



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

# KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog Version 2015 für Krankenhäuser

**Krankenhaus:** AUVA UKH Steiermark, Standort Kalwang

**Anschrift:** Rudolf-von-Gutman-Strasse 1  
A-8775 Kalwang

**Ist zertifiziert nach KTQ®  
mit der Zertifikatnummer:** 2019-0041 KH

**durch die von der KTQ-GmbH  
zugelassene Zertifizierungsstelle:** SAMA Cert GmbH, Stuttgart

**Gültig vom:** 31.12.2019  
**bis:** 30.12.2022

**Zertifiziert seit:** 31.12.2007

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Vorwort der KTQ®</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort der Einrichtung</b>	<b>5</b>
<b>Die KTQ-Kategorien</b>	<b>8</b>
1. Patientenorientierung	8
2. Mitarbeiterorientierung	11
3. Sicherheit - Risikomanagement	12
4. Informations- und Kommunikationswesen	16
5. Unternehmensführung	17
6. Qualitätsmanagement	19

## 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.

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

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

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

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

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

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam 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 **Unfallkrankenhaus Kalwang** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

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

**Dr. med. G. Jonitz**

Für die Bundesärztekammer

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

Für die  
Deutsche Krankenhausgesellschaft

**F. Wagner**

Für den Deutschen Pflegerat

## Vorwort der Einrichtung

### Das AUVA Unfallkrankenhaus Kalwang

Neue Bezeichnung seit 2019: AUVA Unfallkrankenhaus Steiermark, Standort Kalwang

Das Unfallkrankenhaus Kalwang versorgte bereits in den 1920er Jahren Verletzte nach Arbeitsunfällen. Nach mehreren Trägerwechseln wurde das Haus 1982 von der AUVA übernommen und wird seither als modernes, sich stets weiter entwickelndes Unfallkrankenhaus geführt.

Die Behandlung durch Fachärzte ist rund um die Uhr gewährleistet. Dies trägt gemeinsam mit den hohen pflegerischen und therapeutischen Standards dazu bei, dass Patienten nach Unfällen möglichst schnell wieder in den Alltag und/oder ins Arbeitsleben zurückkehren können. Das Unfallkrankenhaus Kalwang wurde im Jahr 2018 mit dem Unfallkrankenhaus Graz zum UKH Steiermark zusammengeschlossen.

Das UKH Kalwang ist unter anderem mit Computertomographie, Magnetresonanztomographie und digitalem Röntgen ausgestattet. Drei moderne Operationssäle mit Navigationsgerät für Gelenksprothesen und Operationsmikroskop sowie Labor und Physiotherapie stehen zur Verfügung.



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

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

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

**Zahlen und Fakten:** Das Unfallkrankenhaus Kalwang ist spezialisiert auf Unfallheilbehandlung, sowie degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates und verfügt über 70 Betten. Neben der Behandlung von Arbeits- und Freizeitunfällen und deren Folgen zählt die Endoprothetik von Hüfte und Knie zu unseren Kernkompetenzen.

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

## Qualitätsmanagement

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

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

## Critical Incident Reporting & Prevention System

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



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

## Patientensicherheit

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



Das Zertifikat nach KTQ<sup>®</sup> und IPS (Initiative Patientensicherheit Steiermark des Gesundheitsfonds Steiermark) beweist unsere ständige Auseinandersetzung mit diesen Themen und unsere Bereitschaft, uns dabei überprüfen zu lassen, um dadurch weitere Verbesserungsmöglichkeiten herauszufiltern bzw. den hohen Standard zu halten.

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

## **Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt AUVA**

Beinahe fünf Millionen Versicherte sind der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) anvertraut. Wir haben uns mit dem Motto: "Wir sind um Sie besorgt!" eine große Aufgabe gestellt: dafür zu sorgen, dass jeder Mensch im Laufe seiner Ausbildung und seines Berufslebens trotz aller Gefahren in sozialer Sicherheit leben kann.

Versichert sind nicht nur Personen in Ausbildung und bei der Arbeit, sondern auch alle altruistisch tätig Werdenden: Lebensretter oder Personen, die einen Arzt, einen Seelsorger oder Hilfe für Unfallopfer herbeiholen oder dies versuchen, und dabei selbst einen Unfall erleiden.

Versicherte 2017: Arbeiter: 1.282.059, Angestellte: 1.764.839, Selbständige: 537.697, Schüler, Studenten und Kindergartenkinder: 1.427.998. Insgesamt: 5.012.593

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

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

Leistungsschwerpunkte der AUVA Unfallkrankenhäuser sind die operative und konservative Behandlung von Verletzungen und Unfallfolgen bei Erwachsenen und Kindern.

## Die KTQ-Kategorien

### 1. Patientenorientierung

#### 1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

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

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

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

#### 1.1.2 Leitlinien und Standards

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

#### 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

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

Wir wahren die Patientenrechte und streben eine sichere und verständliche Kommunikation mit dem Patienten an. Dafür stellen wir Informationsmaterial und Aufklärungsbögen in unterschiedlichen Sprachen zur Verfügung. Die Einhaltung des Datenschutzes und die Wahrung Ihrer Intimsphäre sind über Handlungsanweisungen gesichert.

#### 1.1.4 Ernährung und Service

Das UKH Kalwang bietet mit seiner freundlichen Architektur und Außenanlage einen hohen Komfort. Der Warteraum ist mit Buffet, Getränkeautomaten, Trinkwasserspender, Spielecke, Info-Ständer und Zeitungen ausgestattet. Auf den Stationen stehen Aufenthaltsräume zur Verfügung. Die Patientenzimmer sind modern und funktionell ausgestattet (Tresor, TV, Kühlschrank, etc.).

Das Essen für Patienten und Mitarbeiter wird in der hauseigenen Küche zubereitet. Diätberatung wird angeboten. Mangelernährte Patienten erhalten eine Ernährungstherapie und wenn nötig pflegerische Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. Kulturelle und religiöse Aspekte finden entsprechend unserem Leitbild Berücksichtigung.

Regelmäßige Patienten-Umfragen zum Menüangebot zeigen eine sehr hohe Zufriedenheit mit der Verpflegung. Die Essenszubereitung und Verteilung erfolgt nach festgeleg-



ten Hygiene-Richtlinien und R&D-Plänen. Das HACCP Handbuch regelt das Vorgehen in der Küche.

### *1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung*

Der Träger sieht eine 24 h-Aufnahme für Notfälle mit OP-Bereitschaft vor. Diagnostik und Behandlung erfolgen nach dem aktuellen Stand des Wissens bzw. erarbeiteten fachlichen Standards. Für die Diagnostik stehen rund um die Uhr Röntgen, Labor und CT zur Verfügung.

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

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

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

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

Patienten, deren Erkrankungen komplexe chirurgische Eingriffe wie Endoprothesen-, Implantat- oder Verfahrenswechsel erfordern, werden im Vorfeld interdisziplinär besprochen, um Risiken zu reduzieren.

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

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

### *1.3.2 Ambulante Operationen*

Ambulante Operationen werden nicht durchgeführt.

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

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

In den täglichen Besprechungen erfolgt der Informationsaustausch über Geschehnisse des Vortags und die Planung für den Folgetag. Bei Bedarf werden Konsiliarärzte angefordert oder Pat an entsprechende Abteilungen transferiert. Für spezielle Patientengruppen (Schwerstkranke, Menschen mit Demenz) stehen ausgebildete Mitarbeiter der Pflege und entsprechende Handlungsanweisungen zur Verfügung.

#### 1.4.2 Therapeutische Prozesse

Die Steuerung therapeutischer Prozesse obliegt den Ärzten. Zur Vereinheitlichung wurden interdisziplinäre Behandlungsstandards erstellt.

Bei der Schmerzbehandlung berücksichtigen wir den Patienten als Gesamtes (Begleiterkrankungen, Lebensumstände, Verträglichkeit, Alter). Mitarbeiter mit entsprechender Ausbildung in Schmerztherapie stehen zur Verfügung. Die regelmäßige Erhebung des Schmerzzustandes unserer Patienten führen wir anhand von speziellen Skalen durch. Über das Befinden unserer stationären Patienten wird täglich in der interdisziplinären Morgen- und Mittagsbesprechung berichtet. Ein Early Warning Score mit entsprechend festgelegten Stufen- und Alarmierungsschema ist eingerichtet. Für die Meldung und systematische Sammlung unerwünschter Ereignisse nutzen wir unser Beinahefehler-Meldesystem CIRPS.

Wir führen Statistiken über die Anzahl bestimmter Komplikationen (nosokomiale Wund-Infektionen, Thrombosen, Sepsis, Pneumonie, iatrogenen Pneumothorax u.a.) und leiten bei Auffälligkeiten umgehend Maßnahmen ab.

#### 1.4.3 Operative Prozesse

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

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

#### 1.4.4 Visite

Jeder Patient der Bettenstation wird täglich zweimal von unfallchirurgischen Fachärzten und Pflegekräften visitiert. Für die Visite notwendige Informationen werden in der Morgenbesprechung und vor Visitenbeginn ausgetauscht. Der Visitierende gibt alle relevanten Informationen in der täglichen Mittagsbesprechung ans Kollegium weiter. Im Rahmen Ihrer Visite informieren wir Sie über diagnostische Ergebnisse, weitere Behandlung, voraussichtlichen Entlassungstag sowie notwendige Nachbehandlungen. Neben der unfallchirurgischen Visite finden weitere Visiten durch Pflegekräfte (Pflegerundgänge) und Anästhesisten statt (Intensivstation, Schmerzpatienten).

#### 1.5.1 Entlassungsprozess

Aufgaben und Ziele für den Entlassungsvorgang sind im Dokument „E-Management in den Unfallkrankenhäusern der AUVA“ beschrieben. Im Fall einer Entlassung oder eines Transfers liegen alle relevanten Unterlagen vor. Der Transport wird zeitgerecht organisiert und die Weiterbehandlung mit den weiterbetreuenden Einrichtungen abgestimmt. Entlassungen gegen den ärztlichen Rat bzw. wegen mangelhafter Mitarbeit oder aus disziplinären Gründen erfolgen entsprechend der festgelegten Handlungsanweisung.

Entlassungen bei Eigen- und Fremdgefährdung wickeln wir entsprechend den gesetzl. Vorgaben ab.

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

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

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

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

Wir achten die religiösen und kulturellen Bedürfnisse unserer Patienten und stellen medizinische, pflegerische, seelsorgerische, psychologische Begleitung und Unterstützung zur Verfügung.

#### *1.6.2 Umgang mit Verstorbenen*

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

## **2. Mitarbeiterorientierung**

### *2.1.1 Personalbedarf*

Die Erhebung des Personalbedarfes wird für alle Bereiche durch die Abteilung Controlling der Hauptstelle unter zu Hilfenahme der AUVA-Personalwürfel durchgeführt.

### *2.1.2 Personalentwicklung*

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

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

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

### *2.1.3 Einarbeitung*

Kompetenz und fachliche Qualifizierung sind in unserem Leitbild verankert. Jeder neue Mitarbeiter wird entsprechend einem schriftlichen Einarbeitungskonzept systematisch eingearbeitet. Aktuelle Informationsmaterialien werden als Mappe oder USB Stick bereitgestellt. Ziel ist die fachliche Begleitung des Mitarbeiters sowie die umfassende Einführung in die gesamte Organisation. Durch die gezielte Einarbeitung soll die Integration neuer Mitarbeiter in die bestehenden Teams optimiert und die Sicherheit für Mitarbeiter und auch Patienten verbessert werden.

#### *2.1.4 Ausbildung, Fort- und Weiterbildung*

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

Entsprechend unserem hausinternen Fortbildungskonzept bieten wir pro Jahr etwa 4 Fortbildungsveranstaltungen für unsere Mitarbeiter an. Schwerpunkt dabei ist die interdisziplinäre Beleuchtung von relevanten Themen sowie die Vermittlung des aktuellen Wissenstandes.

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

Unser elektronisches Dienstplansystem berücksichtigt automatisch alle gesetzlichen Vorschriften zur Arbeitszeit. Es überprüft die Einhaltung der einschlägigen Bestimmungen. Der Dienstplan wird jeweils für ein bis zwei Kalendermonate erstellt. Die Mitarbeiter erhalten ihre Dienstpläne zwei Wochen im Voraus. Optionen zur Teilzeitarbeit gibt es in allen Bereichen.

#### *2.1.6 Ideenmanagement*

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

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

### **3. Sicherheit - Risikomanagement**

#### *3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements*

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

Die KF strebt eine Fehler- und Sicherheitskultur an, die den Mitarbeitern das Melden von Fehlern und kritischen Ereignissen erleichtert und eine angst- und sanktionsfreie

Auseinandersetzung mit den jeweiligen Ereignissen ermöglicht. Ein krankenhausübergreifendes Meldesystem und ein Vertrauenssteam zur Bearbeitung der Meldungen sind etabliert und im Handbuch CIRPS festgelegt.

### *3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung*

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

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

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

### *3.1.3 Medizinisches Notfallmanagement*

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

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

### *3.1.4 Organisation der Hygiene*

Ein Hygieneteam ist eingesetzt (Arzt; DGKP) Das Hygieneteam hat beratende Funktion und wird bei Neu-, Zu- und Umbauten einbezogen. Bei unmittelbarer Gesundheitsgefährdung von Patienten und Personal trifft das Hygieneteam von sich aus Anordnungen zur Abwendung von Gefahren.

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

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

### *3.1.5 Hygienerelevante Daten, Infektionsmanagement*

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

Für die Erstellung und Präsentation der Infektionsstatistik ist das Hygieneteam zuständig. Ein AUVA weiter Vergleich nosokomialer Wundinfektionen erfolgt jährlich. Eine Infektions- und Keimresistenzstatistik wird mittels EDV-System Hybase geführt. Für den medizinisch sinnvollen und sparsamen Umgang mit Antibiotika ist eine Arbeitsgruppe eingesetzt.

Bei akuten viralen Infektionen werden Informationen über das BM f. Gesundheit, IKM, AWMF, RKI und durch Kontaktaufnahme mit anderen AUVA Einrichtungen eingeholt. Für die Übernahmen von Patienten aus ausländischen Gesundheitseinrichtungen mit potentiell kritischen Keimen wurde eine Leitlinie erstellt.

### *3.1.6 Arzneimittel*

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

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

### *3.1.7 Labor- und Transfusionsmedizin*

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

### *3.1.8 Medizinprodukte*

Der Umgang mit medizinischen Geräten, die Eingangsprüfung durch den technischen Dienst und der Organisationsablauf der Unterweisungspflicht sind geregelt. Alle Mitarbeiter, die mit medizinischen Geräten und Anlagen arbeiten, führen einen Gerätepass und werden entsprechend geschult. Es werden sowohl die Erstunterweisung durch den Hersteller, Lieferanten oder Medizinproduktberater, als auch alle Unterweisungen durch die Bereichs- bzw. Geräteverantwortlichen dokumentiert. Leihgeräte werden erst nach erfolgter Einschulung in Betrieb genommen.

Geräteausfälle werden an die Haustechnik gemeldet werden. Für sensible Bereiche

stehen entsprechende Firmenansprechpersonen fest. Für Beinaheunfälle ist ein Meldesystem etabliert.

### *3.2.1 Arbeitsschutz*

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

### *3.2.2 Brandschutz*

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

Es ist ein Brandschutzkonzept liegt vor. Jährlich werden Brandschutz-Schulungen durchgeführt.

### *3.2.3 Datenschutz*

Der Schutz der sensiblen Daten und Gesundheitsdaten von Patienten und Mitarbeitern erfolgt entsprechend den gesetzlichen Vorgaben.

Ein Datenschutz-Team ist mit der Sensibilisierung und Schulung der Mitarbeiter betraut. Der Schutz der EDV und der sensiblen Daten erfolgt über die Hauptstelle der AUVA. Ein Chief Information Security Officer (CISO) ist zentral eingesetzt.

Dokumente in Papierform sind so zu verwahren, dass sie vor nicht berechnigte Personen geschützt sind. Nach der Aufbewahrungsfrist von 30 Jahren sind Papierdokumente zu vernichten.

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

### *3.2.4 Umweltschutz*

Ein Umwelt Beauftragter ist ernannt und geschult. Die Vorgaben durch das Land Steiermark und gesetzl. Bestimmungen werden flächendeckend nach dem Abfallwirtschaftsgesetz eingehalten. Ein Abfallwirtschaftskonzept liegt vor (Mülltrennung, gefährliche Arbeitsstoffe, etc.). Unter Berücksichtigung technischer und ökonomischer Aspekte werden nach Möglichkeit energiesparende Anlagen und Komponenten eingesetzt.

### *3.2.5 Katastrophenschutz*

Als Unfallkrankenhaus der AUVA ist das UKH Kalwang nicht in die Katastrophenpläne des Amtes der stmk. Landesregierung für Katastrophenschutz integriert, da es sich nicht um ein "öffentliches KH des Landes Steiermark" handelt. Eine generelle Aufnahmeverpflichtung bei Großschadensereignissen besteht nicht. Die Verantwortung für die Aufnahme mehrerer Verletzter im Fall eines Massenunfalls unterliegt den diensthabenden Oberärzten und erfolgt nach Maßgabe der freien Betten und der Personalressourcen.

### *3.2.6 Ausfall von Systemen*

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

## **4. Informations- und Kommunikationswesen**

### *4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme*

Patientenakte, Labor, Röntgen, CT und MRI, OP-Dokumentation und Planung etc. werden zum Großteil elektronisch geführt. Die Verwaltung, Lenkung und Archivierung von Dokumenten und Prozessen erfolgt IT unterstützt. Für die Patienten-Administration ist ein effizientes elektronisches Informationssystem (KIS) eingesetzt. Durch Bereitstellung von ausreichend PC-Arbeitsstellen ist eine uneingeschränkte individuelle Nutzung durch die Mitarbeiter gewährleistet. Ein Berechtigungskonzept für den Zugriff auf die EDV-Applikationen liegt vor.

### *4.2.1 Klinische Dokumentation*

Grundlagen für die Führung, Dokumentation und Archivierung von Patienten-Daten sind im "Handbuch Dokumentation" festgelegt. Telefonische und mündliche ärztliche Anordnungen an das Pflegepersonal werden nur in Ausnahme- und Notsituationen angenommen und müssen sobald wie möglich von dem anordnenden Arzt in die Fieberkurve eingeschrieben werden. Die Dokumentation erfolgt größtenteils mit EDV-Applikationen (ASTRA, MCC; COPRA). Die Fieberkurve und die Pflegedokumentation werden derzeit noch schriftlich geführt.

### *4.2.2 Verfügbarkeit und Archivierung*

Die elektronische Dokumentation von Patienten-Akten erfolgt mittels spezieller Applikationen, auf welche die Mitarbeiter entsprechend einem festgelegten Berechtigungskonzept Zugriff haben. Die einzelnen Softwaresysteme sind zum Großteil miteinander kompatibel und ermöglichen einen gezielten Datentransfer. Schriftliche Dokumente von stationären Patienten werden sicher verwahrt und nach Entlassung nach genauen Regelungen archiviert. Mittels Laptop kann bei der Visite aber auch auf die elektronischen Daten zugegriffen werden. Nachkommende Berichte werden ärztlicherseits abgezeichnet und anhand der Patientenzahl in die jeweilige Krankengeschichte eingepflegt.

### *4.3.1 Information der Unternehmensleitung*

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



Werklist erstellt und den betroffenen Personen bzw. der Unternehmensleitung übermittelt.

#### *4.3.2 Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang*

Die Information an das Personal erfolgt durch unterschiedliche Medien.

Die Information für Patienten und Besucher erfolgt über die Warteraumbildschirme, Broschüren, Plakate und das Internet. Die wichtigste Kommunikationsform zwischen dem Personal und Pat./Angehörigen ist jedoch nach wie vor das verständnisvolle und freundliche Gespräch.

Die "Portiersloge" als erste Anlaufstelle für Fragen von Patienten und Besuchern ist tagsüber besetzt. Die Portiere sind in Datenschutz-Belangen geschult und werden täglich im Vorfeld über das Tagesgeschehen informiert.

Die Ausstattung des Empfangsbereichs ist kundenfreundlich und übersichtlich gestaltet.

## **5. Unternehmensführung**

### *5.1.1 Philosophie/Leitbild*

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

### *5.1.2 Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen*

Die strukturierte Ausbildung der Führungskräfte ist seitens der AUVA vorgegeben.

Schriftlich hinterlegte Stellenbeschreibungen geben die notwendigen Ausbildungen in allen Bereiche vor. Mitarbeiter-Zufriedenheitsanalysen werden dreijährig durchgeführt. Eine Präambel zur Gleichstellung von Mitarbeitern liegt verbindlich vor. Eine Gleichbehandlungsbeauftragte ist eingesetzt.

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

### *5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung*

Die gesetzliche Grundlage für die Erfüllung ethischer Aufgaben bildet das Kranken-Anstaltengesetz. Weitere rechtliche Grundlagen basieren auf dem Pat-Verfügungsgesetz und der steirischen Pat-Charta (Pat-Rechte). Ein würdevoller Umgang mit Patienten ist uns ein großes Anliegen. Ein multiprofessionelles Ethik-Team ist eingesetzt und behandelt Themen wie Wahrung der Intimsphäre der Pat, Pat mit Handicap und Umgang mit fremdsprachigen Pat, Sachwalterschaft-Angelegenheiten, Umgang mit Schwerstkranken, kulturelle/religiöse Bedürfnisse von Patienten u.v.m. Das Ethik Team

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

#### *5.1.4 Marketing, Kommunikation, Krisenmanagement*

Alle Marketingmaßnahmen werden von der Hauptstelle Wien (Presseabteilung für Marketingmaßnahmen) initiiert und koordiniert. Hausintern sind Marketingmaßnahmen von der KF zu planen. Weiters regelt sie den Umgang mit Medien und Presse.

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

Eine interne Vorgehensweise für Medienanfragen zu Krisensituationen ist seitens des Trägers festgelegt. Eine hauseigene Homepage zur Information der Öffentlichkeit (Pat., Angehörige, Zuweiser und andere Interessenten) ist etabliert.

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

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

#### *5.2.2 Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement*

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

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

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

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

Für Vertragsentwürfe und -Abschlüsse ist der Träger bzw. die Landesstelle verantwort-

lich. Hinsichtlich Nachhaltigkeit und Ökologie ist die regionale Wirtschaft bevorzugt einzubeziehen.

### *5.3.1 Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien*

Die KH-Leitung ist in Form der Kollegialen Führung eingesetzt (Ärztlicher Leiter, Pflegedienstleiter und Verwaltungsleiter). Die Anstaltsordnung regelt die Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen der einzelnen Mitglieder sowie die Zusammenarbeit. Im Organigramm sind die Organisationsstruktur der AUVA, die Stablinienorganisation des UKH Kalwang sowie die aktuellen Funktionsträger abgebildet. Geschäftsordnungen bzw. Handbücher regeln die Agenden der einzelnen Gremien. Ein internes und externes Bericht- und Besprechungswesen ist eingeführt.

### *5.3.2 Innovation und Wissensmanagement*

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

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

## **6. Qualitätsmanagement**

### *6.1.1 Organisation, Aufgabenprofil des Qualitätsmanagements*

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

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

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

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

### *6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und -optimierung*

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

Die Prozesse orientieren sich an den Kundenanforderungen und Interessen aller Beteiligten. Kundenanforderungen lukrieren wir aus Feedback, Befragungen, Evaluierungen, Vorschlagswesen, Beobachtungen, Normen und Gesetzen. Der Fokus liegt dabei auf "berechtigten" Erwartungen..

### *6.2.1 Patientenbefragung*

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

Um Vergleiche mit anderen Einrichtungen zu ermöglichen, sind AUVA weite Patienten-Befragungen eingesetzt, welche zentral in zweijährlichen Abständen zu planen, zu koordinieren und auszuwerten sind. Darüber hinaus sind dezentral themenspezifische kleinere Umfragen durchzuführen, um durch einschlägige Fragestellungen Ergebnisse für Maßnahmen bzw. Entscheidungsfindung zu lukrieren bzw. auch Erwartungshaltungen zu erfassen. Dafür sind unterschiedliche Befragungstools zu nutzen.

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

### *6.2.2 Befragung von Zuweisern und externen Einrichtungen*

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

Die Befragung von Zuweisern dient zur Verbesserung der gemeinsamen Arbeit an Patienten.

### *6.2.3 Mitarbeiterbefragung*

Eine regelmäßige MA-Zufriedenheitsanalyse wird im Abstand von 3 Jahren durchgeführt, um konkrete Verbesserungsmaßnahmen zu identifizieren. Abgefragt werden Meinungen zu Führungsverhalten der Vorgesetzten, Unternehmenskultur, Mitarbeiter-Orientierung, Partnerschaften und Ressourcen, Prozesse und Dienstleister. Das Ergebnis der Befragung bildet die Arbeitsgrundlage für die Sicherstellung eines nachhaltigen zufriedenstellenden Betriebsklimas. Verantwortlich für die Organisation und Durchführung der Befragung ist das QM-Team. Die Befragung erfolgt anonym und im Einvernehmen mit der Personalvertretung.

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

Beschwerden von Patienten, Mitarbeitern, Kunden und Lieferanten werden systematisch erfasst, um mögliche Maßnahmen abzuleiten. Eine entsprechende Regelung (Erfassung, Ansprechpartner, Meldewege und Fristen) liegt auf. Die Bearbeitung von Be-

schwerden liegt in den Händen der Kollegialen Führung. Beschwerden, die u.U. die Sicherheit von Patienten betreffen, werden ans CIRPS-Team und das QRM weitergeleitet. Beschwerden, die die Sicherheit von Mitarbeitern betreffen, gehen an den Sicherheitstechnischen Dienst.

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

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

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