuführen. Das gewählte Verfahren KTQ(c) (Kooperation 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. Die Zielsetzung dieser Stelle ist die Implementierung neuer Erkenntnisse, Empfehlungen und Methoden in den täglichen Krankenhausalltag um die Prozesse laufend zu verbessern (Anwendung von Problemlösungsmethoden, Einführung von Qualitätserhebungsinstrumenten, klinisches Risikomanagement, Umsetzung von Handlungsempfehlungen, usw.). Diese Stelle arbeitet intensiv mit allen Abteilungen des Hauses zusammen.

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung

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 operativen 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.

6.2.1 Patientenbefragung

Wir betrachten die Zufriedenheit unserer Patienten als wesentlichen Maßstab für die Betreuungsqualität. Daher führen wir eine permanente Patientenbefragung durch. Das Ziel ist es die Bedürfnisse, Erwartungen und die wahrgenommene Versorgungsqualität zu ermitteln. Die Ergebnisse werden 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 von Zuweisern und externen 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.

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

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.

Geäußerte Beschwerden als auch positive Anmerkungen (Lob) werden in einem Report zusammengefasst.

6.4.1 Qualitätsrelevante Daten interner / externer Verfahren

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.

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, Tumorerregister Tirol, Prothesenregister Tirol, Diabetesregister Tirol, Schlaganfallregister, Österreichisches Dialyse- und Transplantationsregister.