



## **KTQ-QUALITÄTSBERICHT**

zum KTQ-Katalog 2009/2 für Krankenhäuser

<b>Krankenhaus:</b>	Krankenhaus der Stadt Dornbirn
<b>Institutionskennzeichen:</b>	K 807
<b>Anschrift:</b>	Lustenauerstraße 4 A-6850 Dornbirn
<b>Ist zertifiziert nach KTQ<sup>®</sup>-International mit der Zertifikatnummer:</b>	2016-01 KH A
<b>durch die von der KTQ-GmbH zugelassene Zertifizierungsstelle:</b>	SAMA Cert GmbH, Stuttgart
<b>Gültig vom:</b>	02.06.2016
<b>    bis:</b>	01.06.2019
<b>Zertifiziert seit:</b>	02.06.2010

## Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort Krankenhaus Dornbirn</b>	<b>3</b>
<b>Die KTQ-Kriterien</b>	<b>6</b>
1 Patientenorientierung	7
2 Mitarbeiterorientierung	11
3 Sicherheit	13
4 Informations- und Kommunikationswesen	15
5 Führung	16
6 Qualitätsmanagement	18

## Vorwort Krankenhaus Dornbirn



### Sehr geehrte, liebe Leserinnen und Leser!

„**Medizinische Kompetenz für die Bevölkerung Dornbirns und der Region**“ – so lautet unser Motto.

Das Krankenhaus der Stadt Dornbirn mit 286 Betten liegt inmitten des dicht besiedelten Vorarlberger Rheintals und bekennt sich zu einer umfassenden, qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der Region.

Die erstmalige Zertifizierung des Qualitäts-Managements (QM) des Krankenhauses Dornbirn nach KTQ® erfolgte im Mai 2010. 2013 folgte dann die Rezertifizierung. Die seither vergangene Zeit wurden genutzt, um das erreichte Niveau des Qualitäts-Managements zu sichern und weiter zu verbessern.

Das medizinische Leistungsangebot des Krankenhauses Dornbirn wird laufend an die Veränderungen des Umfeldes und die sich wandelnden Bedürfnisse der Bevölkerung angepasst. So auch in den vergangenen drei Jahren, was zahlreiche strukturelle, personelle sowie bauliche Veränderungen mit sich brachte.

Organisationsübergreifend wurde gemeinsam mit dem Rechtsträger und externen Professionalisten ein Strategiekonzept erarbeitet und die Betriebsvereinbarung erneuert.

2015 haben über 80 Mitarbeitende das Leitbild des Krankenhauses inhaltlich überarbeitet und veröffentlicht. Weitere strukturelle Maßnahmen waren die Erneuerung der Führungsgrundsätze und die auf der Ausbildungsordnung basierende Erstellung der neuen Richtlinien für Ärzte in Ausbildung sowie die Adaption der Arbeitszeiten, gemäß den EU-Richtlinien.

Technisch hat sich das Krankenhaus mit der Einführung des Patientendatenmanagementsystems – PDMS sowie der SAP Software für die Bereiche Rechnungswesen, Patientendaten und Materialwirtschaft weiter entwickelt. Außerdem konnte ein Angiografie-Gerät angeschafft werden und für das zweite Quartal 2016 ist die Inbetriebnahme des 2015 geplanten und ausgeschriebenen MRT-Geräts vorgesehen.

Viel Veränderung brachten die letzten zwei Jahre in den unterschiedlichen Führungsebenen. Sowohl die Ärztliche Leitung als auch die Pflegedirektion wurden mit Prim. Univ.-Doz. Dr. Walter Neunteufel und DGKS Dorothea Senn neu besetzt. Für die Leitung der Chirurgie konnte Prim. Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Matthias Zitt gewonnen werden und auch die Leitung der Pädiatrie ist ausgeschrieben.

Konsequent fortgeführt wurden die Investitionen zur Verbesserung der Strukturqualität des Krankenhauses. 2014 konnte der Neubau der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde abgeschlossen werden. Diese Investition sehen wir als wichtige Voraussetzung für die Aufrechterhaltung des bestehenden hohen Standards der medizinischen Versorgung von Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen der bevölkerungsreichsten Region des Bundeslands Vorarlberg. Mit einer Steigerung der Geburtenzahl um 10 % im vergangenen Jahr auf 1454 Geburten zeigt sich die hohe Akzeptanz des Krankenhauses Dornbirn bei der umliegenden Bevölkerung. Als weitere bauliche Maßnahme wurden im Jahr 2014 die Weichen für den Neubau der Operationssäle gestellt, um langfristig den Standort abzusichern. Der Architekturwettbewerb wurde ausgeschrieben und an das namhafte Vorarlberger Architekturbüro Marte und Marte vergeben. Weiters soll 2016 der Hubschrauberlandeplatz auf dem Dach des Hauptgebäudes verwirklicht werden.

Im Jahr 2014 behandelten wir mit insgesamt 769 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in unserem Krankenhaus 20.121 stationäre Patientinnen und Patienten und erbrachten knapp 100.000 ambulante Behandlungen. Als Krankenhaus der erweiterten Standardversorgung legen wir großen Wert auf eine partnerschaftliche Kooperation und Abstimmung des Leistungsangebotes mit anderen Gesundheitseinrichtungen des Landes.

Mit hoher fachlicher und sozialer Kompetenz verwenden unsere Ärzte und Pflegekräfte einerseits modernste medizinische Verfahren, Diagnose- und Behandlungsmethoden und sind andererseits bestrebt, unseren Patientinnen und Patienten Geborgenheit und Sicherheit zu vermitteln. Aus persönlicher und ethischer Verantwortung respektieren wir die Individualität und die Privatsphäre des Menschen.

In unserer Notaufnahme ist für die Patienten durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses 24 Stunden täglich Hilfe und Versorgung verfügbar.

Unser Krankenhaus verfügt über folgende Fachbereiche:

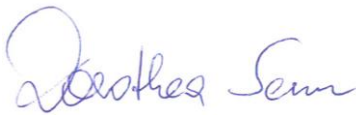
- Abteilung für Innere Medizin
- Abteilung für Chirurgie
- Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
- Abteilung für Orthopädie
- Department für Unfallchirurgie
- Abteilung Kinder- und Jugendheilkunde
- Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin
- Interdisziplinäre Tageschirurgie
- Interdisziplinäre Intensivstation
- Abteilung für Radiologie
- Tageschirurgische Versorgung für Augenheilkunde
- Tageschirurgische Versorgung für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
- Department für Remobilisation und Nachsorge

Besonders wichtige Partner sind für uns die niedergelassenen Haus- und Fachärzte. Mit ihnen arbeiten wir zum Wohl der gemeinsamen Patienten, die sie bestens kennen und betreuen, eng zusammen. Durch eine gute Kooperation mit allen extramuralen Betreuungseinrichtungen sichern wir die bestmögliche Versorgung und Betreuung unserer Patienten im Vorfeld der Krankenhausaufnahme und nach deren Entlassung.

Der folgende Qualitätsbericht ermöglicht Ihnen Einblick in unsere Ziele, Qualitätspolitik, Strukturen und Arbeitsweisen und die Beurteilung durch externe Experten.

Im Namen aller Ärzte, Pflegekräfte und Mitarbeiter in Verwaltung und Service

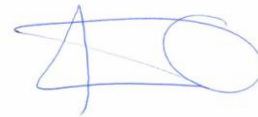
Ihre Krankenhausleitung



DGKS Dorothea Senn  
Pflegedirektorin



Ing. Mag. Helmut Fornetran  
Verwaltungsdirektor



Prim. Univ.-Doz.  
Dr. Walter Neunteufel  
Ärztliche Leitung

Krankenhaus der Stadt Dornbirn  
Lustenauerstraße 4  
6850 Dornbirn  
web: [krankenhaus.dornbirn.at](http://krankenhaus.dornbirn.at)

# Die KTQ-Kriterien



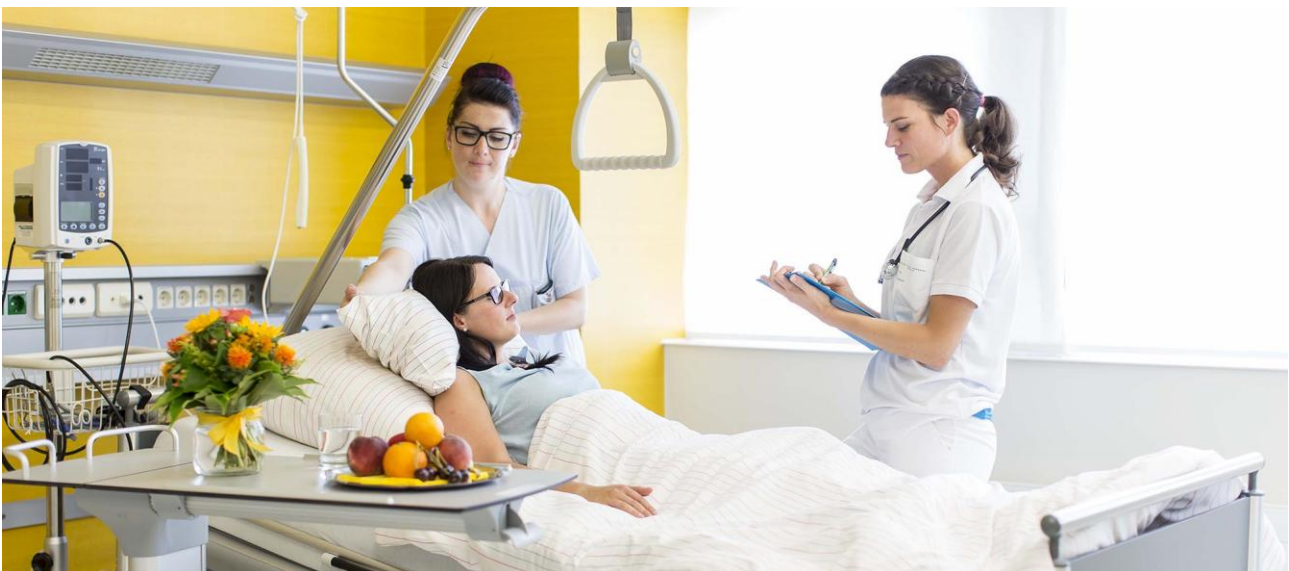
Sämtliche personenbezogenen Bezeichnungen in diesem Bericht sind geschlechtsneutral zu verstehen.

## 1 Patientenorientierung

Patientenorientierung im Krankenhaus Dornbirn bedeutet, sich an den individuellen Bedürfnissen der Patienten unter Beachtung der notwendigen ärztlichen und pflegerischen Aktivitäten zu orientieren. Die Berücksichtigung unseres Mottos „Medizinische Kompetenz für die Bevölkerung Dornbirns und der Region“ durch die Mitarbeiter des Hauses rückt die Patienten, die Angehörigen und deren Vertrauenspersonen in den Mittelpunkt unserer Tätigkeit. Daher sind ihre Einbindung in die Planung und Entscheidungen der Behandlung von zentraler Bedeutung.

Die gute **Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung** für die Patienten wird durch die zentrale Lage, die direkte Anbindung an die öffentlichen Verkehrsmittel und die Zufahrtsmöglichkeit über eine Hauptstraße sichergestellt. Neben einer Tiefgarage, Kurz- und Taxiparkplätzen im Eingangsbereich steht in unmittelbarer Nähe ein öffentlicher Parkplatz zur Verfügung. Wir informieren Patienten und Angehörige durch unsere neue Homepage (<http://krankenhaus.dornbirn.at>), diverse Patienteninformationsbroschüren und weitere schriftliche Informationen zu speziellen Angeboten. Die Aufnahmeplanung erfolgt in enger Zusammenarbeit der zuweisenden Ärzte, unserer Ambulanzen und bettenführenden Abteilungen.

Zur Sicherung der Behandlung unserer Patienten nach aktuellem Stand des medizinischen Wissens werden **Leitlinien**, Vorgaben medizinischer Fachgesellschaften und anerkannte Pflege- bzw. Hygienerichtlinien angewandt. Diese werden, wo erforderlich in die hausinternen Pflege-, Behandlungs- u. Hygienestandards eingearbeitet. Um die Aktualität und Evidenz sicher zu stellen, sind internationale Datenbanken mit Leitlinien und hausinterne Standards den Mitarbeitern jederzeit über Internet und Intranet zugänglich.



*Die Information und Beteiligung der Patientin, des Patienten ist von zentraler Bedeutung in der Behandlung.*

Entsprechend unserem Leitbild ist die **Information und Beteiligung des Patienten** von zentraler Bedeutung in unserer Behandlung. Diese erfolgt daher im Einvernehmen mit dem Patienten und unter Einbeziehung der Vertrauenspersonen und Angehörigen. Wir bemühen uns die

Vorstellungen und Wünsche der Patienten zu respektieren und in die Behandlungsplanung zu integrieren. Gleiches gilt für sprachliche, kulturelle und religiöse Besonderheiten unserer Patienten. Rechtzeitige und verständliche Information zur individuellen Diagnoseerstellung und Behandlungsplanung in den Visiten und durch persönliche Gespräche mit den behandelnden Ärzten und der Pflege, werden ergänzt durch Informationsbroschüren und mehrsprachige standardisierte Aufklärungsunterlagen zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. In besonders belastenden Situationen stehen die Mitarbeiterinnen des psychosozialen Dienstes, des psychoonkologischen Dienstes und des ehrenamtlichen Krisenteams hilfreich zur Seite.

Den Themen **Service, Essen und Trinken** versuchen wir durch große freundliche Zimmer mit maximal 3-Betten und angeschlossener Nasszelle, einem Kiosk, einer Cafeteria mit Außenbereich, Sitzgruppen, einer Kapelle und für unsere jüngsten Patienten einem Spielzimmer (mit zeitweiliger Betreuung durch eine Kindergärtnerin und eine Maltherapeutin) gerecht zu werden.

Die Küche und Speiserversorgung bieten regionale und saisonale Produkte und sind selbstverständlich nach international standardisierten Verarbeitungs- und Hygienerichtlinien (HACCP) organisiert. Drei Menüs stehen täglich mittags und abends zur Auswahl, für Sonderklassepatienten gibt es eine ergänzende Karte zur individuellen Auswahl. Die Berücksichtigung kultureller und religiöser Aspekte erfolgt durch aktives Nachfragen und wird im elektronischen Speisenbestellsystem vermerkt, ebenso wie unterschiedliche Wünsche zur Frühstückszusammenstellung. Individuelle Wünsche, besondere Diäten und eine besonders belastenden Krankheitssituationen angepasste Ernährung werden durch unsere Diätologinnen im Dialog mit Patienten, behandelnden Ärzten und der Pflege erstellt und von der Küche umgesetzt.

Einer optimierten Patientenversorgung dienen auch interne und externe **Kooperationen**. Krankenhausintern sichert das Krankenhausinformationssystem mit seinem strukturierten Konsiliarwesen eine rasche Anforderung, Diagnosestellung und Behandlung durch die fachärztlichen Kollegen für Augenheilkunde, plastische Chirurgie, HNO, Dermatologie, Zahn- und Kieferheilkunde, Urologie, Neurologie, Psychiatrie usw.. Interdisziplinär und interprofessionell sind die Visiten auf verschiedenen Abteilungen im Bedarfsfall mit Beteiligung der Physiotherapie, der Diätologie und des psychosozialen Dienstes. Externe Kooperationen haben wir mit dem Brustzentrum Tirol, mit der Tilak-Apotheke, vielfach im Bereich der Labordiagnostik, der Radiologie und im sozialen Bereich mit externen Einrichtungen und Selbsthilfegruppe der Region, mit Rehabilitationseinrichtungen im orthopädischen und Unfallbereich, mit externen Fachabteilungen (Urologie, Strahlentherapie, Herzkatheter Diagnostik) und niedergelassenen Fachärzten abgeschlossen.

**Erstdiagnostik und Erstversorgung** erfolgen rund um die Uhr in der interdisziplinären, der pädiatrischen und der gynäkologisch-geburtshilflichen Ambulanz und im Schockraum. Die ständige Verfügbarkeit von Fachärzten auch außerhalb der Regelarbeitszeit durch Anwesenheits- oder Bereitschaftsdienst stellt jederzeit adäquate Diagnostik und Behandlung sicher. Strukturierte interne Alarmierungswege für Notfallsituationen, das Schockraummanagement, die enge Kooperation mit der Rettungsleitzentrale des Landes und den Notarztsystemen der Region ermöglichen eine rasche Versorgung von Notfallpatienten.

Für nicht stationäre Patienten stehen im Vorfeld oder nach einem stationären Aufenthalt fachspezifische Ambulanzen zur **ambulanten Diagnostik und Behandlung** zur Verfügung. Diese werden durch eine Vielzahl von Spezialambulanzen der einzelnen Fachbereiche ergänzt. Nähere Informationen und die Öffnungszeiten finden sich auf der Homepage, im Eingangsbereich und in diversen Informationsbroschüren. Terminplanung, Untersuchungsanforderung und



Befunddokumentation erfolgen im elektronischen Krankenhausinformationssystem, durch das Transparenz und Verfügbarkeit der Informationen für alle behandelnden Ärzte sichergestellt ist. Etwa ein Drittel der operativen Eingriffe sind **ambulanten Operationen** (2.213 im Jahr 2014) und werden tageschirurgisch durchgeführt. Terminvereinbarung, Aufklärung und Voruntersuchung erfolgen über die Ambulanzen. Für ambulante Operationen und Operationen stationärer Patienten gelten dieselben strengen Sicherheitskriterien und Qualitätsstandards. Die postoperative Betreuung erfolgt zunächst im Aufwachraum und danach auf den tageschirurgischen Stationen. Bereits im Vorfeld werden die Patienten durch die Mitarbeiter persönlich über das postoperative Verhalten und die Notwendigkeit einer Begleit- oder Betreuungsperson bei der Entlassung informiert. Sie erhalten einen ausführlichen Folder mit Verhaltensempfehlungen und den fachspezifischen Telefonnummern zur jederzeitigen Kontaktaufnahme im Falle von Beschwerden oder Fragen.

Die Aufnahmegespräche mit dem Patienten und die Erhebung der Anamnese durch die betreuende Pflege sowie die behandelnden Ärzte berücksichtigen die individuellen Risiken, Lebensumstände und Bedürfnisse. Es wird der Bedarf an zusätzlicher Unterstützung z. B. Physiotherapie, Diätologie, Unterstützung durch den Psychosozialen Dienst, Seelsorge etc. abgeklärt. Auf Basis dieser Informationen erfolgt unsere patientenorientierte **stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung**. Die Dokumentation in Patientenakte und im Krankenhausinformationssystem, strukturierte Diagnoseerstellung, Konsiliarwesen, elektronische Untersuchungsanforderung und Befundübermittlung stellen die aktuelle und vollständige Information sowie fachübergreifende Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten sicher. Rechtzeitige und verständliche Information zu Diagnoseerstellung und Behandlungsplanung stellen eine Behandlung im Einvernehmen und unter Einbeziehung des Patienten und - wenn gewünscht - von dessen Vertrauenspersonen und Angehörigen sicher.

Die ständige Verfügbarkeit und Einbeziehung von Fachärzten, qualifiziertem pflegerischen, medizintechnischem, bioanalytischem und therapeutischem Personal und der strukturierte Informationsaustausch aller an der Behandlung Beteiligten trägt zur Sicherstellung qualitativ hochwertiger **therapeutischer Prozesse** bei. Wir beziehen den Patienten in den zahlreichen Gesprächen über die Möglichkeiten, Alternativen und Erfolgsaussichten einer Therapie mit ein und fördern dadurch seine Mitarbeit.

**Operative Verfahren** werden zur Wahrung der Patientensicherheit unter Berücksichtigung strenger Sicherheitskriterien und Qualitätsstandards abgewickelt. Basis sind ein von allen operativen Abteilungen unterzeichnetes OP-Statut, die in das Krankenhausinformationssystem integrierte elektronische OP-Planung und das OP-Management. Sichergestellt ist die Behandlung von Notfällen durch 24-Stunden OP-Bereitschaft und im Regelbetrieb, die jederzeitige Integration in das laufende OP-Programm, entsprechend verbindlich vereinbarter Dringlichkeitsstufen. Den Patientensicherheitskriterien der WHO wird durch das „Team-Timeout“ und entsprechende Checklisten entsprochen. Im Vorfeld von Operationen erfolgt durch Operateure und Anästhesisten eine umfangreiche, strukturierte und dokumentierte Aufklärung der Patienten über Art und Risiken von Eingriffen, mögliche Anästhesieverfahren und deren Risiken, Alternativen und postoperative bzw. postnarkotische Besonderheiten und Verhaltensregeln. Verbindliche Verfahrensregeln und die Bewertung nach einem Entlassungsscore mit Erfüllung von Mindestanforderungen sorgen für die sichere postoperative Verlegung von Patienten aus dem Aufwachraum auf die Normalstationen.

Die **Visite** ist von zentraler Bedeutung für die Koordination und Kontrolle der therapeutischen Prozesse und die weitere Behandlungsplanung. Täglich erfolgt mindestens eine gemeinsame Visite der Patienten durch Ärzte und Pflege, im Bedarfsfall unter Beteiligung von Physiotherapie, Diätologie und Psychosozialen Dienst.



*Regelmäßiger Informationsaustausch findet zwischen den Ärzten und der Pflege statt (Bild aus dem Leitbild, zum Thema Führung)*

Im Mittelpunkt steht die Einbeziehung der Patienten. Zur Wahrung der gewünschten Privatsphäre finden Detailbesprechungen in eigenen Besprechungsräumlichkeiten bzw. im Patientenzimmer ohne Anwesenheit weiterer Patienten statt. Ergänzend finden ein- bis zweimal wöchentlich Oberarzt- und Chefarztvisiten, Pflegevisiten, tägliche Kurvenvisiten, interdisziplinäre Visiten auf der Geburtshilfe und auf der interdisziplinären Intensivstation statt.

Die Behandlung von Patienten **teilstationär, prästationär, poststationär** ist über die fachspezifischen Ambulanzen und im teilstationären Bereich über die interdisziplinäre Tageschirurgie der Anästhesie bzw. der Abteilung für Kinder- u. Jugendheilkunde, die onkologischen Tageskliniken der Gynäkologie, der Inneren Medizin und der Abteilung für Kinder- u. Jugendheilkunde organisiert. Information und Aufklärung, Diagnoseerstellung unter Einbeziehung externer Befunde, Behandlungsplanung, Dokumentation und Information nachbetreuender Kollegen und Institutionen orientieren sich an den für eine stationäre Betreuung geltenden Richtlinien und Standards. Zur Betreuung stehen qualifiziertes Pflegepersonal und Fachärzte in den Ambulanzen und tagesklinischen Einrichtungen zur Verfügung.

Patienten, einbezogene Vertrauenspersonen oder Angehörige werden durch den behandelnden Arzt zeitgerecht über eine bevorstehende **Entlassung** oder Verlegung informiert. Bereits bei der Aufnahme wird eruiert, ob poststationär ein vorübergehender oder dauernder erhöhter Pflegebedarf besteht. Zur **kontinuierlichen Weiterbetreuung** unserer Patienten bestehen Kooperationen mit der mobilen Kinderkrankenpflege, der Hauskrankenpflege, dem Arbeitskreis Sozialmedizin, der Hospizbewegung und den Pflegeheimen. Die Koordination erfolgt intern durch

den psychosozialen Dienst und extern durch das regionale Case-Management, die bereits frühzeitig während des stationären Aufenthaltes Kontakt zu den Betroffenen aufnehmen.

Der **Umgang mit sterbenden Patienten** wird entsprechend unserem Leitbild von Empathie und dem Ziel auf die Bedürfnisse des Sterbenden, der Vertrauenspersonen und der Angehörigen einzugehen, bestimmt. Wir bemühen uns in den schweren Zeiten des Abschieds um eine einfühlsame Pflege, einvernehmliche Behandlung, wirksame Schmerztherapie und Unterstützung aller Betroffenen. Ergänzend sorgen wir durch Schaffung der entsprechenden räumlichen Privatsphäre für ein ungestörtes Abschiednehmen. Der psychosoziale Dienst, die Seelsorger der verschiedenen Konfessionen und der Hospizverein unterstützen unser qualifiziertes ärztliches und pflegerisches Personal in der Sterbebegleitung. Unser **Umgang mit Verstorbenen** erfolgt in würdevoller Art und Weise.

## 2 Mitarbeiterorientierung

Die Grundlagen einer vorausschauenden **Planung des Personalbedarfs** sind unsere Strategieplanung, das Personalcontrolling, attraktive Dienst- u. Entlohnungsmodelle und die aktive Mitarbeiterwerbung, entsprechend unseren zukünftigen Bedürfnissen. Dadurch stellen wir eine hochwertige Betreuung der Patienten durch engagiertes und qualifiziertes Personal sicher.

Wir fördern die persönlichen Fähigkeiten unserer Mitarbeiter durch die **Personalentwicklung und Qualifizierung**. Dabei berücksichtigen wir die Interessen der Mitarbeiter, die Vorgaben des Krankenhausträgers und die Erfordernisse eines regionalen Krankenhauses. Neben der fachlichen gesetzlich geforderten Qualifikation legen wir besonderen Wert auf eine hohe soziale Kompetenz.



*Unsere Mitarbeitenden begegnen sich wertschätzend, denken über ihre Abteilung hinaus und haben Freude an der Arbeit. (Bild aus dem Leitbild, zum Thema Mitarbeiter)*

Bereits vor Dienstantritt erhalten neue Mitarbeiter Informationen über Organisation und Struktur des Krankenhauses und des künftigen Arbeitsplatzes. Für die **Einarbeitung von Mitarbeitern** bestehen abteilungs- und aufgabenspezifischen Ablaufpläne sowie Einarbeitungsunterlagen, die im Intranet einsehbar sind. Diese erleichtern die rasche Integration ins Team und vermitteln ein Grundwissen über den neuen Arbeitsbereich.

Studenten können in unseren fünf akademischen Lehrabteilungen das universitäre klinisch-praktische Jahr absolvieren. Wir bieten die Möglichkeit der **Ausbildung** zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. der Ausbildung oder Teilausbildung zum Facharzt in den hauseigenen Fachbereichen. Seit Jänner 2016 verfügen wir mit der unserem Haus angegliederten Krankenpflegeschule „Unterland“ über eine eigene Ausbildungsstätte für den Pflegeberuf. Den Schülern der regionalen Krankenpflegeschulen ermöglichen wir Praktika an den verschiedenen Abteilungen. Die regelmäßige Zusammenarbeit mit der Universität Innsbruck und den Krankenpflegeschulen, ausführliche Lernunterlagen und die Betreuung durch Mentoren unseres Hauses stellen den Lernerfolg sicher.

Wir fördern die Qualifikation unserer Mitarbeiter durch ständige **Fort- und Weiterbildung** und sichern dadurch aktuelles medizinisches Wissen zur Behandlung unserer Patienten. Das jährliche Fortbildungsbudget ermöglicht regelmäßige interne und externe Fortbildungen für unsere Mitarbeiter durch Freistellungen und Kostenübernahmen. Für Sonderausbildungen oder individuelle Fort- und Weiterbildungen mit Bezug zur beruflichen Tätigkeit werden auch längerfristige Freistellungen gewährt. Neben einem umfangreichen internen Fortbildungsprogramm bestehen verpflichtende Fortbildungen z. B. zu Sicherheitsthemen, Reanimation und Transfusionswesen. Allen Mitarbeitern steht ein Online-Zugang zu medizinischen Datenbanken zur Verfügung.

Gegenseitiges Vertrauen, Respekt, die Anerkennung erbrachter Leistungen, die Delegation von Verantwortung und Entwicklung einer „Fehlerkultur“ prägen den **mitarbeiterorientierten Führungsstil** gemäß unserem Leitbild. Transparenz bei Entscheidungen und Information zu strategischen Zielen in Mitarbeiterveranstaltungen und im Intranet sind vertrauensbildende Maßnahmen der Führungsebene. Entsprechend unserem Personalentwicklungskonzept formulierten wir acht Führungsgrundsätze, die in einem mehrjährigen Führungskräfte-Training unseren leitenden Mitarbeitern vermittelt werden. Mitarbeitergespräche, ein innerbetriebliches Vorschlagswesen und gemeinsame informelle Veranstaltungen ermöglichen die Wahrnehmung von Mitarbeiterinteressen und fördern die Identifizierung mit dem Arbeitsplatz. Als wichtiger Vertreter der Mitarbeiter ist die Personalvertretung auf vielfältige und erfolgreiche Art und Weise in die Entscheidungsprozesse miteingebunden.

Die Erfassung der Arbeitszeit und die Dienstplanung erfolgen auf elektronischer Basis. Dies ermöglicht die regelmäßige Kontrolle der Einhaltung der gesetzlichen und betrieblichen Vorgaben und eine kontinuierliche Auswertung durch die Personalabteilung und die Dienstplaner. **Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit** sind im Krankenanstaltenarbeitszeitgesetz, im Arbeitszeitruhegesetz und im Mutterschutzgesetz vorgegeben. Diese werden durch mitarbeiterorientierte Betriebsvereinbarungen und verschiedene Arbeitszeitmodelle ergänzt. Die Dienst- und Urlaubsplanung erfolgt unter Berücksichtigung von Mitarbeiterwünschen dezentral auf den Abteilungen.

Unsere Mitarbeiter können in Mitarbeitergesprächen, im internen Vorschlagswesen, in interdisziplinären und hierarchieübergreifenden Projektgruppen, über das Beschwerdemanagement, über die Personalvertretung sowie in Qualitätsmanagementworkshops und Teambesprechungen **Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden** einbringen.



### 3 Sicherheit

Der **Arbeitsschutz** dient der Sicherheit der Mitarbeiter und berücksichtigt die vielfältigen Regelungen zum Arbeits-, Gesundheits- und Gefahrenschutz. Die Einhaltung der Regelungen wird durch die Sicherheitsfachkraft und die Sicherheitsvertrauenspersonen überwacht.

Übergeordnetes und unterstützendes Gremium ist der Arbeitsschutzausschuss. Dieser besteht aus der Krankenhausleitung, den Leitern der Personalabteilung u. der Personalvertretung, dem Arbeitsmediziner, der Sicherheitsfachkraft, den 5 Sicherheitsbeauftragten, dem Brandschutzbeauftragten, dem Katastrophenschutzbeauftragten, dem technischen Sicherheitsbeauftragten, dem Strahlenschutzbeauftragten, dem Hygieniker und der Hygienefachkraft. Jährlich finden verpflichtende Schulungen der Mitarbeiter zum Arbeitsschutz, Gefahren der Strahlenexposition, Umgang mit Gefahrenstoffen, Brandschutz, Katastrophenschutz und Hygiene statt.

Vorbeugender **Brandschutz** durch Information und Schulung, die Überprüfung der Einhaltung der Brandschutzregelungen und die Umsetzung von Verbesserungen sind Aufgabe des Brandschutzbeauftragten und der Brandschutzwarte. Das Haus verfügt über Brandalarmeinrichtungen der höchsten Ausbaustufe, die jährlich durch unabhängige Firmen überprüft werden. Der organisatorische Ablauf und Verhaltensregeln im Brandfall sind Teil des Katastrophenschutzplans und im Intranet allen Mitarbeitern zugänglich. Ergänzend zu den Schulungen findet alle 4 Jahre eine realistische Großübung mit der Feuerwehr zur praktischen Übung und Optimierung der Zusammenarbeit im Notfall statt.

Als Betrieb der Stadt Dornbirn sind wir ihrem Umweltkonzept verpflichtet. Dornbirn rezertifizierte sich im Dezember 2014 zum zweiten Mal mit der Bestnote im e5-Programm für energieeffiziente Gemeinden. Darüber hinaus bekennen wir uns in unserem Leitbild zum **Umweltschutz** durch Wahrung ökologischer Aspekte.

In der Praxis bedeutet das:

- Ständige Reduzierung des Energie- und Wasserverbrauchs durch Einsatz moderner Technologie
- Nutzung von Regenwasser in den Grünanlagen
- Anschluss an die städtische Fernwärmeversorgung
- Wärmerückgewinnung bei Abluft und Abwasser
- Beachtung umweltrelevanter Aspekte im Einkauf
- Verwendung regionaler und biologischer Nahrungsmittel
- Umfassendes Abfallwirtschaftskonzept mit konsequenter Mülltrennung
- Bevorzugung von biologisch abbaubaren Produkten
- Reduzierung von Gefahrenstoffen

**Katastrophenschutz** und **nichtmedizinische Notfallsituationen** sind im Katastrophenschutzplan geregelt. Die Unterlagen wie Generalplan, Alarmierungspläne, Fluchtpläne und Ablaufbeschreibungen für die möglichen Ereignisse werden ständig aktualisiert und sind für jeden Mitarbeiter im Intranet einsehbar. Schulungen der Mitarbeiter durch den Katastrophenschutzbeauftragten und seine Warte vervollständigen unsere Vorsorge für den Notfall. Strom-, Wasser- und Energieversorgung sind mehrfach abgesichert und die Ersatzsysteme werden regelmäßig überprüft bzw. in Probetrieb genommen. Für einen Ausfall des krankenhausesinternen Informationssystems besteht ein Notfallkonzept, das die Aufrechterhaltung des Betriebs ermöglicht.

Aufnahmegespräch und Anamneseerhebung ermöglichen die frühzeitige Erkennung von Patienten mit besonderer Gefährdung. Zum **Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung** werden Vorsorgemaßnahmen getroffen. Vorbeugend erfolgt die regelmäßige Überprüfung der Abteilungen durch die Sicherheitsfachkraft auf mögliche Fremdgefährdung durch bauliche,

technische oder andere Gegebenheiten. Entscheidungen über mögliche Maßnahmen bei Eigengefährdung werden unter Abwägung der persönlichen Freiheit, Berücksichtigung der Bestimmungen des Heimaufenthaltsgesetzes und Beratung durch den IFS-Bewohnervertreter (Institut für Sozialdienste) getroffen.

Ein strukturiertes Alarmierungssystem, einheitliche und regelmäßig geprüfte Notfallausrüstung auf jeder Abteilung und alle zwei Jahre verpflichtende Reanimationsschulungen für Pflege und Ärzte ermöglichen jederzeit rasches und kompetentes **medizinisches Notfallmanagement**. Zur weiteren Unterstützung steht rund um die Uhr ein qualifiziertes und erfahrenes Reanimationsteam aus Anästhesiearzt, Notarzt, zwei Anästhesie- bzw. Intensivpflegekräften mit erweiterter Notfallausrüstung und Zusatzausbildung zur Verfügung.

Für das **Hygienemanagement** sind die Hygienefachärztin und die Hygienefachkräfte verantwortlich. Diese erarbeiten die geltenden Hygienestandards, schulen die Mitarbeiter, stehen diesen beratend zur Seite und überprüfen regelmäßig die Einhaltung der Hygienerichtlinien vor Ort. Als Mitglieder der erweiterten Krankenhausleitung informieren sie die Führung zu hygienerelevanten Themen und bereiten notwendige Entscheidungen vor. Die Erhebung von **hygienerelevanten Daten** dient der rechtzeitigen Erkennung von Problembereichen bzw. einer möglichen Gefährdung von Patienten und Mitarbeitern durch Keimresistenzen. Fortbildungen zu aktuellen Hygienethemen, Empfehlungen zur Verhinderung von Keimresistenzen und die Anpassung von Hygieneplänen tragen zur Erhöhung der Patientensicherheit bei.

Der Vorbeugung, Schadensbegrenzung und Verhinderung der Ausbreitung von Infektionen dient das **Infektionsmanagement**. Eine systematische Überwachung, Standards zum Umgang und Verhalten bei problematischen Infektionen schützen Patienten, Mitarbeiter und Besucher. Informationen zu Hygienethemen, z.B. die aktuellen Standards sind für alle Mitarbeiter via Intranet jederzeit zugänglich.

Die Versorgung mit **Arzneimitteln** ist durch eine Kooperation mit der Anstaltsapotheke der Tiroler Landeskrankenanstalten sichergestellt. Wir verfügen dadurch über eine große Auswahl an Medikamenten zu wirtschaftlich attraktiven Bedingungen. Aktuelle Aussendungen zur Arzneimittelsicherheit oder ein Präparatwechsel werden durch den verantwortlichen Oberarzt zeitnah an Führung und Mitarbeiter weitergeleitet. Informationen zu Nebenwirkungen und unerwünschten Wirkungen von Medikamenten können direkt Online über Datenbanken abgerufen werden. Zur Erhöhung der Sicherheit wurde ein elektronisch unterstütztes Meldesystem für unerwünschte Zwischenfälle mit Medikamenten eingerichtet.

**Blutkomponenten und Plasmaderivate** werden durch das Blutdepot 24 Stunden täglich bereitgestellt. Es besteht eine enge Kooperation mit der Blutbank in Feldkirch, welche die Versorgung auch in Notfällen bei außergewöhnlichem Bedarf sicherstellt. Alle Vorgänge von der Bereitstellung über Transfusion bis zum Management unerwünschter Nebenwirkungen sind in den Blutdepotstandards bzw. den Transfusionsrichtlinien geregelt und elektronisch für die Mitarbeiter verfügbar. Zur Einsparung von Fremdblut stehen Geräte zur Wiederaufbereitung von patienteneigenem Blut zur Verfügung. Regelmäßige verpflichtende Schulungen der ärztlichen Mitarbeiter zum Umgang mit Blut und Blutprodukten sichern das aktuelle Wissen.

Für technische **Medizinprodukte** erfolgt die Registrierung und Freigabe durch die Technik. Der sichere Betrieb ist durch die periodische Überprüfung der Geräte gewährleistet und wird durch eine Prüfplakette am Gerät und Prüfprotokolle nachgewiesen. Einschulungen für neue Medizinprodukte erfolgen durch den Lieferanten oder Hersteller, für bestehende Geräte durch den Gerätebeauftragten der Abteilung oder einen erfahrenen Mitarbeiter. Zur Erhöhung der Sicherheit wurde ein elektronisch unterstütztes Meldesystem für unerwünschte Zwischenfälle mit Medizinprodukten eingerichtet.



## 4 Informations- und Kommunikationswesen

Unser modernes Krankenhausinformationssystem vernetzt die elektronischen Systeme von Medizin, Pflege, Verwaltung, unterstützenden Bereichen, Bildarchivierung und Tele-Radiologie. **Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie** dienen der Organisation der Behandlung, der Dokumentation der Patientenbetreuung und der fach- und berufsgruppenübergreifenden Bereitstellung von Informationen. Mit Ausnahme der Patientenkurve erfolgt die Dokumentation elektronisch im Krankenhausinformationssystem. Die grundsätzliche **Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten** ist Teil der Anstaltsordnung und ergänzender Regelwerke. Den gesetzlichen Auflagen, den Aspekten des Datenschutzes und der Datensicherheit wird durch die EDV-Benutzerordnung, Datenschutzbestimmungen, die Datensicherung und die Schaffung von Redundanzen der relevanten Systemteile Rechnung getragen. Zur Archivierung wird der nicht elektronisch erfasste Teil der Patientenakte nach Überprüfung auf Vollständigkeit eingescannt und steht zeitnah elektronisch zur Verfügung.

Die **Verfügbarkeit von Patientendaten** ist für Mitarbeiter durch eine entsprechende Zugangsberechtigung rasch und vollständig sichergestellt. Eine Einsichtnahme in sensible Daten wird registriert und durch die Krankenhausleitung kontrolliert.

Wir verfügen über ein strukturiertes Informations- und Berichtswesen. Regelmäßige Besprechungen ergänzen dies und ermöglichen die persönliche und direkte **Information der Krankenhausleitung** in den Krankenhausleitungs- und erweiterten Krankenhausleitungssitzungen mit Vertretern der Schlüsselbereiche. In den Primärärztesitzungen, den Stationsleitungs- und Bereichsleiterbesprechungen ist die Krankenhausleitung durch ihr zuständiges Mitglied vertreten.

Die grundsätzliche Zielsetzung der **Informationsweitergabe (intern/extern)** ist im Kommunikationskonzept dargelegt. Interne Medien der Information sind die verschiedenen Besprechungen in und zwischen den Berufsgruppen bzw. Fachdisziplinen, Visiten, das Krankenhausinformationssystem und das Intranet. Die Information der Öffentlichkeit und externe Patienteninformation erfolgt durch unsere neue Homepage, über soziale Medien, durch Berichte in der Regionalpresse und im Fernsehen. Ergänzend veranstalten wir zu aktuellen Themen Fortbildungen mit anerkannten Vortragenden für Pflegefachkräfte, Ärzte der Region und mit dem Mini Med Studium für die interessierte Öffentlichkeit.

**Organisation und Service** einer zentralen Auskunftsstelle ist durch unsere Mitarbeiter der Information rund um die Uhr gewährleistet. Die Information befindet sich im Eingangsbereich und steht für erforderliche Auskünfte, Informationen und im Bedarfsfall Unterstützung von Patienten und Besuchern zur Verfügung. Externe und interne Alarmierungen werden durch ihre Mitarbeiter koordiniert und an die Notfallteams weitergeleitet. Auf die Belange der Privatsphäre und des Datenschutzes wird bei der Erteilung von Auskünften geachtet.



*Datenschutz im Umgang mit unseren Patienten ist von zentraler Bedeutung. Bild aus dem Leitbild, Angehörige und Vertrauenspersonen*

Der Schutz personenbezogener Daten von Patienten und Mitarbeitern ist entsprechend den gesetzlichen Vorgaben und in der Anstaltsordnung geregelt. Die EDV-Benutzerordnung und ein Berechtigungskonzept ergänzen die **Regelungen zum Datenschutz** in der Praxis. Medizinische Auskünfte an Dritte (Ärzte, Betreuungseinrichtungen, Amtsstellen und Versicherungen) unterliegen der Genehmigung durch Vorgesetzte entsprechend einer Handlungsanweisung der Krankenhausleitung. Elektronische Sicherungsmaßnahmen schützen gegen unberechtigte Zugriffe von extern und intern. Die Sicherheit gespeicherter Daten wird durch mehrfache Datensicherung gewährleistet.

## 5 Führung

Unser Leitbild soll Ziele, Wertvorstellungen und Schwerpunkte unseres Handelns nach Innen und Außen kommunizieren. Zentraler Teil sind der Patient, die Vertrauenspersonen bzw. Angehörigen, die Führungskräfte und die Mitarbeiter. Die Entwicklung von **Vision, Philosophie und Leitbild** wird durch die Krankenhausleitung unter Beteiligung der Mitarbeiter wahrgenommen. Sie reagiert dabei vorausschauend auf die ständigen Veränderungen im Gesundheitswesen, im wirtschaftlichen und sozialen Umfeld. Qualitätsstreben, die Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb sowie Kooperationen tragen zur Sicherung der Erhaltung unserer Selbstständigkeit bei. Ergänzung findet das Leitbild in den acht Führungsgrundsätzen.

Information, Transparenz von Entscheidungen, die Kommunikation und Vereinbarung gemeinsamer Ziele vermitteln den Mitarbeitern geschätzte und wertvolle Partner im Unternehmen zu sein. Persönliche und berufliche Förderung erhöhen die Kompetenz und Qualifikation. Der konstruktive Dialog mit der Personalvertretung und ihre vielfältige Einbeziehung unterstützen die Berücksichtigung von Mitarbeiterinteressen. Diese **Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen** wird ergänzt durch gemeinsame betriebliche Aktivitäten und die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Mitarbeiter.

Wir respektieren den kulturellen, weltanschaulichen und religiösen Hintergrund unserer Patienten und deren Angehöriger oder Vertrauenspersonen. In Zusammenarbeit mit Geistlichen verschiedener Konfessionen, speziell ausgebildeten Mitarbeitern und externen Organisationen und Selbsthilfegruppen nehmen wir **ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse** wahr. Zur Unterstützung und Beratung der Mitarbeiter verfügen wir über ein klinisches Ethik-Komitee.

Strategie und Zielplanung berücksichtigen das wirtschaftliche, soziale und gesundheitspolitische Umfeld der Region. Die **Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung** von Strategie und Zielplanung erfolgt im Dialog mit dem Krankenhausträger, den verantwortlichen Stellen des Landes und den Mitarbeitern. Zentrale Elemente dieser Planung sind:

- Hohe Qualität der medizinischen Versorgung
- Hohe Qualifikation der Mitarbeiter
- Optimierte wirtschaftliche Ergebnisse
- Stärkung und Ausbau medizinischer Kompetenzen

Als größter Arbeitgeber in Dornbirn sind wir unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verpflichtet. Wir bieten attraktive und sichere Arbeitsplätze, fördern und unterstützen die berufliche Entwicklung unserer Mitarbeiter. **Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperation** werden von uns wahrgenommen und im Interesse unserer Patienten und Mitarbeiter ständig erweitert. Unser Ziel ist der Bevölkerung der Region jederzeit eine qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung zu ermöglichen. Für Leistungen, die von uns nicht angeboten werden können, aber im Interesse unserer Patienten das Behandlungsangebot ergänzen, treffen wir Vereinbarungen mit externen Anbietern und Versorgungseinrichtungen.

Die **Festlegung der Organisationsstruktur** ist aus dem Organigramm ersichtlich. Dieses spiegelt Organisationsaufbau und Verantwortlichkeiten wieder und wird durch eine Übersicht der Sonderbeauftragten und Kommissionen ergänzt. Intranet und ein strukturiertes Besprechungswesen mit verschiedenen Gremien sichern den Informationsfluss zwischen den Berufsgruppen und Hierarchieebenen.

Führungsgremien sind die Krankenhausleitung, die erweiterte Krankenhausleitung, das Primärärzte-, Stationsleitungs- und Bereichsleiterkollegium. **Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien** und ihre Verantwortlichkeiten sind in der Anstaltsordnung oder Geschäftsordnungen geregelt. Alle Gremien erhalten regelmäßig Controllingberichte der Schlüsselbereiche. Die Abwicklung von Projekten erfolgt strukturiert nach Projekthandbuch und unterliegt einem Controlling. Die Berichterstattung erfolgt direkt an die Krankenhausleitung. Ein geregeltes Protokollwesen sichert die Weiterleitung von Informationen und Beschlüssen auf allen Ebenen. Wichtige bereichsübergreifende Informationen und Beschlüsse werden über das Intranet oder in den Mitarbeiterinformationsveranstaltungen der Krankenhausleitung kommuniziert.

Die Einführung von Neuerungen entsprechend dem aktuellen Stand der Medizin erfolgt laufend. Neuerungen erfordern eine vorausschauende Terminplanung, eine Einführungs- und Probephase mit Wissenstransfer und praktischer Einarbeitung der Mitarbeiter durch Vorträge, Schulungen und Workshops. Mehrere Abteilungen des Krankenhauses Dornbirn nehmen regelmäßig an klinischen Studien teil und publizieren die Ergebnisse in Fachzeitschriften. **Innovation und Wissensmanagement** werden durch freien Zugang der Mitarbeiter zu medizinischem Fachwissen in Online-Datenbanken, Fachzeitschriften, dem gebündelten betriebsinternen Wissen im Intranet, Fortbildungen zu aktuellen Themen und routinemäßige Besprechungen in allen Bereichen unterstützt. Berufsbegleitende Spezialausbildungen und Studien ergänzen den Erwerb neuen Wissens und erhöhen die Qualifikation der Mitarbeiter.

**Externe Kommunikation** und Marketing werden als wesentlicher Teil einer zeitgemäßen Führung durch die Krankenhausleitung wahrgenommen. Die Mitarbeiterin der Abteilung Kommunikation

unterstützt diese gemeinsam mit der zuständigen Abteilung der Stadt Dornbirn in der Umsetzung des Kommunikationskonzepts. Als Medien dienen die Homepage, soziale Medien, Informationsbroschüren, Presse und Fernsehen sowie die Veranstaltung von medizinischen Tagungen bzw. Fortbildungen für das Fachpublikum und Informationsveranstaltungen zu aktuellen medizinischen Themen für die interessierte Bevölkerung.

**Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems** wurden am Krankenhaus Dornbirn in den vergangenen Jahren besonderes Augenmerk geschenkt. Das Risikomanagementsystem umfasst wirtschaftliche Aspekte mit einem umfangreichen Controlling im Finanz- u. Rechnungswesen, Personalmanagement, in der Materialwirtschaft, im Beschwerde- u. Schadensfallmanagement. Die aktuelle Beurteilung der vorliegenden Berichte erfolgt monatlich durch die Krankenhausleitung. Das klinische Risikomanagement basiert auf AIQI = Austrian Inpatient Quality Indicators, einer diagnose- und operationsbezogenen Letalitätsstatistik mit landesweitem Benchmarking, dem anonymen Meldesystem für kritische Zwischenfälle = CIRS und den drei Meldesystemen für unerwünschte schwerwiegende Patientenreaktionen bei Transfusion, Medikamentenverabreichung und Verwendung medizinischer Produkte und Geräte. Alle medizinischen Bereiche sind in dieses System miteinbezogen, Verbesserungsvorschläge werden erarbeitet und umgesetzt. Vierteljährlich bzw. bei aktuellem Anlass erfolgt die Information der Führung über die vorliegende Risikosituation. Ergänzt wird das wirtschaftliche und medizinische Risikomanagement durch Risikoevaluierungen z.B. für den Brandfall oder das Eintreten von Naturereignissen wie Blitzschlag, Überschwemmung, Sturm etc.

## 6 Qualitätsmanagement

Das Krankenhaus Dornbirn ist das erste Haus in Vorarlberg, das sein Qualitätsmanagement seit 2010 bereits drei Mal nach KTQ® (**K**ooperation für **T**ransparenz und **Q**ualität im Gesundheitswesen) zertifiziert und rezertifiziert hat. Da die Krankenhausleitung Qualitätsmanagement als einen wesentlichen Teil ihrer Führungsaufgabe sieht, wurde es als Stabstelle direkt der Leitung zugeordnet. Die **Organisation** des Qualitätsmanagements ist in einem eigenen Organigramm dargestellt und wird durch die Aufgabenbeschreibungen für den Qualitätsmanager, seine beiden Stellvertretungen und die 80 Qualitätsbeauftragten ergänzt. Qualitätsmanagement ist eine hierarchie-, fach- und berufsgruppenübergreifende Aufgabe, daher sind alle Abteilungen und Bereiche durch ihre Qualitätsbeauftragten in diesem vertreten.





Teilnehmende beim 50. QM-Workshop der QM-Beauftragten im Krankenhaus Dornbirn am 5. März 2015

Die Prozesse unserer Einrichtung sind abteilungs- und bereichsübergreifend geregelt und zur besseren Übersicht in Kern- und Unterstützungsprozesse unterteilt. Kernprozesse regeln alle patientenbezogenen Abläufe, wie Aufnahme, Diagnose, Behandlung, Visite, Entlassung usw. In den Unterstützungsprozessen werden die zur Aufrechterhaltung des Betriebs und der Versorgung von Patienten und Mitarbeitern erforderlichen Vorgänge, wie Einkauf, Speisenversorgung, Medizintechnik, Personalverwaltung, Wäscheversorgung, Reinigung etc. abgebildet. In Arbeitsgruppen und Workshops erfolgt die **Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung** durch das Qualitätsmanagement mit seinen Beauftragten. Ein strukturiertes Auditwesen überprüft jährlich Arbeitsabläufe und Prozesse auf ihre Richtigkeit und Effizienz. Sind Anpassungen als Ergebnis des Audits oder Veränderungen z. B. aufgrund gesetzlicher Änderungen erforderlich, werden diese zeitnah umgesetzt.

Die seit 2009 durchgeführte kontinuierliche, anonyme **Patientenbefragung** zur Ermittlung der allgemeinen Zufriedenheit unserer Patienten wurde 2016 in ihrem Fragenumfang erweitert und ist nun neben der Printform mittels Internetzugang über die Homepage und QR-Code für die elektronische Medien verfügbar. Ergänzend wurden **Befragungen externer Einrichtungen**, z. B. eine Zuweiserbefragung des Brustgesundheitszentrums durchgeführt.

Die **Mitarbeiterbefragung** ist wesentlicher Gradmesser für die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit ihrem Arbeitsumfeld. Es wurden daher Befragungen aller Mitarbeiter 2013, der Ärzte 2014 und der Pflege 2016 durchgeführt. Bewertung und Analyse führten zur Erarbeitung und Umsetzung der Führungsgrundsätze, des Führungskräfte trainings, der Kinderbetreuung für Mitarbeiter und neuen Arbeitszeitmodellen.

Kritische Rückmeldungen werden von unserer Führung als Chance zur Information und Möglichkeit zur Verbesserung gesehen. Beschwerden und Wünsche werden über die Patientenbefragung, durch Weiterleitung aus den Abteilungen oder persönlich dem Beschwerdemanagement zur Kenntnis gebracht, erfasst, bearbeitet und ausgewertet. Der offene **Umgang mit Wünschen und Beschwerden** hat zum Ziel, im persönlichen Gespräch mit den Betroffenen und Beteiligten, die Patientenzufriedenheit wieder herzustellen.

**Die Erhebung und Nutzung qualitätsrelevanter Daten** basieren auf einem umfangreichen Controlling im Finanz- u. Rechnungswesen, Personalmanagement, in der Materialwirtschaft, im Beschwerde- u. Schadensfallmanagement und im medizinischen Bereich AIQI, CIRS, Hygiene

usw. Ergänzt werden diese durch Ergebnisse der internen bzw. externen Audits und der Umfragen. Die Krankenhausleitung interpretiert in gemeinsamer Analyse mit den Führungsebenen und dem Qualitätsmanagement die Ergebnisse und nimmt diese als Grundlage zur Beurteilung der Qualität der Prozesse und der erbrachten Leistungen. So werden Verbesserungsmöglichkeiten erkannt und in daraus abgeleiteten Projekten gezielt umgesetzt.

Da in Österreich außer AIQI = Austrian Inpatient Quality Indicators, einer diagnose- und operationsbezogenen Letalitätsstatistik, keine gesetzlichen Verpflichtungen bzw. keine Vorgaben zu **Methodik und Verfahren der vergleichenden bzw. externen Qualitätssicherung** bestehen, nimmt unser Haus an freiwilligen Qualitätsvergleichen teil. Die Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe ist als Brustzentrum zertifiziert. Wir nehmen an fachspezifischen Registern, Laborrundversuchen, der österreichweiten Erhebung der Pflegequalität, Hygieneerhebungen usw. teil. Die Ergebnisse der Qualitätsvergleiche werden auf den Abteilungen und in den übergeordneten Führungsgremien besprochen und ermöglichen uns den Vergleich mit den Mitbewerbern.