

KTQ – QUALITÄTSBERICHT

zum Katalog 2021 für Krankenhäuser

Krankenhaus: Landeskrankenhaus Laas

Institutionskennzeichen Österreich: K213 (LKH Laas)

K226 (Abteilung für chronisch Kranke im LKH-Laas – Pflegeheim)

Anschrift: Laas 39
A-9640 Kötschach

Ist zertifiziert nach KTQ® mit Zertifikatsnummer: 2022-0013 KH A

Durch die KTQ-akkreditierte Zertifizierungsstelle: WIESO CERT GMBH

Gültig vom: 22.06. 2022

Bis: 21.06. 2025

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Vorwort der KTQ®	4
Vorwort Landeskrankenhaus Laas.....	7
Die KTQ-Kategorien	9
1. Patientenorientierung	9
• Aufnahme	9
• Besuchszeiten	10
• Visiten, Behandlungen, Therapien & Operationen	10
• Mahlzeiten (Ernährung und Service).....	13
• Entlassungsprozess.....	13
• Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung	13
2. Mitarbeiterorientierung	14
• Personalbedarf und Aquse	14
• Personalentwicklung	14
• Ausbildung, Fort- und Weiterbildung.....	14
• Ideenmanagement	15
• Arbeitszeiten / Work Life Balance	15
3. Sicherheit.....	16
• Eigen- und Fremdgefährdung.....	16
• Medizinisches Notfallmanagement.....	16
• Organisation der Hygiene, Infektionsmanagement	16
• Arzneimittel und Arzneimitteltherapiesicherheit	17
• Labor- und Transfusionsmedizin	17
• Krankenhausalarm und -einsatzplanung inkl. Ausfall von Systemen	17
• Brandschutz	18
• Katastrophenschutz.....	18
• Arbeitsschutz	18
• Umweltschutz.....	18
4. Informations- und Kommunikationswesen	19
• Netzwerkstruktur und Datensysteme	19
• Patientendaten.....	19
• Datenschutz.....	19
• Informationsweitergabe, Telefonzentrale und Empfang	20

• Einsatz neuer Medien	20
5. Unternehmensführung.....	21
• Philosophie, Leitbild	21
• Unternehmenskommunikation	21
• Budget – Kosten - Rentabilität.....	22
• Festlegung der Organisationsstruktur	22
• Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien	22
• Partnerschaften und Kooperationen.....	23
• Ethische, religiöse und gesellschaftliche Verantwortung.....	23
6. Qualitätsmanagement.....	24
• Innovation und Wissensmanagement.....	24
• Methoden des klinischen Risikomanagements zur Patientensicherheit	24
• Organisation, Aufgabenprofil des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements.....	24
• Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung	24
• Patientenbefragungen.....	25
• Mitarbeiterbefragung.....	25
• Beschwerdemanagement: Lob und Beschwerden von Mitarbeitern, Patienten und weiteren Externen	25
• Qualitätsrelevante Daten interner/externer Verfahren.....	25

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 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,
- die Sicherheit,
- das Informations- und Kommunikationswesen,
- die Unternehmensführung und
- das Qualitäts- und klinisches Risikomanagement

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 48 Kriterien des KTQ-Kataloges Version 2021.

Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet einen strukturierten Qualitätsbericht nach § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen, therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

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

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

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die Deutsche Krankenhausgesellschaft

PD Dr. med. Peter Bobbert

Für die Bundesärztekammer

F. Wagner

Für den Deutschen Pflegerat



Vorwort Landeskrankenhaus Laas

Das Landeskrankenhaus LAAS, im sonnigen Gailtal bei Kötschach-Mauthen auf 900 Metern Seehöhe mitten im Grünen gelegen, ist eines der fünf Landeskrankenhäuser Kärntens, die von der Landeskrankenanstalten – Betriebsgesellschaft (KABEG) verwaltet werden.

Das LKH LAAS wurde in den 1920er Jahren als „Heilstätte für Lungenkranke“ errichtet. 1931 wurde das Gebäude provisorisch eröffnet und diente anfangs entgegen seiner ursprünglichen Idee als Erholungsheim für Wiener und Kärntner Kinder. Erst 1939 wurde die „Volksheilstätte“ ihrer tatsächlichen Bestimmung übergeben. Zu Spitzenzeiten wurden bis zu 200 lungenkranke Patienten im LKH LAAS betreut.

Mit dem Rückgang der Tuberkulose wurden neue Schwerpunkte gesetzt und es entstand in den 1970er Jahren neben der „Lungenabteilung mit Heilstätte“ eine „Interne Abteilung mit kardialer Rehabilitation“. In den folgenden Jahrzehnten passte man sich laufend den geänderten Bedürfnissen der Bevölkerung an und es wurde eine Intensivstation und 1995 eine „Abteilung für Chronisch Kranke“ sowie eine Schilddrüsenambulanz eröffnet. Im Jahr 2000 wurde auch eine „Station für Akutgeriatrie“ ins Leben gerufen. Mit der Anschaffung eines Computertomographen wurden die diagnostischen Möglichkeiten 2005 wesentlich erweitert.

Von 1996 – 1998 wurde das gesamte Haus zu einem modernen Krankenhaus mit Hotelkomponenten umgebaut. Das Erscheinungsbild hat sich dadurch zu seinem Vorteil verändert. Die attraktive Einrichtung des Hauses und dessen bevorzugte Lage tragen zu einem genesungsfreundlichen Umfeld bei.

Das LKH LAAS ist derzeit mit 42 Betten der Internen Abteilung (Allgemeine Interne Station, SKL, Intensiv), 24 Betten der Station für Akutgeriatrie und 50 Betten der Abteilung für Chronisch Kranke im Kärntner Krankenanstaltenplan verankert.

Als regionaler Gesundheitsversorger bietet das Haus das gesamte Spektrum der Inneren Medizin inklusive Akutversorgung an einer Intensivstation. Besondere Schwerpunkte bilden die Betreuung von Diabetespatienten bis zur Insulinpumpentherapie, die Versorgung von Patienten mit chronischen Lungenerkrankungen und die internistische Nachbetreuung bei Herz- und Thoraxoperationen. Durch diese Schwerpunktsetzung hat das LKH LAAS überregionale Bedeutung erlangt. Jährlich versorgen etwa 210 Mitarbeiter ca. 3.500 stationäre Patienten und verzeichnet ca. 2.800 ambulante Frequenzen.

Die Mitarbeiter des LKH LAAS haben die drei Schlagworte „Kompetenz, Freundlichkeit, Menschlichkeit“ in den Mittelpunkt ihrer täglichen Arbeit gestellt, um dem Leitspruch des Hauses „Wo die Medizin dem Menschen dient und die Natur noch Stimme hat“ gerecht zu werden. Dieser Qualitätsanspruch wird eingelöst durch das ausgeprägte Verantwortungsbewusstsein und die Orientierung der Leistungen am aktuellen Stand des medizinischen und pflegerischen Wissens und an den Wünschen der Patienten. Die überschaubare Größe des Hauses begünstigt die Verwirklichung unseres Anspruchs, individuell allen Patienten gerecht zu werden.

Mit der Entscheidung sich seit 2010 regelmäßig einer KTQ-Zertifizierung zu unterziehen und die gesamten Abläufe des Hauses zu durchleuchten, freuen wir uns auf den Blick von außen durch Professionalisten, um mit diesem Wissen und Rückmeldungen uns für die Zukunft besser zu rüsten und ein attraktiver Arbeitgeber zu sein sowie auch weiterhin im Wettbewerb die hohe Qualität in der Patientenversorgung zu sichern.



Ing. Gebhard Schmied, MAS
Kaufmännische Direktion

Prim. Dr. Johannes Hörmann
Ärztliche Direktion

Markus Grollitsch, BA
Pflegedirektion

Die KTQ-Kategorien

1. Patientenorientierung

- Aufnahme

Die Abstimmung der Aufnahmetermine (Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung) im LKH Laas erfolgt nach der Dringlichkeit und der Diagnose. Für Fragen unserer Patienten bezüglich Besonderheiten der Behandlung sowie Wahlleistungen steht unser Personal in der Aufnahme zur Verfügung. Zusätzlich liegen entsprechende Informationsbroschüre im Bereich der Portierloge auf bzw. sind Information auf unserer Homepage abrufbar. Bei der Aufnahme werden die persönlichen Daten in der administrativen Aufnahme erfasst und die Standarduntersuchungen festgelegt.



Die Reihenfolge beim Patientenaufwurf wird nach dem Eintreffen der Patienten durchgeführt, wobei Patienten mit akuter Symptomatik vorgezogen werden. Nach Erledigung der Aufnahme werden die Patienten gebeten, sich bis zum Aufruf im Eingangsbereich aufzuhalten. Als Warteraum wird das gemütliche Ambiente der Cafeteria genutzt (Service und Ausstattung).

Um die Wartezeiten möglichst gering zu halten, wird die Patientenaufnahme EDV unterstützt durchgeführt. Bei Akutbeschwerden werden Patienten, unabhängig vom Vormerksystem aufgenommen, Notfallpatienten werden direkt an der Überwachungsstation aufgenommen (Erstdiagnostik und Erstversorgung). Im Terminkalender der Aufnahme werden 8 bis 10 Patienten täglich für die stationäre Aufnahme eingeplant und geplante ambulante Patienten für die allgemeine Ambulanz vorgemerkt (Elektive, ambulante Diagnostik, Behandlung und Operationen).

Ein vorläufiger Plan für den Behandlungsprozess der Patienten wird bei der Aufnahme durch das diensthabende Ärzteteam erstellt. Nicht dringliche Belange werden zur Planung den jeweils zuständigen stationsführenden Ärzten überlassen.

Um den reibungslosen Ablauf bei der Aufnahme der Patienten für eine stationäre Behandlung zu gewährleisten, wurde im Vorfeld an die zuweisenden praktischen Ärzte eine Richtlinie zur Terminisierung ausgegeben. Im stationären Vorfeld (Stationäre Diagnostik, Interdisziplinarität, Behandlung und Visite) erfolgt die Abstimmung der Aufnahmetermine mit den niedergelassenen Ärzten bzw. anderen Einweisern nach Dringlichkeit und Diagnose.

Die organisatorischen Belange in der Nacht und an den Wochenenden werden vom Nacht- u. Wochenenddienst organisiert. Bei im Haus nicht mehr durchführbaren Behandlungserfordernissen werden Patienten, wenn nötig mittels Flugrettungsdienst oder bodengebundenem Rettungsdienst in ein Schwerpunktkrankenhaus transferiert.

Der Aufnahmebereich besteht aus zwei separaten Untersuchungsräumen. Anfangs werden die Daten zur zeitnahen Verfügbarkeit in Papierform erhoben, später können Befunde in der elektronischen Krankengeschichte eingesehen werden. Um die Patienten persönlich behandeln zu können, werden sowohl von der medizinischen als auch von pflegerischer Seite umfassende Informationen bei einem Erstgespräch erfasst. Dabei werden Angehörige und Begleitpersonen nach Möglichkeit miteinbezogen.

Relevante Vorbefunde, sowohl aus dem eigenen Haus als auch externe (nach Einverständnis der Patienten), werden einbezogen und in die Patientenakte aufgenommen.

Selbstverständlich nehmen wir uns die Zeit und klären unsere Patienten beim Aufnahmegespräch über den weiteren Verlauf und die geplanten Untersuchungen auf.

Bei Übernahmen aus anderen Krankenhäusern wird eine medizinische und pflegerische Übergabe durchgeführt und wenn notwendig aktiv eingefordert.

- Besuchszeiten

Bei den Besuchszeiten gibt es grundsätzlich keine Einschränkungen, bei pflegerischen Tätigkeiten und während der Visite können bei Wunsch des Patienten die Angehörigen anwesend sein. Alle anderen Besucher werden gebeten das Zimmer zu verlassen. Auch Begleitpersonen können auf Wunsch (nach Maßgabe freier Bettenkapazitäten) aufgenommen werden. Die Patientenzimmer und sanitären Einrichtungen sind komfortabel und behindertenfreundlich ausgestattet. Zur Wahrung der Vertraulichkeit können Aufklärungsgespräche auf Wunsch der Patienten in eigens eingerichteten Besprechungszimmern stattfinden (**Information und Beteiligung der Patienten**).



- Visiten, Behandlungen, Therapien & Operationen

Die stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung wird bereits zum Aufnahmezeitpunkt von den aufnehmenden Ärzten festgelegt. Die weitere Planung erfolgt nach Vorliegen entsprechender Befunde. Bei der täglichen Visite wird die Umsetzung der Behandlungsziele überprüft.

Ergebnisse von Untersuchungen werden direkt mit dem Patienten besprochen und die Patienten werden in die Therapie und in die Behandlungsplanung integriert (Therapeutische Prozesse und Ernährung). Wenn notwendig oder gewünscht werden auch Angehörige (bzw. Erwachsenenschutzvertreter falls vorhanden) informiert. Sollte der Patient bzw. dessen Vertreter diagnostische oder therapeutische Maßnahmen ablehnen, wird dies, soweit aus ärztlicher Sicht vertretbar, akzeptiert. Persönliche Wünsche der Patienten werden, nach Maßgabe organisatorischer Abläufe, berücksichtigt, dazu gehören z.B. sprachliche und kulturelle Besonderheiten. Die Visite erfolgt am Vormittag und wird von den Fach- bzw. Assistenzärzten gemeinsam mit dem zuständigen Stationspersonal durchgeführt. Bei der Visite wird ein besonderer Wert auf Verständlichkeit für die Patienten gelegt.



Die Durchführung der Behandlung wird individuell den aktuellen Bedürfnissen der Patienten angepasst. Bei Patienten, die außerhalb der regulären Aufnahmezeiten ins Haus kommen, werden routinemäßig EKG- und Aufnahmeuntersuchungen wie z.B. Ultraschall

(Abdomen, Schilddrüse u. Herz) durchgeführt. Die weiteren Routineuntersuchungen werden am folgenden Tag durchgeführt. Der Patiententransport innerhalb des Krankenhauses wird von einer eigens zuständigen Person (Zivildienstler oder Stationsassistent) durchgeführt.

International gültige **Leitlinien, Standards und Richtlinien** werden von unseren Mitarbeitern selbstverständlich eingehalten. Zusätzlich werden hauseigene Richt- und Leitlinien umgesetzt, die von den jeweils zuständigen Mitarbeitern erarbeitet und regelmäßig aktualisiert werden. Zu Einhaltung der Richt- und Leitlinien werden die jeweiligen Fachkräfte mittels Schulungen informiert.

Die Visite erfolgt am Vormittag und wird von den Fach- bzw. Assistenzärzten gemeinsam mit dem zuständigen Stationspersonal durchgeführt. Bei der Visite wird ein besonderer Wert auf Verständlichkeit für die Patienten gelegt.

Die Durchführung der Behandlung wird individuell den aktuellen Bedürfnissen der Patienten angepasst. Bei Patienten, die außerhalb der regulären Aufnahmezeiten ins Haus kommen, werden routinemäßig EKG- und Aufnahmeuntersuchungen wie z.B. Ultraschall (Abdomen, Schilddrüse u. Herz) durchgeführt. Die weiteren Routineuntersuchungen werden am folgenden Tag durchgeführt. Der Patiententransport innerhalb des Krankenhauses wird von einer eigens zuständigen Person (Zivildienstler oder Stationsassistent) durchgeführt.



Aufnahmeuntersuchungen wie z.B. Ultraschall (Abdomen, Schilddrüse u. Herz) durchgeführt. Die weiteren Routineuntersuchungen werden am folgenden Tag durchgeführt. Der Patiententransport innerhalb des Krankenhauses wird von einer eigens zuständigen Person (Zivildienstler oder Stationsassistent) durchgeführt.

Operative und interventionelle Prozesse im Krankenhaus

Laas beschränken sich im Wesentlichen auf die Durchführung endoskopischer Eingriffe. Dabei wird der OP-Ablauf so koordiniert, dass die personellen, räumlichen und technischen Ressourcen des Krankenhauses optimal ausgeschöpft und die individuellen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt werden.

Auf Grund der kompakten Strukturen im LKH Laas ist weniger von Kooperation als von kollegialer Zusammenarbeit innerhalb der Kollegenschaft zu sprechen. Um die optimale Zusammenarbeit der diversen Abteilungen und Ärzte zu gewährleisten, finden regelmäßig strukturierte Besprechungen zwischen den an der Behandlung und Betreuung beteiligten Berufsgruppen statt. Zusätzlich werden bei Bedarf interdisziplinäre Fallbesprechungen durchgeführt.

Die therapeutischen Interventionen werden an die Bedürfnisse und Ressourcen des Patienten angepasst und das erreichbare Ziel gemeinsam definiert.

- Mahlzeiten (Ernährung und Service)

Die ungestörte Einnahme der Mahlzeiten hat prinzipiell Priorität. Findet in Ausnahmefällen die Visite zur Mittagszeit statt, wird das Essen für die Patienten anschließend serviert. Dies gilt auch, wenn eine Untersuchung unaufschiebbar ist. Die Speisen werden in der krankenhauseigenen Küche täglich frisch zubereitet. Patienten haben die Möglichkeit mittags und abends aus zwei verschiedenen Menüangeboten zu wählen (Vollkost mit Fleisch oder vegetarische Kost). Benötigen Patienten eine spezielle Diätform wird der Speiseplan von unseren Diätologinnen zusammengestellt und an die Küche weitergeleitet (Ernährung und Service).



- Entlassungsprozess

Die Entlassungsplanung erfolgt mit der Aufnahme des Patienten und bei Bedarf kann der Sozialarbeiter einbezogen werden. Der Entlassungszeitpunkt der Patienten wird nach Möglichkeit zumindest zwei Tage vor dem jeweiligen Termin festgelegt. Das Entlassungsgespräch erfolgt bei der Visite am Entlassungstag. Dabei werden offene Fragen mit den Patienten sowohl von medizinischer als auch von pflegerischer Seite besprochen. Um sämtliche Informationen zum medizinischen und pflegerischen Zustand unserer Patienten zur Verfügung zu stellen, werden, sowohl bei hausinternen Verlegungen als auch bei Entlassungen oder Überstellungen, den nachbetreuenden Einrichtungen ein Entlassungsbrief und bei Bedarf ein Pflegeverlegungs- / Pflegeentlassungsbericht übergeben.

Werden Patienten von einer anderen Einrichtung weiterbetreut und um die kontinuierliche Weiterbetreuung zu sichern, wird zeitgerecht mit der Institution Kontakt aufgenommen und die Informationsweitergabe gesichert.

- Umgang mit sterbenden Patienten, palliative Versorgung

Patienten werden im Rahmen der stationären Aufnahme nach dem Vorhandensein einer Patientenverfügung gefragt. Den besonderen Bedürfnissen sterbender Menschen und deren Angehöriger wird das Krankenhaus Laas durch die bedarfsweise Verlegung in Einzelzimmer gerecht. Im Einzelzimmer können sterbende Menschen und deren Angehörige ungestört sein. Es besteht auch die Möglichkeit für Angehörige im Zimmer zu übernachten. Bei Wunsch wird eine Krankensalbung durch den Priester angefordert.



Psychologische Hilfestellung kann bei Bedarf in Anspruch genommen werden. Zweimal pro Woche ist eine Krankenhausseelsorgerin vor Ort und kann auch bei Bedarf außerhalb dieser Zeiten angefordert werden.

Drei ehrenamtliche Mitarbeiterinnen mit der Ausbildung „Hospizbegleitung“ sind im Haus tätig.

2. Mitarbeiterorientierung

- Personalbedarf und Aquise

Die Planung des Personalbedarfs wird in allen Bereichen des Krankenhauses mittels anerkannter Methoden durchgeführt. In allen Bereichen werden zusätzlich die Erfahrungswerte als wichtiger Faktor zur Personalbedarfsberechnung miteinbezogen.



- Personalentwicklung

Als Grundlage zur Personalentwicklung dient dem Krankenhaus Laas die Personalentwicklungsrichtlinien der KABEG (Landeskrankenanstalten Betriebsgesellschaft). Für die Personalentwicklung existieren Mitarbeiterbeurteilungen und das Mitarbeiterorientierungsgespräch. Ziel ist es die Ressourcen unserer Mitarbeiter optimal einzusetzen, eine hohe Mitarbeiterzufriedenheit zu behalten und durch Fortbildungsmaßnahmen die Qualität zu sichern.

Bereits bei der Stellenausschreibung werden detaillierte Qualifikationsanforderungen festgelegt. Im Objektivierungsverfahren, welches nach gesetzlichen Vorgaben durchgeführt wird, werden die Bewerber schriftlich getestet und können Ihre Stärken im Hearing unterstreichen. Die Einstellung erfolgt nach dem vorgegebenen Stellenplan und Anhand der Reihung nach dem Objektivierungsverfahren. Die einzelnen Berufsgruppen verfügen über einen spezifischen Einarbeitungsplan sowie eine Beschreibung ihrer Berufs- und Tätigkeitsbereiche (**Einarbeitung**).

- Ausbildung, Fort- und Weiterbildung

Verpflichtende Fort- und Weiterbildungen werden von der Krankenhausleitung regelmäßig überprüft und die Fort- und Weiterbildungen im Haus an den Bedarf angepasst.

Es wird darauf Wert gelegt, dass die Fortbildung fachspezifisch und von hoher Relevanz für den Arbeitsalltag sein soll. Ärzte sind angehalten, mindestens 50 Stunden Fortbildung pro Jahr zu absolvieren. Im Rahmen der jährlich stattfindenden Besprechungen mit den Mitarbeitern werden Wünsche in puncto Fortbildung erfasst. Die Mitarbeiterentwicklung wird gezielt vom zuständigen Direktorium mit den Führungskräften und den Mitarbeitern geplant. Sollten Mitarbeiter aufgrund neuer Aufgabenstellungen besondere Qualifikationen benötigen, werden diese im Rahmen der Weiterbildung erworben.

Das Fortbildungsbudget wird in Form eines Pools verwaltet, auf den alle Berufsgruppen Zugriff haben. Mittels eines Fortbildungsantrages wird definiert, welche Teile der Fortbildung vom Mitarbeiter selbst bestritten werden und welche Anteile das LKH-Laas trägt.

Fort- und Weiterbildungsmedien sind im LKH-Laas für Mitarbeiter zeitlich uneingeschränkt verfügbar. Fachspezifische Zeitungen und Internet-Portale können eingesehen werden. Standardwerke werden auf die einzelnen Bereiche verteilt, spezielle Fachzeitschriften liegen in den Direktionen bzw. in der Bibliothek zur Einsichtnahme auf.

Das Literaturportal der KABEG im Intranet können alle Mitarbeiter nutzen und ein externer Zugang ist ebenfalls möglich.

- Ideenmanagement

Ideen, Wünsche und Beschwerden, die von allen Mitarbeiter aus den verschiedenen Berufsgruppen (auf Wunsch auch anonym) mündlich oder über elektronische Meldesysteme (Ideenmanagement, CIRS, Beschwerdemanagement) eingebracht werden, kommen zur Überprüfung auf Machbarkeit zum jeweiligen Verantwortlichen und werden, wenn möglich, umgesetzt.



Unter Machbarkeit verstehen wir folgende Kriterien: Kosten-/Nutzenrelation, Finanzierbarkeit, bauliche Umsetzbarkeit und Verfügbarkeit von personellen Ressourcen. Im Rahmen des Mitarbeitergespräches können ebenfalls Ideen, Wünsche und Beschwerden eingebracht und besprochen werden. Die elektronisch erfassten Meldungen können nach dem Abschluss der Bearbeitung im Intranet von Mitarbeitern eingesehen werden.

Primäres Ziel der Führung ist eine direkte Beziehung zu den Mitarbeitern aller Berufsgruppen. Dieses Ziel wird erreicht,

indem Mitarbeiter ihre Interessen direkt bei ihren Vorgesetzten oder ihrer zuständigen Direktion kundtun können.

- Arbeitszeiten / Work Life Balance

Im Bereich der Arbeitszeitregelungen unterliegen wir dem Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (AZG), dessen Einhaltung vom Arbeitsinspektorat fallweise überprüft wird. Die Dienstplangestaltung durch die Führungskraft erfolgt unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben und bestmöglicher Berücksichtigung der Mitarbeiterwünsche. Im Vorfeld bekannte Besprechungstermine oder Fortbildungen werden in der Dienstplanung bereits berücksichtigt. Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden durch Bekanntgabe im Intranet oder am schwarzen Brett veröffentlicht, Förderungen diesbezüglich gibt es seitens des Betriebsrats mittels monetärer Unterstützung.

3. Sicherheit

- Eigen- und Fremdgefährdung

Bei der Aufnahme von Patienten wird ein individueller und spezieller Ablauf erarbeitet. Dieser kann je nach Patienten eine räumliche Trennung, spezielle Beschäftigungen (z.B. ausgedehnte Spaziergänge unter einer 1:1 Betreuung, etc.), aber auch das Versperren von Fenstern und Balkontüren beinhalten. Besonderes Augenmerk wird auf die Erkennung von auto- oder fremdaggressivem Verhalten gelegt, welches eine Verlegung an eine externe Spezialabteilung zur Folge hat.



Für Patienten mit Fluchttendenzen wurde Ende 2018 ein neues das Desorientiertensystem im Haus implementiert. Patienten welche Fluchttendenzen aufweisen erhalten ein Armband (magnetisch) durch welches ein Alarm ausgelöst wird, welcher zusätzlich auf das Herzalarm-Handy weitergeleitet wird, sobald der Patienten den Bereich verlässt.

Um Patienten vor Eigengefährdung zu schützen, werden primär gelindere Maßnahmen gesetzt. Eine Kontrolle des Hauses durch die Bewohnervertretung erfolgt regelmäßig, dabei werden die Meldungen (Freiheitsbeschränkung) auf Ihre Notwendigkeit und Angemessenheit überprüft.

Über das hausübergreifende Alarmsystem können bei einem Zwischenfall sofort mehrere Mitarbeiter alarmiert werden. Dieser Alarm bewirkt, dass diensthabende Ärzte und zusätzlich von jeder Station ein Mitarbeiter zum Ort des Geschehens kommen. Die Vermeidung von Zwischenfällen wird durch das rechtzeitige Erkennen (Skalen, Anamnesen und Dokumentation, Wissenserweiterung durch Fortbildungen, ...) und die daraus folgenden Maßnahmen bewirkt. Zusätzlich werden fachliche Fortbildungen für die Mitarbeiterinnen, wie z.B. zum Thema Demenz, Kommunikation, etc., im Haus angeboten.

- Medizinisches Notfallmanagement

Der sogenannte Herzalarm wird von der jeweiligen Einheit per Telefon mit der Information über den Ort (Station, Zimmernummer) im gesamten Haus ausgelöst. Die Notfallwägen werden wöchentliche laut Richtlinie auf Vollständigkeit und Einsatzbereitschaft überprüft. Eine Überprüfung des Herzalarms in der Ergometrie wird 1x pro Quartal überprüft.

Schulungen zum Notfallmanagement für Mitarbeiter werden regelmäßig durchgeführt und die Teilnahme protokolliert.

- Organisation der Hygiene, Infektionsmanagement

Im Krankenhaus Laas gibt es ein Hygieneteam und eine Hygienekommission (Hygienemanagement). Laut Geschäftsordnung sind die Hygienefachkraft und der hygienebeauftragte Arzt zuständig. Auf den Stationen/in den Bereichen gibt es einen Hygieneordner, Richtlinien und Desinfektionspläne. Anweisungen werden schrift-

lich erteilt und nachweislich geschult. Desinfektionspläne sind in den betreffenden Bereichen sichtbar ausgehängt. Für die Analyse der **hygienerlevanten Daten** werden diese hausintern an die Hygienefachkraft oder den hygienebeauftragten Arzt geleitet. Falls es bei Patienten den Verdacht oder eine erkannte Infektionskrankheit gibt, wird dies vom Aufnahmefachpersonal gemeldet. Im Krankenhaus gibt es für hygienerrelevante Bereiche individuelle Desinfektionspläne.

Regelmäßig bzw. bei Neuerungen werden im Rahmen von Teambesprechungen oder interdisziplinären Veranstaltungen Hygieneschulungen durchgeführt. Zusätzlich erhalten die neuen Mitarbeiter innerhalb der ersten 4 Wochen nach Eintritt eine Einschulung durch die Hygienefachkraft. Die gesetzlich vorgeschriebenen Richtlinien und Arbeitsanweisungen werden auf den Stationen und in den betroffenen Bereichen nachweislich zur Kenntnis gebracht. Ergänzend findet eine sanitätsbehördliche Einschau durch den Amtsarzt des Bezirkes einmal pro Jahr statt.

- Arzneimittel und Arzneimitteltherapiesicherheit

Die Bereitstellung von Arzneimitteln erfolgt durch den/die Medikamentendepotbeauftragte/n. Die Freigabe der Bestellung erfolgt ausschließlich durch dafür befugte Personen. Zur Vermeidung von Komplikationen in der Arzneimitteltherapie gibt es tägliche Rücksprache mit dem Pflegepersonal. Arzneimittel werden von den zuständigen Ärzten angeordnet. Unser diplomiertes Pflegepersonal stellt das Medikament darauf hin aus dem Medikamentenschrank auf der Station zur Verfügung bzw. fordert das Medikament im hauseigenen Medikamentendepot an. Regelmäßige Kontrollen und Berichte durch den zuständigen Apotheker fördern und unterstützen die Arzneimittelsicherheit. Die Beschaffung von Medizinprodukten wird im LKH Laas durch die Abteilung Medizintechnik gemeinsam mit Medizinern, Fachpersonal und Direktorium vorgenommen.

- Labor- und Transfusionsmedizin

Blutkomponenten und Plasmaderivate werden über einen genau definierten und dokumentierten Weg aus der Blutzentrale des Roten Kreuzes Klagenfurt organisiert. Im Krankenhaus existiert ein eigener Qualitätsprozess, der den Umgang mit Blut und Blutprodukten regelt. Eigenblut wird im Krankenhaus Laas nicht verwendet. Bei Bedarf wird laut Anordnung der behandelnden Ärzte Fremdblut (Erythrozytenkonzentrate) bei der Zentralblutbank Klagenfurt angefordert. Der/Die beauftragte Arzt/Ärztin für Bluttransfusionen ist gemeinsam mit dem Hygieneteam für die regelmäßige Überarbeitung der Richtlinie zum Umgang mit Blutbestandteilen verantwortlich. Neueingestellten Ärzte und Pflegepersonen erhalten eine Informationsbroschüre über den Umgang mit Blut und Blutbestandteilen und eine persönliche Einschulung.

- Krankenhausalarm und -einsatzplanung inkl. Ausfall von Systemen

Das LKH Laas hat ebenso wie andere öffentliche Gebäude eine Reihe von gesetzlichen Vorschriften einzuhalten, die bei einem Ausfall von technischen Systemen zu beachten sind.

Ein Notstromaggregat versorgt nach Stromausfällen die wesentlichsten Bereiche des LKH Laas, die Umschaltung erfolgt automatisch. Die Notbeleuchtungsanlage wird durch eigene Akkumulatoren versorgt und laufend

überprüft. Eine unterbrechungsfreie Notstromversorgungsanlage sichert den kontinuierlichen Betrieb von Intensiv-, Labor-, Endoskopie-, Sonographie-, und Röntgenzusatzgeräten und der zentralen Leittechnik. Wasser ist im LKH Laas über eine eigene Quelle verfügbar, die bei weitem ausreichend ist.

- Brandschutz

Im Jahr 2013 wurde für eine Beurteilung des Brandschutzes ein Brandschutzgutachten in Auftrag gegeben. Die sich daraus ergebenden Brandschutzmaßnahmen wurden in den Jahren 2014-2018 umgesetzt. Die geltenden Brandschutzmaßnahmen werden regelmäßig überprüft und evaluiert. Die Brandabschnitte, Brandmeldezentrale und Fluchtwegbeleuchtung und die Hochdruckvernebelungsanlage werden regelmäßig überprüft. Der Brandschutzbeauftragte des Krankenhauses ist für die Schulung der Mitarbeiter verantwortlich. Die Überprüfung des technischen Brandschutzes erfolgt jährlich durch eine Fachfirma, in regelmäßigen Abständen finden Schulungen und Brandschutzübung sowie 2x im Jahr findet eine Begehung mit der örtlichen Feuerwehr statt.

- Katastrophenschutz

Der durch die Landessanitätsbehörde erlassene Katastrophenschutzplan (gemäß Katastrophenabwehrgesetz von 1980 und des Erlasses der Landessanitätsdirektion von 1978, unter Berücksichtigung der Empfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit) bildet die Grundlage für den Umgang mit außergewöhnlichen Situationen. Für die Umsetzung ist unser Katastrophenschutzbeauftragter verantwortlich. Um standardisierte Maßnahmen im Katastrophenfall zu ermöglichen, hat das LKH Laas einen Alarm- und Einsatzplan mit verschiedenen Szenarien festgelegt, welcher regelmäßig evaluiert und bei Übungen erprobt werden.

- Arbeitsschutz

Das LKH Laas beschäftigt eine ausgebildete Sicherheitsfachkraft und Arbeitsmedizinerin. Die neu eintretenden Mitarbeiter erhalten eine Erstunterweisung zum Thema Arbeitsschutz. Seit 2014 ist darüber hinaus eine Psychologin als Präventivkraft für das Krankenhaus bestellt. Die Sicherheitsfachkraft wird durch ausgebildete Sicherheitsvertrauenspersonen in den verschiedenen Bereichen unterstützt.

Regelmäßige und protokollierte Überprüfungen sichern den Arbeitsschutz in den einzelnen Bereichen.

- Umweltschutz

Die Nutzung alternativer Energien (z.B. Solarenergie, Photovoltaik, Biomasseheizung, Wärmerückgewinnung) und der allgemeine Umweltschutz werden in unserem Haus aktiv betrieben und regelmäßig extern überprüft (EMAS-zertifiziert).



4. Informations- und Kommunikationswesen

- Netzwerkstruktur und Datensysteme

Der medizinische und pflegerische Workflow wird derzeit durch zwei Systeme im LKH Laas unterstützt und zwar durch das Anästhesie- und Intensivmanagement System (AIMS) in der Intensivstation und das Krankenhausinformationssystem (ORBIS) auf den restlichen Stationen des Hauses.

Für die KABEG wird SAP als verbindliches Buchungs- Bestell- Personal- und Informationssystem eingesetzt. Damit können konzernweit Kennzahlen verglichen und strategische Maßnahmen abgeleitet werden. (**Einsatz von Software**). Die Abteilung Informatik, Kommunikations- und Medizintechnik ist seit 2018 ISO 27001 zertifiziert.

Die Informationsübergabe erfolgt in der Regel in mündlicher Form. Zusätzlich scheinen die routinemäßig durchgeführten Aufnahmeuntersuchungen im Ordermonitor in ORBIS auf. Patienten erhalten einen Laufzettel, auf dem ersichtlich ist, welche Untersuchungen durchzuführen sind bzw. schon durchgeführt wurden. Regelmäßige abteilungsinterne Besprechungen inkl. Tagesordnung und schriftlicher Protokollierung finden im Pflegebereich vierteljährlich statt.

- Patientendaten

Die Regelungen über die Verfügbarkeit von Patientendaten finden sich in der "Richtlinie Datenschutz" der KABEG (unter Berücksichtigung des Datenschutzgesetzes, des Ärztegesetzes und der Kärntner Krankenanstaltenordnung) wieder. Die elektronischen Daten werden unter Wahrung der Datenschutzbestimmungen auf einem zentralen Server der Krankenanstaltenbetriebsgesellschaft (KABEG) gespeichert. Die Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten sieht vor, dass die Archivierung der Patientendaten in Papierform erfolgt. Ausgenommen davon ist die Pflegedokumentation, die seit Beginn 2009 in elektronischer Form vorhanden ist. Sämtliche Patientendaten der jeweils letzten 12 Monate werden in einem elektronisch unterstützten Sortiersystem für schnellen Zugriff aufbewahrt (**Klinische Dokumentation**).

Externe Informationen betreffend die Patientenbetreuung werden vom Rechtsträger zentral erfasst, gefiltert und gezielt an die Bedarfsträger weitergegeben. Die Informationen werden dann von der Krankenhausleitung weiter aufbereitet und in den Direktionssitzungen an die Fachgebietsleiter weiter verteilt.

- Datenschutz

Die Mitarbeiter werden über die mit dem Datenschutz verbundenen Pflichten und Berechtigungen informiert (z.B. keine Weitergabe von Passwörtern, sorgfältiges Schließen von verwendeten Programmen, usw.) Hierfür hat das KABEG Sicherheitsteam eigens Richtlinien erarbeitet, welche ebenfalls den Mitarbeiter weitergegeben werden.

Im Krankenhausinformationssystem (Orbis) erfolgt ein automatisches Logout nach 15 Minuten, dies dient der Sicherheit in Bezug auf Datenschutz.

5. Unternehmensführung

Primäres Ziel der Führung ist die Pflege einer direkten Beziehung zu den Mitarbeitern. Diese können ihre Interessen direkt bei ihren Vorgesetzten oder der Direktion kundtun. Dieser geradlinige Informationsweg bezieht alle Bereiche der Führungsarbeit mit ein.



Die Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen erfolgt über Morgenbesprechungen (täglich), Stationsleitungsbesprechungen (zweimal im Monat), Akutgeriatriebesprechungen (wöchentlich), Teambesprechungen (mind. 1x pro Quartal) usw. Einmal jährlich erfolgt eine interne Informationsveranstaltung des Krankenanstaltendirektoriums für die Mitarbeiter zur Sicherstellung des Informationsflusses **(Führungskompetenz, vertrauensbildende Maßnahmen)**.

- Philosophie, Leitbild

Bereits auf unserer Homepage wird Interessierten unsere Philosophie nahegebracht. In weiterer Folge stehen überall im Haus, beginnend mit der Aufnahme Informationen in Form von Broschüren, Aushängen oder persönlichen Auskünften zur Verfügung **(Unternehmenskultur)**.

Als wichtigstes Instrument zur Bestätigung bzw. Korrektur unserer Unternehmensphilosophie sehen wir die Zufriedenheit der Patienten. Die Patientenzufriedenheit wird kontinuierlich durch die interne Patientenbefragung und Auswertung der Rücklaufquote überprüft.

Das Krankenhaus ist selbstverständlich zur Gleichbehandlung der Mitarbeiter (auch von Gesetzes wegen, z.B. Bezügegesetz) verpflichtet.

- Unternehmenskommunikation

Die Freigabe betreffend externe Kommunikation mit den verschiedensten Medien (inklusive Pressesprecherwesen, Pressemappen etc.) wird mit der zentralen Pressestelle koordiniert. Diesbezüglich gibt es eine schriftliche Vorgabe seitens des Vorstandes. Auch das Corporate Design und Logo wird vom Kabeg Management vorgegeben, für Protokollvorlagen bzw. Gestaltung/Freigabe von div. RL/LL, Checklisten etc. gibt es hausinterne Vorgaben.

- Budget – Kosten - Rentabilität

Die Verwendung von Drittmitteln, Wirtschaftlichkeitsberechnungen, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnungen sowie ein regelmäßiges und zeitnahes Reporting werden von der KABEG durchgeführt und von unserem Haus mit Daten des Rechnungswesens unterlegt.

Finanz- und Leistungsberichte werden monatlich erstellt. Auslastungen werden täglich überprüft (**Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung**).

- Festlegung der Organisationsstruktur

Zur Sicherstellung der Erkennbarkeit der Ansprechpartner tragen Mitarbeiter im medizinischen und pflegerischen Bereich ein Namensschild mit Funktionsbezeichnung und Berufsgruppenzugehörigkeit. Zusätzlich sind im Internet die Bereichsverantwortlichen vorgestellt. Für Neuaufnahmen liegen Informationsbroschüren mit Bereichsbeschreibungen und Leistungsumfang auf.

Die Organisationsstruktur, welche auch in der Krankenanstaltenordnung des Landes Kärnten geregelt ist, sieht eine kollegiale Führung (mit jeweils einem Vertreter) vor. Diese führen ihren jeweiligen Fachbereich (Kaufmännischer-, Medizinischer- und Pflegebereich). In fachübergreifenden Bereichen erfolgt die Führung über gemeinsame Beschlüsse der kollegialen Führung. Aufgrund der kompakten Größe des LKH Laas ist darüber hinaus keine eigene Abteilungsleitungsebene eingerichtet.

Die Kompetenzen und Führungsaufgaben sind im Krankenanstaltengesetz geregelt, wo auch die Vorsitzführung festgelegt ist (halbjährlicher Wechsel). In diesen Sitzungen werden nicht nur Maßnahmen, Projekte usw. genehmigt, sondern auch die Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien überprüft (**Wirtschaftliches Handeln, kaufmännisches Risikomanagement und Compliancemanagement**).

Die Verantwortung zur Beobachtung neuer Entwicklungen (z.B. neue Behandlungsmethoden, Patientenservice, Arbeitszeitmodelle etc.) und die Beurteilung der Relevanz für den eigenen Bereich obliegen in erster Linie der Kollegialen Führung (**Innovation, Wissens- und Ideenmanagement**). Bereits vor der geplanten Neueinführung von Geräten oder Verfahren werden geeignete KollegInnen gezielt zu Schulungen geschickt. Diese verbreiten im Anschluss das Erlernte in Theorie und Praxis unter den betroffenen Berufsgruppen im Haus.

Die Verantwortung für die externe Kommunikation mit den verschiedenen Medien (inkl. Pressesprecherwesen, Pressemappen etc.) liegt bei der kollegialen Führung, die sich in den jeweiligen Fällen mit den ExpertInnen des Hauses abstimmt. Die Abteilung „Unternehmenskommunikation“ der KABEG steht dem Direktorium als Ansprechpartner ebenfalls zur Verfügung. Die strategische Zielsetzung ist geographisch auf den Oberkärntner Raum ausgerichtet.

- Organisationsstruktur und Arbeitsweise der Führungsgremien

Es bestehen in jeder der drei Bereiche der Anstaltsleitungen eindeutige Organigramme, sowie klare Kompetenzzuordnungen der einzelnen Funktionsbereiche. Für die einzelnen Kostenstellen sind Kostenstellenverantwortliche definiert. Damit ist für jeden Bereich ein direkter Ansprechpartner, sowohl für Mitarbeiter als auch für Patienten und sonstige interessierte Gruppen (Versicherer, Zuweiser etc.) identifiziert. Die Zusammenarbeit und Koordination der verschiedenen Fachgruppen und Gremien im Haus obliegt den jeweiligen fachlichen Funktionsträgern (z.B. Primararzt). Die entsprechenden Regelungen und Abgrenzungen zwischen zentralen

Abteilungen und dem Krankenanstaltendirektorium wurden in den Anstaltsordnungen, Delegationsregister, Krankenanstaltengesetz und Satzungen, festgelegt.

- Partnerschaften und Kooperationen

Gesundheitsprojekte des Landes und der Gemeinden werden vom Haus aktiv unterstützt. Eine weitere Zusammenarbeit besteht mit Selbsthilfegruppen des Landes (z.B. Diabetikerverband, Parkinsonverband, Herzverband). Der Qualitätsstand der einzelnen Kooperationen wird vom jeweils zuständigen Direktoriumsmitglied überprüft. Die Möglichkeit für SchülerInnen, die unterschiedlichen Berufe in einem Krankenhaus kennenlernen zu können, werden durch die „Berufsspionage“ und die Berufsinformationstage angeboten und mit großem Interesse genutzt.

- Ethische, religiöse und gesellschaftliche Verantwortung

Für ethische Problemstellungen ist eine Ethikkommission für das gesamte Bundesland Kärnten eingerichtet, spezielle Fragestellungen vor Ort werden bedarfsbezogen mit den Beteiligten besprochen. Zusätzlich wird eine ethische Problemstellung im ärztlichen Kreis entweder bei der Morgenbesprechung oder in Kleingruppen erläutert.

Im Krankenhaus steht seit 2014 eine Ethikberatung zur Verfügung, welche bei Bedarf bzw. auf Anfrage durch die Ärzte der Stationen zu Fragestellungen unterstützt. Zwei Mitarbeiter haben die Weiterbildung „Palliativ Care“ abgeschlossen und unterstützen die Ethikberatung bei Anfrage.

Beim Aufnahmegespräch werden persönliche Kontaktpersonen der Patienten abgefragt, auch wird der Wunsch nach Verständigung der Seelsorge besprochen. Darüber hinaus steht eine katholische Pastoralassistentin zweimal pro Woche im Krankenhaus für unsere Patienten zur Verfügung.

6. Qualitätsmanagement

Das Qualitätsmanagement Modell, welches für das LKH Laas den größten Nutzen bringt, ist das KTQ-Modell®. Dieses wurde nach mehreren Vorträgen und Schulungen ausgewählt. Aus unseren Selbstbewertungen 2010, 2013, 2016, 2019 und auch 2022 und den darauffolgenden Fremdbewertungen haben wir konkrete Verbesserungen abgeleitet und umgesetzt.

- Innovation und Wissensmanagement

Die Verantwortung zur Beobachtung neuer Entwicklungen (z.B. neue Behandlungsmethoden, Patientenservice, Arbeitszeitmodelle etc.) und die Beurteilung der Relevanz für den eigenen Bereich obliegen in erster Linie der Krankenhausleitung. Diese werden der KABEG präsentiert und ein gemeinsamer Umsetzungsplan in Angriff genommen. Ebenso werden unternehmensweite Entwicklungen, in Absprache mit allen anderen KABEG Häusern, für das eigene Haus genutzt, um die Aufgabenfelder besser abzustimmen und trotzdem ausreichend Kapazitäten in den einzelnen Regionen anbieten zu können.

- Methoden des klinischen Risikomanagements zur Patientensicherheit

KABEG weit wird seit 2009 ein einheitliches Risikomanagement etabliert, um angemessen bei Risiken vorzugehen und diese zu kommunizieren. Ziel ist eine kontinuierliche, umfassende Risikoidentifikation, -analyse und –bewältigung.

- Organisation, Aufgabenprofil des Qualitäts- und des klinischen Risikomanagements

Im LKH Laas selbst, hält man weiterhin an dem Konzept fest, dass Risikomanagement und das Qualitätsmanagement (QRM) gemeinsam zu bearbeiten. Die Stabstelle QRM ist der Pflegedirektion unterstellt und steht dem gesamten Krankenhausdirektorium beratend zur Seite. In der Qualitätssicherungskommission bestehend aus einem multiprofessionellen Team werden in den Sitzungen aktuelle und wichtige Themen besprochen. Die QRM Beauftragte ist in den verschiedensten Arbeitsgruppen und Teams vertreten, um den Standpunkt der QRM Seite einfließen zu lassen (QSK, Hygieneteam, Umweltteam, Mitarbeiterzeitung, Projekt KTQ-Rezertifizierung, Mitglied bei einzelnen Arbeitsgruppen). Neue Mitarbeiter erhalten ein Informationshandbuch (spartenbezogen), indem unter anderem auch die Aufgaben des QRM beschrieben sind. Innerhalb der ersten zwei Monate wird ein persönliches Gespräch zwischen den neuen Mitarbeitern und der QRM Beauftragten geführt.

- Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Regelmäßige Feedbacks geben einen Überblick über den Verlauf der Arbeit, um die Ziele zu erreichen. Die bestehenden Ablaufprozesse werden in Teilbereichen dokumentiert, besonders jene die einer Optimierung zugeführt worden sind. Das Krankenanstaltendirektorium definiert die einzelnen Qualitätsziele und stellt die dafür erforderlichen Ressourcen zur Verfügung. Prozesse wurden unter Mitwirkung der Mitarbeiter festgelegt,

auch sind es die Mitarbeiter, die die Optimierung vorantreiben. Sie haben die Kompetenz und Fähigkeit Prozesse kurzfristig zu ändern, wenn dies für die Versorgung der Patienten notwendig ist. Die Vernetzung der Prozesse wird im persönlichen Gespräch mit den betroffenen Personen durchgeführt.

- Patientenbefragungen

Zusätzlich erfolgt eine regelmäßige interne Patientenbefragung. Die Patienten werden dabei vor dem Austeilen der Fragebögen genau über den Sinn und Zweck der Befragungen (durch die Stationsleitung oder das zuständige Bereichspersonal) informiert. Die erhobenen Ergebnisse werden regelmäßig in Form einer statistischen Auswertung der kollegialen Führung vorgelegt. Bei groben Auffälligkeiten wird sofort eine Kopie des Fragebogens an die zuständige



Direktion geleitet. Bei persönlichen Beschwerden (**Umgang mit Wünschen und Beschwerden**) kommt es je nach Thematik (Pflege, Medizin oder Verwaltung) zu Einzelgesprächen mit den Betroffenen.

- Mitarbeiterbefragung

Auch im Jahr 2021 wurde Kabeg-weit wiederum eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Bei den Mitarbeiterbefragungen werden allgemeine Fragen über die Arbeitsweise, Verhalten des Mitarbeiters, Work-Life Balance, Vereinbarkeit von Beruf und Familie gestellt sowie die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz evaluiert. Mitarbeitergespräche werden in zweijährigen Intervallen mit dem unmittelbaren Vorgesetzten durchgeführt. Für die Abwicklung der Mitarbeitergespräche ist eine eigene Richtlinie vorhanden. Zielvereinbarungen mit Zeitgrenzen werden mit dem Mitarbeiter getroffen und beim nächsten Gespräch überprüft.

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

Der Prozess Beschwerdemanagement wurde für das LKH Laas niedergeschrieben. Die Kontaktadresse ist in der Patienteninformationsbroschüre und auf der Homepage zu finden, sowie bei der Patienten- und Pflegeanwaltschaft. Je nach Eingangskanal der Beschwerde oder Lob (persönlich, schriftlich oder über die Pflege- oder Patienten-anwaltschaft, aber auch Patientenfragebögen) wird versucht, die Angaben in die Software „Beschwerdemanagement“ einzugeben.

- Qualitätsrelevante Daten interner/externer Verfahren

Das interne Controlling, die Hygieneverantwortliche und die QRM Beauftragte haben eine zentrale Funktion bei der Datenerhebung und Aufbereitung. Konzernweit wird die Balanced Score Card (BSC) genutzt, welche ein Kabeg-weites Benchmark ermöglicht.

Von Seiten der Krankenhausleitungen wird ein monatlicher Finanz- Personal- und Leistungsbericht sowie ein Bericht erstellt. Grundsätzlich werden sämtliche Daten in den verschiedensten Arbeitsgruppen, QSK, Multiplikatorenitzungen und Teambesprechungen transparent gemacht. Empfehlungen von anerkannten Organisationen werden in unsere Richtlinien und Leitlinien eingearbeitet.

Sollten Sie zu diesem Qualitätsbericht Rückmeldungen, Feedback oder Anregungen haben, würden wir uns freuen, wenn Sie uns diese per Mail gebhard.schmied@kabeg.at oder telefonisch +43 (0)4715/ 7701 mitteilen.