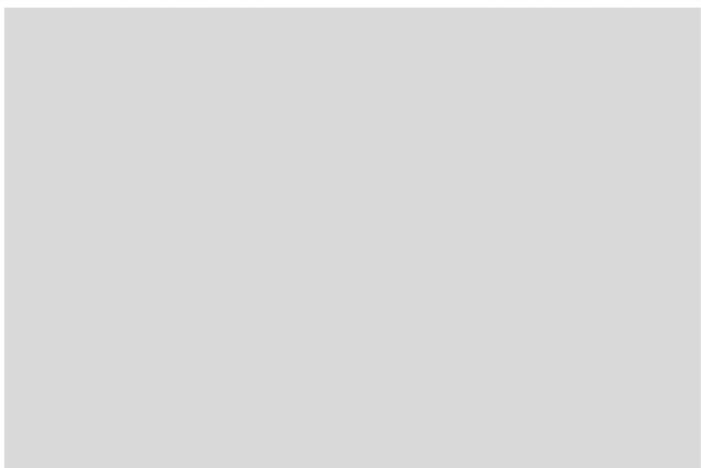
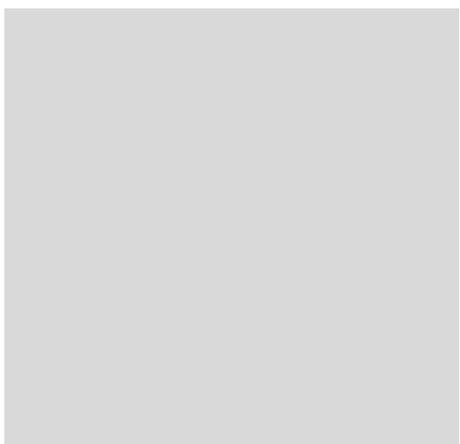


*Berufung
Leben!*



Klinikum
Wels-Grieskirchen

Eine Einrichtung der Kreuzschwestern
und Franziskanerinnen.



Jährlicher Qualitätsbericht



INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|---|--|----|
| | VORWORT | 3 |
| | DAS QM TEAM STELLT SICH VOR | 4 |
| | NEUE ZUSAMMENSTELLUNG DER QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSION | 6 |
|  | ZENTRALE NOTFALLAMBULANZ & PERITONEALDIALYSEZENTRUM | 7 |
| | TAGESKLINISCHES ZENTRUM | 8 |
|  | ENDOMETRIOSEZENTRUM | 9 |
| | ZERTIFIZIERUNG DES ADIPOSITASZENTRUMS | 10 |
|  | NEUES IVOM ZENTRUM | 11 |
|  | HERZINFARKTNETZWERK VERSORGUNGSREGION 42 | 12 |
| | 444 - NEUER MEDIZINISCHER NOTRUF | 13 |
| | NEUREGELUNG AMBULANTE ABRECHNUNG & DEESKALATIONSMANAGEMENT | 14 |
|  | SANITÄRE AUFSICHT | 15 |
| | MEDIZINISCHE LEISTUNGSDATEN 2018 | 16 |

Bildnachweis: Klinikum Wels-Grieskirchen,
Shutterstock.com



Bericht erstellt von ...

Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH
Stabsstelle Qualitäts-, Risikomanagement und Organisationsentwicklung
Grieskirchner Straße 42
4600 Wels
Tel.: +43 (0) 7242 415 - 93222



VORWORT



„Sei ein Maßstab für Qualität.“

Manche Leute kennen kein Umfeld, in dem man nur Spitzenleistungen erwartet.“

Steve Jobs

Qualität ist kein Zufall. Sie ist immer das Ergebnis hoher Ziele, aufrichtiger Bemühungen, intelligenter Vorgehensweise und geschickter Ausführungen. So war auch 2018 definitiv ein erfolgreiches Jahr für uns. Durch die Rückkehr unserer Kollegin Mag. (FH) Angelika Tuschek wurde unsere Abteilung durch erfrischende Ideen und hervorragende Expertise bereichert. Im Jahr 2018 entstanden durch die laufenden Verbesserungen des Betriebsalltags wieder viele neue Projekte, welche sich insbesondere durch die Zusammenarbeit mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der unterschiedlichen Abteilungen zu wahren Spitzenleistungen entwickelten.

Die Qualitätsarbeit lebt von unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an den Abteilungen. Wir betrachten uns als unterstützende Stelle, um unseren Kolleginnen und Kollegen ihre tägliche Arbeit zu erleichtern. Gerade deshalb ist die Kommunikation mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein wesentlicher Bestandteil unserer Arbeit. Es werden viele verschiedene Ideen und Anregungen von unseren Kolleginnen und Kollegen an uns herangetragen, ebenso versuchen wir Zweifeln entgegenzuwirken. Nur dadurch kann das Klinikum weiterhin als Maßstab für Qualität angesehen werden.

Der Fokus unserer Abteilung liegt auf der Qualitätssicherung und -steigerung durch die Planung und Umsetzung diverser Projekte und Maßnahmen. Durch die Zusammenarbeit mit Beteiligten der unterschiedlichen Fachbereiche versuchen wir stets die bestmöglichen Lösungen zu erzielen. Ein Beispiel unter vielen sind die verschiedenen (Re-)Zertifizierungen, die im Laufe des Jahres erfolgreich durchgeführt wurden.

Eine Optimierung der Arbeitsabläufe und Prozesse kommt sowohl den Patientinnen und Patienten als auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugute. Die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses und die Sicherheit in der Versorgung der Patientinnen und Patienten sind nur durch eine vernetzte Organisation der ärztlichen, pflegerischen, medizinisch-technischen und administrativen Dienste gewährleistet. Um hochwertige, medizinische Leistungen weiterhin sicherzustellen und dabei Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten direkt berücksichtigen zu können, wird die kontinuierlich stattfindende Patientenbefragung regelmäßig von unserer Abteilung ausgewertet.

Mehr zu den Projekten des Jahres 2018 und unseren damit einhergehenden Aufgabenfeldern finden Sie auf den nachfolgenden Seiten unseres Qualitätsberichts.

Ihre Kolleginnen und Kollegen der Stabsstelle Qualitäts-, Risikomanagement und Organisationsentwicklung.





DAS QUALITÄTSMANAGEMENT STELLT SICH VOR



PhDr. Aichinger Maximilian, MSc

Leiter der Abteilung Qualitäts- & Risikomanagement, Organisationsentwicklung

Berufliche Ausbildung

PhDr. Gesundheitswissenschaften

Qualitätsmanager im Gesundheitswesen ÖVQ

Europäischer Qualitätsmanager im Gesundheitswesen EOQ

Tel.: +43 (0) 7242 415 93221, maximilian.aichinger@klinikum-wegr.at



DI (FH) Holzinger Nina

Fachbereich

- Zertifizierungen & Auditwesen
- Dokumentenmanagementsystem
- Behördliche Inspektionen (Sanitäre Aufsicht, Gewebebank)

Berufliche Ausbildung

Biotechnologin

Zertifizierte Qualitätsauditorin

Tel.: +43 (0) 7242 415 93213, nina.holzinger@klinikum-wegr.at



Lauß Barbara, MA

Fachbereich

- Zentrumszertifizierungen
- Prozessmanagement
- Fehlermanagement CIRS

Berufliche Ausbildung

Prozessmanagerin, Gesundheits- und Sozialmanagerin

Zertifizierte Qualitätsbeauftragte

Tel.: +43 (0) 7242 415 93782, barbara.lauss@klinikum-wegr.at



Ortner Manuel, MA

Stellvertretender Leiter

Fachbereich

- Zertifizierungen
- Strategische OE Projekte
- Projektmanagement

Berufliche Ausbildung

Prozessmanager, Gesundheits- und Sozialmanager

Zertifizierter Qualitätsbeauftragter

Tel.: +43 (0) 7242 415 93282, manuel.ortner@klinikum-wegr.at



DAS QUALITÄTSMANAGEMENT STELLT SICH VOR



DGKP Scherzer Franz

Fachbereich

- Strategische OE Projekte
- Bereichsbezogene und Bereichsübergreifende OE Projekte
- Bau- & Organisationsthemen
- Fehlermanagement CIRS

Berufliche Ausbildung

Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger

Akademischer Risiko- und Gesundheitsmanager

Tel.: +43 (0) 7242 415 93779, franz.scherzer@klinikum-wegr.at



Schmid Bianca

Fachbereich

- Patientenbefragung
- Ideenmanagement
- Sekretariat

Berufliche Ausbildung

Kaufmännische Fachkraft

Tel.: +43 (0) 7242 415 93222, bianca.schmid@klinikum-wegr.at



Mag. (FH) Striegl Simone

Fachbereich

- Zentrumszertifizierungen
- Prozessmanagement
- Patientenbefragung
- Ideenmanagement

Berufliche Ausbildung

Prozessmanagerin

Zertifizierte Qualitätsbeauftragte

Tel.: +43 (0) 7242 415 93281, simone.striegl@klinikum-wegr.at



Mag. (FH) Tuschek Angelika

Fachbereich

- Zentrumszertifizierungen
- Organisationsentwicklung
- Prozess- und Projektmanagement

Berufliche Ausbildung

Prozessmanagerin

Zertifizierte Qualitätsbeauftragte

Tel.: +43 (0) 7242 415 93219, angelika.tuschek@klinikum-wegr.at



NEUE ZUSAMMENSTELLUNG DER QUALITÄTSSICHERUNGSKOMMISSION



Im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz ist festgelegt, dass jede bettenführende Krankenanstalt eine Kommission für Qualitätssicherung (QSK) vorzuweisen hat. In dieser ist eine Vielfalt der Berufsgruppen vertreten. Gefordert sind mindestens ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes. Durch diese interdisziplinäre und standortübergreifende Zusammensetzung wird ein ganzheitlicher Blick auf die Qualitätsoptimierung im Klinikum Wels-Grieskirchen ermöglicht.

Von der Geschäftsführung wird besonders viel Wert auf die Qualitätsarbeit gelegt, was sich auch in der Entscheidung zur Durchführung einer Gesamtzertifizierung nach ISO 9001:2015 ab Mitte 2019 widerspiegelt.

DIE AUFGABEN UND ZIELE DER QSK

Die Mitglieder der Kommission treffen sich viermal jährlich um qualitätsrelevante Themen aus den unterschiedlichen Bereichen des Klinikums einzubringen. Die QSK verfolgt das Ziel, qualitätsrelevante Themenfelder zu eruieren und ggf. Vorschläge zur Qualitätsverbesserung an das Direktorium zu übermitteln. Eine wichtige Funktion der Kommissionssitzung ist eine aktive Gestaltung der Qualitätssicherungsarbeit unter Einbindung der Mitarbeiter. Der Hauptfokus der QSK liegt dabei auf der Erhöhung der Patientensicherheit.

NEUE LEITUNG

Ende 2018 gab es einen Wechsel in der QSK Leitung. Herr Prim. Prof. Dr. Alexandre Pelzer, MBA, FEBU, bisher QSK Mitglied, folgt Herrn Dr. Harald Eder nach.

Prof. Pelzer ist seit 1. Juli 2016 Leiter der Abteilung für Urologie und wurde vom Direktorium zum neuen QSK-Leiter bestellt. Als ausgebildeter Qualitätsmanager und Absolvent des Studiums „MBA Health Care Management“ bringt Prof. Pelzer langjährige Erfahrung unter anderem in der Zertifizierung und Leitung von Prostatakarzinomzentren mit sich und legt viel Wert auf innovative medizinische Techniken sowie neueste wissenschaftliche Erkenntnisse. Durch sein breitgefächertes Wissen und Interesse, werden von Prof. Pelzer viele unterschiedliche Ansätze in die QSK eingebracht. acht.

DAS JAHR 2018

Ebenso wurden im vergangenen Jahr drei neue Mitglieder in die Qualitätssicherungskommission aufgenommen. Herr Prof. OA Dr. Hans Joachim Geißler, Herr Dr. Jacob Pfuner und Frau Barbara Lauß, MA.

Aus dem Jahr 2017 wurde das Thema „Neue medizinische Notrufnummer“, weitergeführt, welches im Qualitätsbericht noch näher beschrieben ist, und teilweise umgesetzt. Die angestrebte ganzheitliche Änderung des Systems konnte bislang nicht erreicht werden. Die einheitliche Notrufnummer erleichtert allerdings das Auslösen des Notfallalarms wesentlich und wird als maßgebliche Verbesserung empfunden.

Ab 2019 wird nach jeder QSK Sitzung eine Besprechung des QSK-Leiters mit der Geschäftsführung stattfinden, damit die Themen der QSK diskutiert werden können.

Mit dem von der QSK eingebrachte Vorschlag, zur Gründung einer Ethikkommission im Klinikum Wels-Grieskirchen, wird sich die QSK 2019 detaillierter befassen. Mögliche Aufgaben, Ziele sowie die Zusammensetzung der selbigen werden an das Direktorium herangetragen werden.

Mitglieder der QSK von A-Z

- PhDr. Maximilian Aichinger, MSc
- Anita Baumgartner
- Andrea Binder, MSc MBA
- Michaela Brauneis
- OA Prof. Dr. Hans Joachim Geißler
- Mag. Dr. Silvia Hetz, aHPH
- Prim. Univ. Prof. Dr. Harald Hofer
- DI Harald Holzmann
- Prim. Dr. Walter Höbling, PMPH
- Prim. Priv. Doz. Dr. Johann Knotzer
- Ulrike Kocher
- Barbara Lauß, MA
- OA Dr. Günther Peinthor, MPH
- Dr. Jacob Pfuner
- Prim. Prof. Dr. Alexandre Pelzer, MBA FEBU (Leitung)
- Franz Scherzer
- Christoph Schneeberger
- OA Dr. Josef Seier, MPH (Stv. Leitung)
- Christine Spindler
- Sabine Thallinger
- Mag. Sylvia Tischler





ZNA - NEUSTRUKTURIERUNG DES AUFNAHMEZENTRUMS



Von Anfang Mai bis Oktober 2018 wurde die Umstrukturierung der früheren Akutversorgung-Aufnahme (AVA) geplant und durchgeführt. Im Zuge dessen wurde die ehemalige AVA in Zentrale Notfallambulanz (ZNA) umbenannt. Des Weiteren wurde die Aufnahmestation neu strukturiert.

Im Zuge der Vorbereitungsgespräche wurden relevante Prozesse und Schnittstellen mit allen betroffenen klinischen Abteilungen besprochen, aktualisiert bzw. neu geregelt. Um alle Aspekte zu berücksichtigen, wurden diese Schnittstellengespräche zwischen der ZNA und den Fachabteilungen von Seiten der Ärztlichen Direktion durch Herrn OA Dr. Thomas Muhr und von der Abteilung Qualitäts-, Risikomanagement und Organisationsentwicklung durch den Projektkoordinator Herrn Manuel Ortner, MA begleitet.

Die Ergebnisse der Gespräche wurden in Regelwerke überführt, die die Weiterleitung der Patienten an die

unterschiedlichen Abteilungen festhalten. Ein besonderer Fokus wurde auf die Kooperation zwischen ZNA und Aufnahmestation gelegt. Eine Liste mit Indikatoren definiert nun für alle Mitarbeiter nachvollziehbar, welche Patienten in der Aufnahmestation behandelt werden dürfen.

Darüber hinaus wurden Untersuchungsprofile definiert und Prozesse standardisiert. Neben der Analyse typischer Krankheitsbilder in der ZNA, erfolgte die Festlegung eines strukturierten Ablaufs für medizinische, pflegerische und organisatorische Tätigkeiten in der Versorgung der Patienten.

Im Zuge des Projekts wurde die Aufnahmestation in das erste Obergeschoss, direkt über die ZNA, übersiedelt. Durch die verkürzten Wege im Klinikum hat sich die Zusammenarbeit der beiden Bereiche vereinfacht, was sich auf eine verbesserte Behandlung der Notfallpatienten und einen optimierten Patientenfluss

PERITONEALDIALYSEZENTRUM



In Oberösterreich gibt es vier bestehende Anbieter für Peritonealdialyse (= Bauchfelldialyse). Diese dient als Alternative zur Hämodialyse im Spital und kann nach Einschulung des Patienten von diesem selbstständig durchgeführt werden.

Gemeinsam mit dem Land OÖ wurde übereingekommen, dass das entsprechende Know-How zur Peritonealdialyse an definierten Standorten (so genannten „Zentren“) gebündelt werden soll. Krankenanstalten ohne Peritonealdialyse sollen mit diesen Zentren kooperieren. So soll eine vollständige Information der potenziellen Patienten in allen Spitälern sichergestellt werden.

Die Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit wurden in gemeinsamen Gesprächen und Treffen zwischen Vertretern der jeweiligen Krankenhäuser festgelegt. Es wurde übereingestimmt, dass eine Kooperation zwischen dem Klinikum Wels-Grieskirchen und den Spitälern der VR46 (Braunau, Schärding und Ried) weiter gestärkt und ausgebaut werden kann.

Die zentralen Eckpunkte der Behandlung

(Informationsgespräch, Katheter-Implantation, Kontrolltermine, Schulungen der Patienten) finden in Wels statt. Die Kooperationspartner im Innviertel müssen allerdings ausreichend geschult sein, um den Patienten alle Informationen für eine fundierte Entscheidung zur Peritonealdialyse geben zu können.

Das gemeinsame Konzept sieht daher Hospitationen von ausgewählten Ärzten und Pflegekräften der Kooperationspartner in Wels vor. Ergänzt wird dies durch eine einheitliche Informationsbroschüre im Sinne eines gemeinsamen Öffentlichkeitsauftritts.





TKZ ERÖFFNUNG TAGESKLINISCHES ZENTRUM



In der Früh ins Krankenhaus, abends wieder zuhause.

Dieses Motto verfolgt das Tagesklinische Zentrum im Klinikum Wels-Grieskirchen. Nach knapp zweijähriger Bauzeit fand im Frühjahr 2018 die feierliche Eröffnung statt.

Das verfolgte Ziel im Tagesklinischen Zentrum Wels ist die Optimierung der operativen Behandlungen im tagesklinischen Bereich und die Verbesserung des Zugangs zu diesem für die Bevölkerung. Der gesamte Behandlungsprozess am Eingriffstag läuft innerhalb des Zentrums ab, wodurch die Wege für die Patienten minimiert werden.

In 4 OP-Bereichen sollen rund 6.000 Eingriffe im Jahr vorgenommen werden. Dabei werden tagesklinische Eingriffe von folgenden Fachbereichen angeboten:

- Dermatologie
- Orthopädie
- Unfallchirurgie
- Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Urologie
- Augenheilkunde
- (Plastische) Chirurgie.

Um ein Projekt dieser Größenordnung stemmen zu können, bedarf es einem ausgezeichneten Teamwork und einer engen Zusammenarbeit aller Beteiligten. Unter der Projektkoordination der Abteilung Qualitäts-, Risikomanagement und Organisationsentwicklung während der finalen Phase konnte das Projekt, in Zusammenarbeit mit Vertretern der Fachbereiche Hygiene, Informationstechnologie, Materialwirtschaft, Medizintechnik sowie Technik, baulich (gemeinsam mit externen Firmen) abgeschlossen werden.

Auch organisatorisch und ablaufbezogen wurde im Vorfeld alles sorgfältig geplant und besprochen. Hier wurde von Seiten der Abteilung Qualitäts-, Risikomanagement und Organisationsentwicklung eng mit der Ärztlichen Direktion, der Pflegedirektion, sowie den Verantwortlichen der betroffenen medizinischen Fachabteilungen zusammengearbeitet. Neben speziell definierten Prozessen für das Tagesklinische Zentrum entstand dabei zudem ein Organisationsstatut, welches Regelungen für die Arbeit und den Ablauf für die Mitarbeiter vorgibt.





ENDOMETRIOSEZENTRUM



Durch die Stiftung Endometrioseforschung (SEF), Europäische Endometriose Liga (EEL) und die Endometriose Vereinigung Austria (EVA) wurde nach EuroEndoCert (Stufe II) das Endometriosezentrum im Juni 2018 zertifiziert. Die Leitung des Zentrums übernahm OA Dr. Hannes Schneiderbauer nachdem OA Dr. Josef Maier das Klinikum Ende 2018 verlassen hat.

DIAGNOSE ENDOMETRIOSE

Endometriose ist eine gutartige, chronische Erkrankung bei Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter. In Österreich sind ca. 300.000 Frauen betroffen. Die Diagnose ist oft nicht einfach, da die Ausprägung und Lokalisation der Endometrioseherde bei jeder Patientin unterschiedlich sein können. Um die Diagnose bestmöglich durchzuführen, wird zuerst ein Anamnesegespräch mit der Patientin geführt. Außerdem werden bildgebende Verfahren sowie Tastuntersuchungen durchgeführt, um eine mögliche Erkrankung festzustellen. Besteht der Verdacht auf Endometriose, ist eine eindeutige Diagnose nur durch Gewebeproben, die operativ entnommen werden, möglich.

ZIELE UND NUTZEN DER ZERTIFIZIERUNG

Die Zertifizierung des Endometriosezentrums bestätigt den Patientinnen die Qualität der Behandlung und die Expertise des Personals durch einen externen Fachexperten. Dadurch ist die qualitätszertifizierte Diagnostik, Betreuung und Therapie der Patientinnen im Klinikum Wels-Grieskirchen gewährleistet.

VORARBEIT ZUR ZERTIFIZIERUNG

Um eine erfolgreiche Zertifizierung durchzuführen, arbeiteten die Abteilungen des Qualitäts-, Risikomanagements sowie die Abteilung der Gynäkologie, in welcher das Endometriosezentrum strukturell und organisatorisch eingegliedert ist, eng an der Erfüllung der Anforderungen zusammen. Ebenfalls beteiligt waren die Abteilungen Urologie, Radiologie, Pathologie, Physiotherapie, Psychotherapie und die Ernährungsberatung sowie der externe Kooperationspartner VivaNeo Kinderwunschklinik in Wels.

AUDITTAG UND ANFORDERUNGEN

Im Juni 2018 fand das Audit durch zwei Fachauditoren sowie eine Vertreterin der Endometriose Selbsthilfegruppe (EVA) statt. Dabei wurde überprüft, ob relevante Qualitätskriterien wie beispielsweise eine gewisse Routine und Expertise der Operateure, nachgewiesen durch Fallzahlen und Aus- bzw. Fortbildungen, standardisierte Abläufe oder eine einheitliche Dokumentation eingehalten werden.

Nach dem erfolgreichen Audit hat das Klinikum Wels Grieskirchen das Zertifikat für ein Klinisches Endometriose Zentrum erhalten. Damit der hohe Qualitätsanspruch auch erhalten bleibt, ist jährlich ein Kennzahlenbogen zu übermitteln und eine Re-Zertifizierung in drei Jahren erforderlich.





ZERTIFIZIERUNG DES ADIPOSITASZENTRUMS



Adipositas ist eine ernst zu nehmende Erkrankung. Über 50 % aller Menschen sind übergewichtig oder adipös. Dieses Ergebnis wurde innerhalb der Europäischen Region der WHO festgestellt. In Österreich sind laut österreichischem Ernährungsbericht über 40 % der 18 bis 64 Jährigen übergewichtig und 12 % dieser Personengruppe gelten als adipös.

Die Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie ist seit Jahren auf die operative Therapie der Adipositas spezialisiert. Jährlich werden über 200 Operationen in hoher Qualität durchgeführt. Seit August 2018 ist sie im Rahmen eines externen Audits der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie zum Kompetenzzentrum für Adipositas- und Metabolische Chirurgie ernannt worden.

Als Zentrumsleiter wurde OA Dr. Jarjoura Eid ernannt. Prim. Dr. Walter Schauer und OA Dr. Christian Mallinger sind als anerkannte Chirurgen ebenfalls Teil des Adipositas-Teams.

Das Adipositaszentrum ist ein wichtiger Ansprechpartner betroffener Personen. Durch die umfassende Expertise und die enge Zusammenarbeit aller involvierten Fachbereiche kann eine exzellente, hochqualitative Versorgung der Patienten garantiert werden. Um die Patienten über das Angebot im Zentrum zu informieren wurde eine **Informationsbroschüre** erstellt. In dieser sind unter anderem die wichtigsten Fakten zum Adipositaszentrum, das Therapieangebot, das chirurgische Team, die Operationsmethoden sowie die Substitutionstherapie verschriftlicht.

Für die Zeit nach der Operation wurde ein **Nachsorgepass** erstellt. Dieser umfasst die Dokumentation der postoperativen Entwicklung des Gewichtsverlaufs, der Laborwerte und der medikamentösen Therapie.



Um eine Zertifizierung zu erreichen mussten unter anderem folgende **Kriterien** und **Anforderungen** erfüllt werden:

- Mindestens 50 Operationen im Jahr, zumindest zwei verschiedene Eingriffsarten
- Schriftliches Festhalten der Arbeitsabläufe
- Kooperationsvereinbarungen mit externen Kooperationspartnern (niedergelassene Psychologen und Internisten)
- Ständige Verfügbarkeit eines qualifizierten Adipositaschirurgen
- Zusammenarbeit mit einer Selbsthilfegruppe
- Anforderungen zur baulichen und materiellen Ausstattung (Spezialbetten, Spezialstühle, Tragfähigkeit OP-Tisch bis 225 kg,...)
- Teilnahme an der Qualitätssicherungsstudie der CAADIP
- Benennung Dokumentationsbeauftragter und Dokumentations-assistent





NEUES IVOM ZENTRUM



Was bedeutet IVOM? – IVOM ist eine Intravitreale operative Medikamenteneingabe. Bei dieser Vorgehensweise wird die benötigte Medikation direkt in den Glaskörper des Auges injiziert. Mit dieser Methode werden Patienten mit einer altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) behandelt. Von dieser Patientengruppe werden im Klinikum Wels-Grieskirchen jährlich circa 8.000 Patienten versorgt und die Patientenanzahl steigt weiterhin an.

Das neue IVOM-Zentrum wurde in den Räumlichkeiten der früheren Blutbank errichtet. Dadurch betritt der Großteil der Patienten die Station durch den Haupteingang des Tagesklinischen Zentrums. Um die Räume den neuen Anforderungen anzupassen, wurden sie im Vorhinein genauestens geplant. Des Weiteren wurden alle wichtigen technischen Notwendigkeiten installiert und etliche administrative Anpassungen vorgenommen. Neben diesen und vielen anderen Maßnahmen, die bei einem solchem Projekt berücksichtigt werden müssen, wurde ein Prozess zur Versorgung der Patienten geschaffen und optimiert. Mithilfe des Prozesses wird sichergestellt, dass die Behandlung strukturiert und übersichtlich erfolgt. Dies verbessert den Behandlungsprozess insofern, dass die Mitarbeiter wissen, welche Vorgänge nacheinander zu befolgen sind. Als Resultat dessen entsteht eine Zeitersparnis, die dem Patienten und dem Mitarbeiter

zu Gute kommt und die Qualität des Eingriffs in keiner Weise mindert.

Eine kurze Zusammenfassung des Ablaufs würde wie folgt ablaufen:

- Der Patient kommt durch den Haupteingang des TKZ ins IVOM-Zentrum, wo die ambulante Aufnahme erfolgt.
- Der Patient wird auf den Eingriff vorbereitet
- Die Intravitreale operative Medikamenteneingabe wird im Eingriffsraum durchgeführt
- Dokumentation im Eye Clinic Manger
- ggf. Nachuntersuchung im IVOM-Zentrum
- Entlassung des Patienten

Bei diesem Vorgang wird der Patient, wie bei allen anderen tagesklinischen Eingriffen, innerhalb eines Tages ambulant aufgenommen und auch wieder entlassen.

Im letzten Quartal des Jahres 2018 wurden seit der Eröffnung des IVOM-Zentrums im August etwa 1.700 Patienten behandelt.





HERZINFARKTNETZWERK VERSORGUNGSREGION 42



Um die Versorgung eines Herzinfarktpatienten nachhaltig zu verbessern wurde mithilfe einer Arbeitsgruppe ein eigenes Herzinfarktnetzwerk für die Versorgungsregion 42 (Wels-Grieskirchen-Eferding) gegründet. Innerhalb dieser Arbeitsgruppe wurde eine gemeinsame Ablaufplanung für STEMI Patienten erstellt. Denn je weniger Zeit verstreicht desto mehr Herzmuskel kann gerettet werden.

Ausgangspunkt des Projektes war eine CIRS Meldung. Inhalt jener Meldung war, dass eine Übernahme von STEMI Patienten oft mit Diskussionen einhergeht. Da für Herzinfarktpatienten die Zeit eine wichtige Rolle spielt, wurde ein Prozess erstellt, der die Idealvorstellung der Versorgung des Patienten wiedergibt. Denn eine schnellere Versorgung verringert die Sterblichkeit um zwei Drittel. Mithilfe der Erstellung und Umsetzung des Prozesses werden STEMI Patienten mittlerweile 15 - 20 Minuten schneller versorgt als zuvor.

Um die Zeitspanne bis zur Wiedereröffnung der verstopften Herzerterie möglichst kurz zu halten wurde eine elektronische Übermittlung des EKGs vom Einsatzort an die kardiologische Abteilung im Klinikum Wels-Grieskirchen eingerichtet. Somit sieht der Kardiologe das EKG des Patienten bereits bevor dieser mit dem Notfalleinsatzfahrzeug eintrifft. Durch diesen Schritt ist eine schnelle Diagnose des Patienten möglich. Geht ein Notruf bei der Rot-Kreuz-Leitstelle ein, begibt sich das Notarztteam zum Einsatzort, wo der Patient erstversorgt wird. Die Erstversorgung beinhaltet unter anderem die Erhebung der Anamnese und der Vitalparameter inklusive EKG, einen venösen Zugang und eine medikamentöse Therapie. Bei Verdacht eines akuten Herzinfarkts im EKG wird das Notarztprotokoll gemeinsam mit dem EKG an den diensthabenden Kardiologen elektronisch übermittelt. Der

diensthabende Kardiologe wird über das „Cardiophone“ angerufen und es werden die weitere Vorgehensweise und Medikation vereinbart. Liegt ein akuter Herzinfarkt vor, wird sofort das Herzkatheterlabor verständigt, die Aufnahme des Patienten organisiert, sowie der Eingriff vorbereitet. Die Übergabe des Patienten durch das Notarztteam erfolgt direkt im Herzkatheterlabor, damit der Eingriff schnellstmöglich durchgeführt werden kann.

Durch die Optimierung des Vorgehens wurde die „Contact to balloon time (CBT)“, also die Zeit vom Erstkontakt des Arztes bis zur Wiederöffnung des Gefäßes, auf unter 90 Minuten reduziert. Ebenso wurde die „Door to balloon time (DBT)“ minimiert. Dies bedeutet, dass der Zeitraum vom Eintreffen des Patienten im Krankenhaus bis zur Wiedereröffnung des Gefäßes nicht länger als 60 Minuten dauert.

Mithilfe dieser Optimierungen wurden die Chancen auf die Erhaltung des Herzmuskels und somit die Lebensfähigkeit des Patienten wesentlich verbessert.





NEUER MEDIZINISCHER NOTRUF



444 – DER NEUE HERZALARM IM KLINIKUM WELS-GRIESKIRCHEN.

Um das Auslösen eines medizinischen Notrufs zu erleichtern wurde 2018 eine neue Notrufnummer an beiden Standorten des Klinikums eingeführt.

VERBESSERUNGSFUNKTION

Mit dieser Erneuerung wurde die alte, komplizierte Vorgehensweise wesentlich verbessert. Aufgrund einiger CIRS Meldungen der Mitarbeiter, in welchen vor allem die Kompliziertheit des früheren Notrufsystems bemängelt wurde, wurde die neue Herzalarmnummer eingeführt. Die Effizienz des gesamten Systems wurde verbessert, da man sich in Stressbeziehungswise Ausnahmesituationen leicht an die 444 erinnert. Dadurch läuft der gesamte Vorgang schneller und effektiver ab.

NEUER ABLAUF

Wird nun eine regungslose Person aufgefunden werden zuerst die Sicherheit und das Bewusstsein der Person kontrolliert. Danach wird der medizinische Notruf 444 abgesetzt. Der Anrufer wird dadurch direkt an den Empfang, welcher rund um die Uhr besetzt ist, weitergeleitet und eine sofortige Informationsweitergabe erfolgt. Somit weiß der diensthabende Mitarbeiter am Empfang unverzüglich wer anruft, was passiert ist und wo sich die regungslose Person befindet. Daraufhin wird das zuständige Notfallteam vom Empfangsmitarbeiter informiert und begibt sich sofort auf den Weg. Je nachdem in welchem Teil des Klinikums der Vorfall stattfindet, ist ein anderes Reanimationsteam zuständig. Insgesamt sind vier unterschiedliche Notfallteams am Standort Wels vorhanden.

VORBEREITUNG

Damit ein reibungsloser Wechsel der Telefonnummern stattfand, wurden im Vorhinein verschiedene Informationskampagnen gestartet. Unter anderem wurden Aufkleber bestellt, mit denen die Telefone der Mitarbeiter beklebt wurden. Es wurde auch eine Informationsanzeige im Intranet, genauer gesagt im „Was ist los“, geschaltet, eine Informationsmail an alle Mitarbeiter verschickt, sowie Plakate an den hochfrequentierten Orten aufgehängt.

Durch die Einführung der neuen Notrufnummer wurde der Prozess nachhaltig optimiert. Das Eintreffen des Reanimationsteams erfolgt schneller und dadurch ist der Patient früher versorgt. So wurden bereits innerhalb der ersten Testphase 64 Herzalarme mithilfe der neuen Nummer durchgeführt.





NEUREGELUNG AMBULANTE ABRECHNUNG



Bisher wurden Patienten die das Krankenhaus am selben Tag wieder verlassen, jedoch während des Aufenthaltes einen größeren Betreuungsaufwand oder ein Bett benötigten, als stationäre Patienten geführt. Im Klinikum Wels-Grieskirchen betraf dies jedes Jahr etwa ein Drittel der insgesamt 90.000 stationären Aufnahmen.

Seit 01.01.2019 ist eine neue Vorgabe des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz gültig. Diese bundesweite Neuregelung bestimmt, dass rund 20.000 dieser ehemaligen stationären Tagesaufnahmen (Aufnahme und Entlassung am selben Tag) im Klinikum Wels-Grieskirchen nun ambulant administriert werden müssen.

Diese kleine Änderung in der Abrechnung führte zu einem großen Organisationsprojekt. Die Projektleitung wurde von der Abteilung Controlling übernommen, welche dabei von Seiten des Administrativen Patientenmanagements und dem Qualitäts-

Risikomanagement und Organisationsentwicklung unterstützt wurde. Besonderer Fokus lag auf neu ambulant abzurechnende Patienten, die aber dennoch einen Betreuungsbedarf auf der Station haben (z.B. aufgrund der gesundheitlichen Verfassung, Chemotherapie, Multimorbidität, oä.). Auf Institutsebene war die Radiologie hauptbetroffen, da radiologische Leistungen wie CT und MRT nun ebenfalls ambulant abgerechnet werden. Hier führte die Änderung in der Abrechnung zu einer Teilüberarbeitung des Terminmanagements.

Um alle Mitarbeiter angemessen auf die Änderungen vorzubereiten und einen reibungslosen Ablauf ab dem 01. Jänner 2019 sicherzustellen, wurden insgesamt sechs Schulungen, sowohl in Grieskirchen als auch in Wels, angeboten. Diese konnten von Ärzten, Pflegepersonal, Sekretärinnen und Stationsassistentinnen besucht werden.

DEESKALATIONSMANAGEMENT



Ein Krankenhausaufenthalt ist für die meisten Menschen eine Ausnahmesituation. Angst und auch Schmerzen können zu einer Erhöhung des persönlichen Gewaltpotenzials führen. Mancher kommt mit der fremden Umgebung, dem Verlust an Privat- und Intimsphäre nicht zurecht und reagiert verärgert. Da die Bevölkerung immer älter wird, nimmt auch die Zahl der Patienten mit Delir und Demenz zu. Wieder andere fühlen sich nicht gut, nicht kompetent und nicht freundlich behandelt und versorgt. Volle Ambulanzen, lange Wartezeiten, gesteigertes Anspruchsdenken und kulturell bedingte Konflikte führen zu verbalen und körperlichen Übergriffen denen Beschäftigte im Gesundheitswesen zunehmend ausgesetzt sind.

Aus diesen Gründen und da der Arbeitgeber verpflichtet ist, für die Sicherheit und Gesundheit seiner Beschäftigten zu sorgen, wurde im Klinikum Wels-Grieskirchen eine interdisziplinäre und berufsgruppen übergreifende Projektgruppe beauftragt, sich mit dem Thema auseinander zu setzen.

In mehreren Projektsitzungen wurden bauliche, organisatorische, sicherheitstechnische und verhaltensbedingte Maßnahmen erarbeitet, ein Handlungsleitfaden erstellt sowie eine Überarbeitung des derzeitigen Aggressions-Erfassungsblatts durchgeführt.





SANITÄRE AUFSICHT



WENN DIE BEHÖRDE ZUR PRÜFUNG KOMMT ...

Die Sanitäre Aufsicht ist ein wichtiger Grundpfeiler des Krankenanstaltengesetzes und dient als Qualitätskontrolle der Behandlung von Patientinnen und Patienten in den OÖ Kur- und Krankenanstalten.

Die Begutachtung der Prozesse, der strukturellen Regelwerke und der medizinischen Dokumentation, als auch die Vor-Ort-Begehung der Abteilungen, wird von Inspektorinnen und Inspektoren des Landes OÖ oder AmtsärztInnen durchgeführt. Jedes Jahr wird ein neuer Schwerpunkt - ein neuer Fachbereich zur Aufsicht eingeladen (Säule 2). Im Jahr 2018 waren dies die Endoskopien (Standort Grieskirchen & Wels), die Unfallchirurgie (Standort Grieskirchen) und die Orthopädie (Standort Wels).

Als Abteilung für Qualitäts-, Risikomanagement & Organisationsentwicklung unterstützen wir bei der Organisation des Termins und informieren alle Teilnehmer aus den medizinischen Bereichen, der Krankenhaushygiene, dem technischen Umfeld und dem Management über die anstehende Prüfung. Die Einladung aller benötigten Bereiche und Koordinierung des Auditablaufes wird anschließend gemeinsam mit den Direktionen abgestimmt.

Im Vorfeld kommt es auch zur Verteilung von Aufgabenpaketen und Vorprüfung von Standarddokumenten, die regelmäßig von der Behörde am Tag des Audits geprüft und eingesehen werden.

Zusätzlich wurde im Jahr 2018 die Einhaltung der Bestimmungen des Oö. Krankenanstaltengesetzes (Säule 1) auf beiden Standorten geprüft. Hier wurden alle Vertreter der Verwaltungsebene und unterstützenden Bereiche zur Umsetzungsweise der gesetzlichen Anforderungen befragt.

INTERNE AUDITS - WIE BEREITEN WIR UNS VOR?

In den letzten Jahren hat es sich bei allen Teilnehmern etabliert, gemeinsam mit den Bereichsverantwortlichen aus Medizin, Pflege und Hygiene, einen Vorbegehungstermin der zugehörigen Ambulanzen und Stationen zu veranlassen. Hier wird Augenmerk auf den Weg des Patienten von der Aufnahme, über die Behandlung bis zur Entlassung gelegt. In hygienischen Belangen werden die Hygienepläne, die Hygienestandards und auch, so gefordert, spezielle Belange wie Antibiotikastrategie, Datenschutz, Gesprächsqualität oder Seuchenschutz miteinander begutachtet.

Die ordentliche Vorbereitung auf den behördlichen Prüftermin wird von allen als sehr wertvoll erachtet, gerade deswegen weil es Sicherheit gibt und die Fragestellungen geübt werden können.

NACH DER AUFSICHT IST VOR DER AUFSICHT - WAS PASSIERT DANACH?

Nach erfolgter Prüfung wird ein Bericht seitens der Behörde erstellt, welcher alle gestellten Fragen und gegebenen Antworten am Audittag enthält. Zusammengefasst werden auf der letzten Seite alle Maßnahmen angeführt, die es in den nächsten 3 Monaten nachweislich zu beheben gilt.

Auch hier unterstützt das QRM, OE bei der Erstellung des Wortlautes und der Dokumente, die an die Behörde herangetragen werden. Innerhalb von 6 Jahren kommt es erneut zu einer Maßnahmenprüfung, bei welcher die Behörde die Umsetzung der Maßnahmen prüft.





MEDIZINISCHE LEISTUNGSDATEN

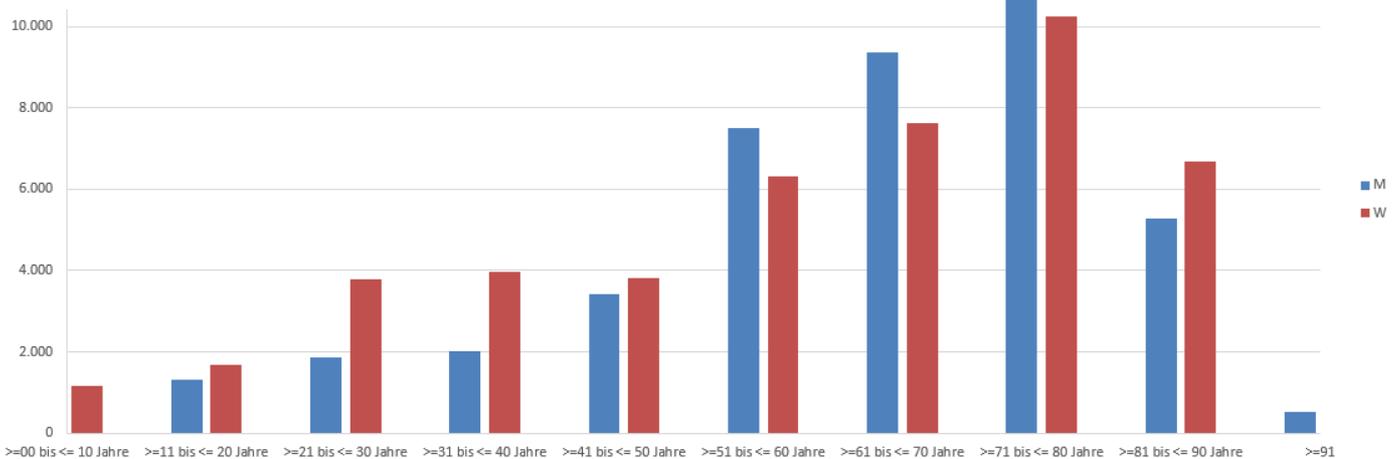


ZAHLEN & DATEN 2018

| | |
|--------------------------------|-------------|
| Stationäre Aufnahmen | ca. 90.000 |
| Bettenzahl | 1.227 |
| Durchschnittliche Verweildauer | 3,7 Tage |
| Ambulante PatientInnen | ca. 250.000 |
| Operationen | ca. 30.000 |
| Geburten | ca. 2.500 |
| MitarbeiterInnen gesamt | ca. 3.800 |
| ÄrztInnen | ca. 540 |
| Pflegepersonal | ca. 1.300 |
| Abteilungen & Institute | 25 |
| Departments | 3 |
| Fachschwerpunkt | 1 |



ALTERS - & GESCHLECHTSVERTEILUNG DER PATIENTINNEN UND PATIENTEN 2018



TOP 10 EINZELLEISTUNGEN - BASIS LKF (MEL)

- Katarakt-Operationen
- Begleitende onkologische Therapie - Monoklonale Antikörper
- Entbindung
- Interventionelle Kardiologie
- Spezifische Tumortherapie
- Eingriffe an Bindegewebe und Weichteilen
- Chemotherapie bei malignen Erkrankungen der Leistungsgruppe C
- Eingriffe am Uterus
- Eingriffe an den peripheren Gefäßen
- Arthroskopische Eingriffe

TOP 10 HAUPTDIAGNOSEN - BASIS LKF (HDG)

- Augen-Diagnosen II
- Lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule
- Sonstige Erkrankungen—Nervensystem
- Pneumonie und Bronchiolitis
- Affektionen der ableitenden Harnwege
- Einfache Affektionen Ösophagus, Magen, Duodenum
- Chronische Herzerkrankungen
- Herzrhythmusstörungen
- Maligne Neoplasien der Haut
- Andere Faktoren zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens