



# Qualitätsbericht 2020

Qualitätsmanagement in  
Unfallkrankenhäusern und Rehabilitationszentren

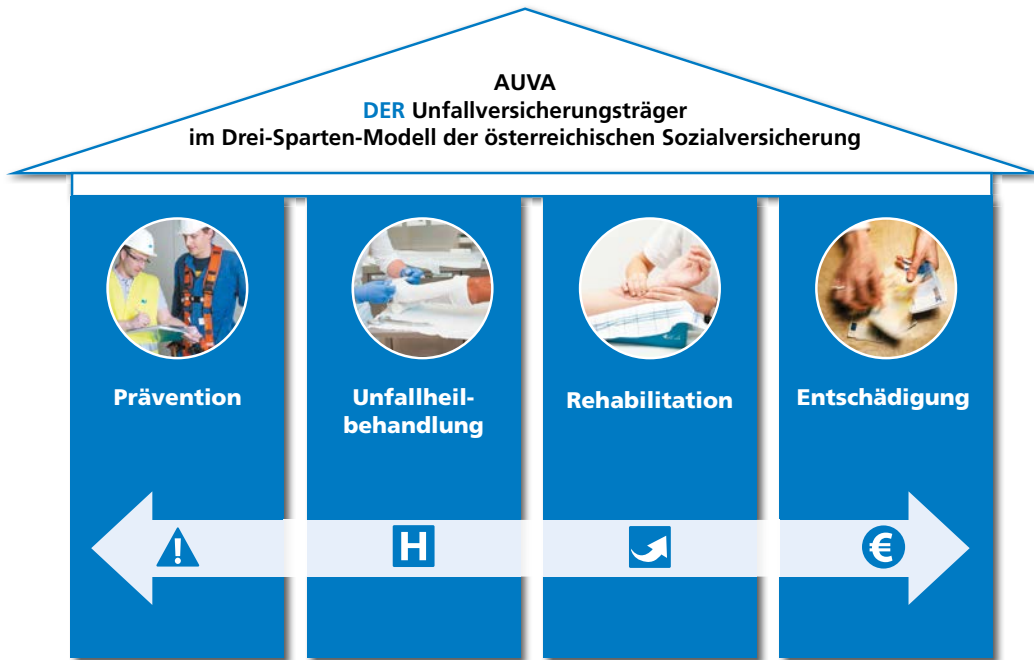
Ausgabe Juni 2021



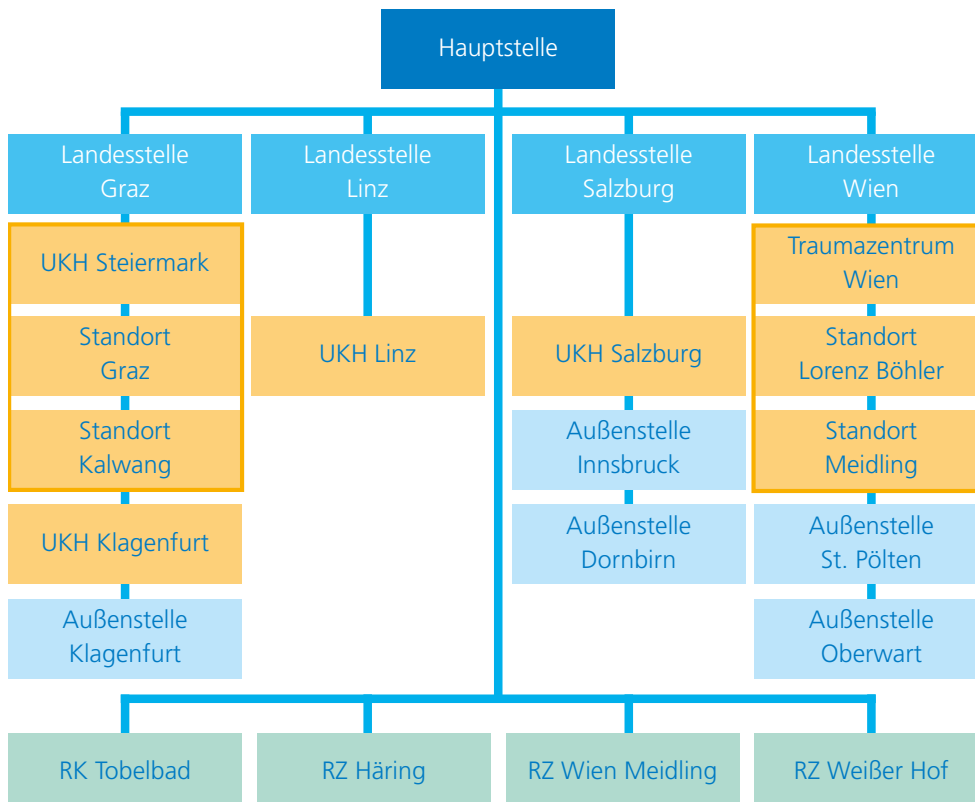
## Inhalt

Vorwort: Mit Kompetenz und Flexibilität gegen das Virus .....	5
Vorwort: Mit Professionalität gemeinsam durch die Pandemie .....	6
Aufgaben und Leistungen der AUVA .....	7
Das AUVA-Qualitätsmanagement-System im Überblick .....	16
AUVA-QM-System: Struktur und Aktivitäten 2020 .....	21
AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark   Graz .....	45
AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark   Kalwang .....	59
AUVA-Unfallkrankenhaus Klagenfurt am Wörthersee .....	69
AUVA-Unfallkrankenhaus Linz .....	79
AUVA-Unfallkrankenhaus Salzburg .....	87
AUVA-Traumazentrum Wien   Lorenz Böhler .....	101
AUVA-Traumazentrum Wien   Meidling .....	115
AUVA-Rehabilitationszentrum Häring .....	127
AUVA-Rehabilitationszentrum Wien Meidling .....	139
AUVA-Rehabilitationsklinik Tobelbad .....	147
AUVA-Rehabilitationszentrum Weißer Hof .....	157
Glossar und Links: Begriffe aus der Qualitätswelt .....	168
Abkürzungsverzeichnis .....	175

## Vier Säulen der Unfallversicherung



## Die Organisationsstruktur der Gesundheitseinrichtungen



## Mit Kompetenz und Flexibilität gegen das Virus

Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) ist Partner der österreichischen Unternehmen und steht für eine gesunde Arbeitswelt, um die Versicherten vor menschlichem Leid und Unternehmen vor wirtschaftlichen Risiken zu schützen. Mit dem seit 1887 bewährten und laufend weiterentwickelten umfassenden Vier-Säulen-Prinzip – Prävention, Unfallheilbehandlung, Rehabilitation und Rentenleistung – bietet die AUVA alle notwendigen Leistungen aus einer Hand.

Der vorliegende Qualitätsbericht informiert Sie mit konkreten Zahlen und gibt mit praktischen Beispielen einen Überblick über die Leistungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den elf Standorten für Unfallheilbehandlung und Rehabilitation.

Während der COVID-19-Pandemie bestätigt der größte österreichische Unfallversicherungsträger für 4,5 Millionen Arbeiter, Angestellte und in Ausbildung befindliche Personen seine wichtige Rolle im österreichischen Sozialversicherungssystem: Seit 2020 leistet die AUVA durch rasche Präventionsmaßnahmen einen wichtigen Beitrag zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie. So zeigen etwa die im Unternehmen entwickelten allgegenwärtigen Informations-Plakate zu Verhaltensmaßnahmen allen Arbeitnehmerinnen, Arbeitnehmern und allen in Österreich befindlichen Personen in leicht verständlicher Form, wie man sich vor Ansteckung schützen kann.

Schon vor der Pandemie hat sich die AUVA rasch an Veränderungen in der Arbeitswelt und neue Entwicklungen der Behandlung im Bereich der Unfallchirurgie und der Rehabilitation angepasst. Diese Fähigkeit, gemeinsam mit moderner Organisation, ausgewiesener Strukturqualität, patientenorientierten Prozessen und den Kompetenzen unseres Fachpersonals, erweist sich auch bei der Bewältigung der Pandemie als vorteilhaft.

Das AUVA-QM-System erwartet von seinen Gesundheitseinrichtungen, strukturiert konkrete Ziele zu formulieren und diese auf ihre Erreichung und Wirkung zu prüfen. Dazu ist es notwendig, Strukturen und Prozesse laufend an geänderte Rahmenbedingungen anzupassen. Dieses Know-How zur Adaptierung von Strukturen und Prozessen an neue Herausforderungen ist in fordernden Zeiten wie jene während einer Pandemie essentiell und ein großer Vorteil für die AUVA-Gesundheitseinrichtungen.

Die AUVA hat mit dem unermüdlichen Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der täglichen Arbeit mit den Patientinnen und Patienten bewiesen, dass sie auch besondere Krisensituationen wie eine Pandemie bestmöglich bewältigen kann.



*DI Mario Watz, Obmann*



*Mag. Alexander Bernart,  
Generaldirektor*

**Wir bedanken uns bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihre Leistungen,  
ihr Engagement und Ihre Flexibilität in diesen außergewöhnlichen Zeiten!**

## Mit Professionalität gemeinsam durch die Pandemie

Das Jahr 2020 wird uns allen noch lange als das Jahr der „COVID-19-Pandemie“ in Erinnerung bleiben. Unsere 3.700 bestens ausgebildeten und motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden vor bis dahin unbekannte Herausforderungen gestellt: Begann das Jahr noch mit vagen Nachrichten von einer neuen Krankheit in einem weit entfernten Land, so war im März 2020 die COVID-19-Pandemie auch mitten in Europa Realität. Plötzlich waren täglich in Gebrauch befindliche notwendige medizinische Güter wie Handschuhe und Desinfektionsmittel nicht mehr im ausreichenden Ausmaß verfügbar. Durch vorrausschauende und flexible Organisation sowie spezielle Hygienekonzepte konnten wir den Betrieb in unseren Unfallkrankenhäusern für Notfallpatientinnen und -patienten aber jederzeit aufrechterhalten und sehr rasch wieder den Normalbetrieb aufnehmen.

Auch in Zeiten einer Pandemie haben die AUVA-Gesundheitseinrichtungen für Unfallheilbehandlung das Ziel, alle Verletzten gesund in die Erwerbstätigkeit und somit in ihr eigenes, selbstbestimmtes Leben zurückzuführen. Bei Bedarf werden diese Menschen mittels zeitnah einsetzender medizinischer, sozialer und beruflicher Rehabilitation in den AUVA-Rehabilitationseinrichtungen unterstützt. Die Prävention von Infektionen erhält in diesen Zeiten besondere Aufmerksamkeit. Es zeigte sich, dass jahrzehntelang wiederholt durchgeführte Hygieneschulungen und daraus resultierende Verhaltensänderungen essentiell zur Eindämmung von SARS-CoV-2 beigetragen haben.

Auch in der Pandemie kann man sich auf die Expertise der Qualitätsmanagerinnen und -manager verlassen. Ihre Erfahrung, strukturiert neue Prozesse zu etablieren und konkrete Verbesserungen zum realen Nutzen für Patientinnen und Patienten auf Basis des Wissens von Expertinnen und Experten zu bewirken, ist unverzichtbar. Eindeutige Zielformulierungen, konkrete Maßnahmenumsetzung, Evaluierung der Wirkung sowie die anschließende kritische Reflexion sind im AUVA-QM-System selbstverständlich und zugleich notwendige Elemente zur nachhaltigen Überwindung einer Pandemie.

Die Entwicklung der AUVA und ihrer Gesundheitseinrichtungen ging 2020 weiter. Das Ziel, die Versorgung der Patientinnen und Patienten nach Arbeitsunfällen auf dem heutigen hohen Niveau zu halten und kontinuierlich zu verbessern, wird weiter aktiv verfolgt. Um die Qualität auf diesem Niveau zu gewährleisten, benötigt es Expertise, Transparenz und entsprechende finanzielle sowie menschliche Ressourcen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter leisten mit ihrem Fachwissen, ihren Ideen, ihren Innovationen, ihrer Flexibilität, ihrer Ausdauer und ihrem Engagement einen konstruktiven und bedeutenden Beitrag zur Bewältigung dieser Pandemie-Situation und zur Weiterentwicklung des AUVA-QM-Systems. Dieser Qualitätsbericht gewährt offen und transparent mit anschaulichen Beispielen und den dazugehörigen aktuellen Zahlen, Daten und Fakten Einblicke in die QM-Arbeit der AUVA-Gesundheitseinrichtungen und in den Umgang mit der Pandemie.

**Große Wertschätzung und unser Dank gelten jeder Mitarbeiterin und jedem Mitarbeiter für ihren besonderen Einsatz in der Pandemie.**



*Dr. Roland Frank,  
Ärztlicher Direktor*



*Dr. Wolfgang Schaden,  
Stv. Ärztlicher Direktor*

# Aufgaben und Leistungen der AUVA

## Zahlen, Daten, Fakten

Bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) waren 2020 rund 4,5 Mio. Personen gesetzlich gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten versichert: 3,1 Mio. unselbstständig Erwerbstätige, 1,4 Mio. in Ausbildung Stehende, vom Kindergarten bis zum Studienabschluss, sowie zahlreiche Angehörige freiwilliger Hilfsorganisationen und Lebensretter. Mit Beginn 2020 wurde die Unfallversicherung der selbstständig Erwerbstätigen in die SVS (Sozialversicherung der Selbstständigen) eingegliedert (rund 0,6 Mio. selbstständig Erwerbstätige).

Die Zahl der bei der AUVA Versicherten stieg bis 2019 kontinuierlich: 1980 waren es 3.920.900 Personen, davon rund 2,6 Mio. Erwerbstätige und 1,3 Mio. in Ausbildung Stehende. 2020 zählte man mit 4.501.470 versicherten Personen (siehe Tabelle 1) aufgrund dieser Übertragung der rund 0,6 Mio. Selbstständigen erstmals weniger Versicherte als im Jahr zuvor.

Tabelle 1: Bei der AUVA unfallversicherte Personen in Tsd. (gerundet)

	1980	1990	2000	2010	2019	2020
unselbstständig Erwerbstätige	2.383	2.490	2.679	2.784	3.170	3.079
selbstständig Erwerbstätige (bis 2019)	200	204	272	436	561	–
in Ausbildung befindliche Personen	1.338	1.162	1.297	1.410	1.423	1.423
<b>versicherte Personen gesamt</b>	<b>3.921</b>	<b>3.856</b>	<b>4.248</b>	<b>4.630</b>	<b>5.154</b>	<b>4.502</b>

Quelle: vorläufige Zahlen Jahresbericht AUVA 2020

Die Aufgaben der AUVA stützen sich auf die vier Säulen der Unfallversicherung:

■ Prävention	■ Rehabilitation
■ Unfallheilbehandlung	■ Entschädigung

## Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) erbringt ihre Leistungen aus EINER Hand

Die gesetzlich definierten Aufgaben der AUVA sind (vgl. §174 ASVG): Verhütung von Arbeitsunfällen und

Berufskrankheiten, Erste-Hilfe-Leistung bei Arbeitsunfällen, Unfallheilbehandlung, Rehabilitation von Arbeitsversehrten, Entschädigung nach Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, Forschung nach den wirksamsten Methoden und Mitteln zur Erfüllung dieser Aufgaben, gesetzliche Aufgaben der arbeitsmedizinischen Betreuung und Zuschuss zur Entgeltfortzahlung für Betriebe. Diesen Aufgaben kommt die AUVA durch Sach- und Geldleistungen nach.



Defibrillator-Schulung

Tabelle 2: Sach- und Geldleistungen in Millionen Euro, AUVA 2020

Sachleistungen in der Unfallversicherung, z. B.		~ Mio. €
■ Prävention von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten inkl. Erste-Hilfe-Leistungen		66,3
■ Unfallheilbehandlung		482,9
■ Rehabilitation		95,8
Geldleistungen in der Unfallversicherung, z. B.		~ Mio. €
■ Rentenzahlungen		492,1
◆ Versehrtenrenten		392,8
◆ Witwen- und Witwerrenten		89,9
◆ Waisenrenten		9,5
■ Zuschüsse für Entgeltfortzahlung		102,9

Quelle: vorläufige Zahlen Jahresbericht AUVA 2020

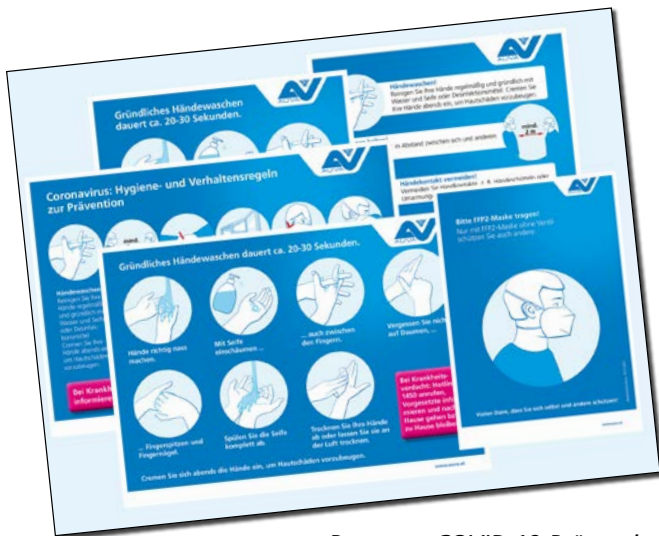
## Prävention

Im Gesamtkonzept der AUVA steht die Bewahrung der 4,5 Mio. versicherten Personen vor Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten an erster Stelle. Um

Schadensfällen vorzubeugen, sorgt die AUVA für umfassende Prävention: durch Unfallverhütung und Prävention vor Berufskrankheiten, Arbeitsmedizin und Vorsorge für Erste Hilfe. Unfallereignisse werden durch die verpflichtenden Meldungen erfasst und analysiert, um entsprechende Präventionsmaßnahmen ableiten zu können.

Im Jahr der COVID-19-Pandemie 2020 lag der Fokus neben der üblichen umfassenden Präventionsarbeit vor allem auch auf der Information zur Infektionsprävention im Arbeitnehmerschutz und der Bevölkerung. Sehr rasch wurden Publikationen, wie Plakate und Informationen (siehe online: Coronavirus – COVID-19) zum Thema entworfen und zur Verfügung gestellt.

Da in der Krise von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern vermehrt von daheim im Homeoffice zu arbeiten war, wurden auch dazu wichtige Tipps veröffentlicht.



Poster zu COVID-19-Prävention

### Die Vorbeugung von arbeitsbedingten Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) und die Reduktion des Arbeitsunfallrisikos durch körperliche Fehlbelastungen stehen im Fokus der AUVA-Prävention 2021–2022.

Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) sind Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates, die beispielsweise die Wirbelsäule, Gelenke, die Muskulatur, Sehnen, Bänder, etc. betreffen. Das Risiko für MSE besteht in jeder Berufsgruppe und in jeder Branche.



Präventionsball

Die AUVA richtet sich mit dem Schwerpunkt insbesondere an Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, Präventivfachkräfte und weitere Funktionsträgerinnen und Funktionsträger im Bereich von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz. Dabei werden folgende Zielsetzungen verfolgt:

- Aufmerksamkeit schaffen für die Wichtigkeit der Prävention von arbeitsbedingten MSE im Sinne einer gesunden und produktiven Belegschaft
- Betriebe unterstützen bei der Verhältnis- und Verhaltensprävention zur Risikominimierung von MSE (z. B. durch Arbeitsgestaltungsmaßnahmen und körpergerechtes Arbeiten)
- Bewusstsein erzeugen für die Bedeutung körperlicher Belastungen als Risikofaktor für Arbeitsunfälle und Minimierung der diesbezüglichen Risiken

### Informationen, Angebote und Unterstützungsleistungen der AUVA

Der AUVA-Präventionsschwerpunkt wendet sich an Betriebe aller Größen und Branchen. Die Umsetzung erfolgt mit Veranstaltungs- und Schulungsangeboten, Fachberatungen, Informationsmaterialien, Fachartikeln und mit unterstützenden Tools. Auch eigene AUVA-Programme bieten Betrieben eine fachgerechte Unterstützung. Beispielsweise zielt das Programm AUVAFit als kostenloses Angebot darauf ab, Betriebe bei der Prävention von Fehlbeanspruchungen durch arbeitsbedingte psychische und körperliche Belastungen zu unterstützen und das Risiko von MSE zu reduzieren. Österreichs Kleinbetriebe werden mit einem Beratungsschwerpunkt der AUVAsicher-Arbeitsmedizin gezielt mit dem Thema der MSE-Prävention adressiert.



**Alle Informationen zum AUVA-Präventions-schwerpunkt „Packen wir’s an!“ finden Sie online unter [www.auva.at/mse](http://www.auva.at/mse)**

Prävention spart nicht nur Kosten für Heilbehandlungen, Rehabilitation und mögliche Rentenleistungen der Unfallversicherung, sie verhindert vor allem in hohem Maß persönliches Leid der Versicherten und ihrer Angehörigen.

## Arbeitsunfälle (AU) – Berufskrankheiten (BK)

Als größter österreichischer sozialer Unfallversicherungsträger ist die AUVA gesetzlich mit der Unfallheilbehandlung und Rehabilitation im Rahmen der beiden Leistungsfälle der Unfallversicherung, Arbeitsunfälle (AU) und Berufskrankheiten (BK), beauftragt.

Die Gesamtzahl der Arbeitsunfälle konnte seit 1980 von 239.608 um rund 59 Prozent auf 99.433 im Jahr 2020 gesenkt werden. Bei der Gesamtzahl der Arbeitsunfälle ist zu beachten, dass sich die absolute Zahl der Versicherten 2020 durch den Wegfall der Selbstständigen und die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie deutlich reduziert hat. Der Anteil der Arbeitsunfälle pro 1.000 versicherte Personen verringerte sich um rund 60 Prozent. Bei den erwerbstätigen Personen hat sich seit 1980 der Anteil von 73,3 auf 24,7 (2020) nahezu gedrittelt; bei Personen in Ausbildung zeigt sich 2020 bedingt durch COVID-19 eine Halbierung. Die Gesamtzahl der tödlichen Arbeitsunfälle hat sich von 453 (1980) um 80 Prozent auf 83 (2020) reduziert, pro 100.000



*Kurz vor einem Arbeitsunfall*

Versicherte sank der Anteil von 11,6 auf 1,8 Personen bzw. um rund 80 Prozent.

In den AUVA-Gesundheitseinrichtungen für Unfallheilbehandlung wurden 2020 3.364 Patientinnen und Patienten aufgrund von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten stationär versorgt. Dies stellt einen Anteil von 5,8 bis 14,1 Prozent der stationär versorgten Personen dar (10,6 Prozent in allen UKH).

Im ambulanten Bereich wurden 40.977 Personen mit Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten betreut, der Anteil lag bei 10,1 bis 18,5 (15,9 Prozent in allen UKH).

Tabelle 3: Arbeitsunfälle von bei der AUVA versicherten Personen

	1980	1990	2000	2010	2019	2020
Erwerbstätige	189.243	176.971	126.468	110.944	105.449	76.082
Anteil pro 1.000 Versicherte	73,3	65,7	42,9	34,5	28,3	24,7
in Ausbildung befindliche Personen	50.365	56.468	54.462	56.068	54.589	23.351
Anteil pro 1.000 Versicherte	37,6	48,6	42,0	39,8	38,4	16,4
<b>gesamt</b>	<b>239.608</b>	<b>233.439</b>	<b>180.930</b>	<b>167.012</b>	<b>160.038</b>	<b>99.433</b>
<b>Anteil pro 1.000 Versicherte</b>	<b>61,1</b>	<b>60,5</b>	<b>42,6</b>	<b>36,1</b>	<b>31,1</b>	<b>22,1</b>
tödliche AU	453	326	227	154	117	83
Anteil pro 100.000 Versicherte	11,6	8,5	5,3	3,3	2,3	1,8

Quelle: vorläufige Zahlen Jahresbericht AUVA 2020

In den Rehabilitationseinrichtungen wurden 2.071 bei der AUVA versicherte Fälle und zusätzlich 245 Fälle anderer Unfallversicherungsträger mit Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten rehabilitiert. Der Anteil lag zwischen 48 und 79 Prozent (67,9 Prozent in allen RZ/RK).

Tabelle 4: Anteil der AU- und BK-Fälle bei stationärer oder ambulanter Heilbehandlung

AU, BK 2020 in	stationär	ambulant
UKH Steiermark/Graz	9,4	15,5
UKH Steiermark/Kalwang	5,8	10,1
UKH Klagenfurt	9,0	14,1
UKH Linz	9,4	16,1
UKH Salzburg	10,4	13,6
TZW/Meidling	13,1	18,5
TZW/Lorenz Böhler	14,1	17,1
<b>Unfallheilbehandlung</b>	<b>10,6</b>	<b>15,9</b>
RZ Häring	48,1	–
RZ Wien Meidling	79,2	–
RK Tobelbad	79,2	99,5
RZ Weißer Hof	65,1	–
<b>Rehabilitation</b>	<b>67,9</b>	–

Quellen: KIS-ASTRA, HCG 2020 (UKH) und Jahresbericht AUVA 2020 (Rehabilitation)

## Sieben Gesundheitseinrichtungen für Unfallheilbehandlung und vier Rehabilitationseinrichtungen

Eine Aufgabe der AUVA besteht darin, für die Unfallheilbehandlung und Rehabilitation nach Arbeitsunfällen der 4,5 Mio. versicherten Personen zu sorgen. Unfallheilbehandlung und Rehabilitation erfolgen laut § 189 ASVG **mit allen geeigneten Mitteln**. Das unterstützt das Ziel der schnellen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess und stärkt damit den Arbeitsmarkt sowie den Wirtschaftsstandort Österreich. Um diesen Aufgaben nachzukommen, betreibt die AUVA sieben Gesundheitseinrichtungen für Unfallheilbehandlung und vier Rehabilitationseinrichtungen.

Durch die Schwerpunktsetzung in speziellen Traumazentren, wie dem Traumazentrum Wien und dem UKH Steiermark, erhöhen sich die Fallzahlen und Expertenwissen wird gebündelt und gestärkt. Kooperationen mit anderen Krankenhäusern und Gesundheitsträgern fördern die effiziente und effektive Versorgung der Verletzten. Initiativen für und Beteiligungen an Traumanetzwerken, wie vom UKH Salzburg und UKH Klagenfurt bewirkten eine verbesserte und koordinierte Behandlung von Schwerverletzten.

Tabelle 5: Übersicht über die Leistungen der AUVA-Gesundheitseinrichtungen zur Unfallheilbehandlung und Rehabilitation 2020

	Belegbare Betten <sup>1</sup>	MA	Stationäre Fälle	Pflegedage	Verweildauer in Tagen	Stationäre Auslastung in Prozent <sup>2</sup>	Operationen	Ambulante Fälle
UKH Steiermark/Graz	113	472	5.214	36.589	7,0	88,7	4.084	40.595
UKH Steiermark/Kalwang	60	207	2.370	14.520	6,1	66,2	1.734	8.950
UKH Klagenfurt	88	335	3.753	21.602	5,8	67,3	3.491	37.953
UKH Linz	132	436	5.032	34.048	6,8	70,4	3.466	41.070
UKH Salzburg	129	394	5.065	34.292	6,8	72,4	4.283	31.655
TZW/Meidling	133	540	6.231	42.472	6,8	87,3	3.535	51.675
TZW/Lorenz Böhler	102	434	4.349	26.202	6,0	70,4	3.413	47.003
<b>Unfallheilbehandlung</b>	<b>756</b>	<b>2.818</b>	<b>32.014</b>	<b>209.725</b>	<b>6,6</b>	–	<b>24.006</b>	<b>258.901</b>
RZ Häring	128	197	804	29.968	37,3	63,9	–	–
RZ Meidling	42	110	259	10.570	40,8	69,7	–	–
RK Tobelbad	170	322	1.394	42.709	30,6	68,5	–	213
RZ Weißer Hof	139	263	952	35.057	36,8	69,0	–	–
<b>Rehabilitation</b>	<b>479</b>	<b>892</b>	<b>3.409</b>	<b>118.304</b>	<b>34,7</b>	<b>67,5</b>	<b>0</b>	<b>213</b>
<b>Gesamt</b>	<b>1.235</b>	<b>3.710</b>	<b>35.423</b>	<b>328.029</b>				

<sup>1</sup> UKHITZIRZIRK: durchschnittlich belegbare Betten (= Betten abzüglich Bettensperren aller Kategorien)

<sup>2</sup> UKHITZIRZIRK: Berechnung auf Basis der belegbaren Betten

Quellen: KIS-ASTRA, HCG 2020 und vorläufige Zahlen Jahresbericht AUVA 2020

## Unfallheilbehandlung – Gesundheits-einrichtungen zur Unfallheilbehandlung (UKH)

### Stationäre Versorgung

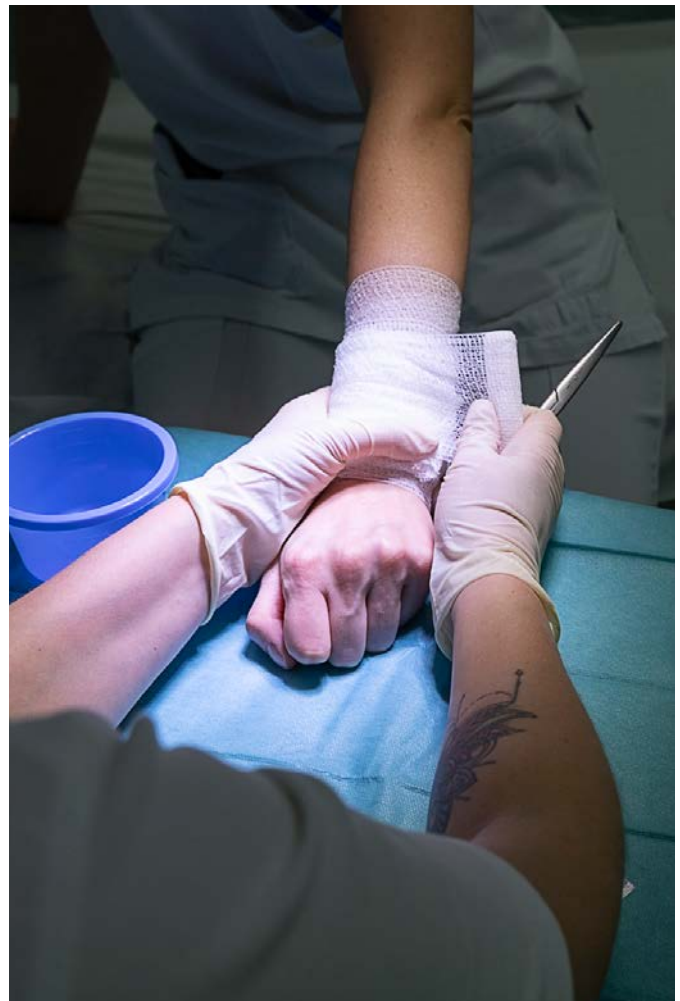
In den sieben Gesundheitseinrichtungen zur Unfallheilbehandlung versorgten im Jahr 2020 2.818 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter rund 32.000 Patientinnen und Patienten an 209.725 Pflegetagen für durchschnittlich 6,6 Tage in stationärer Behandlung. Die stationäre Auslastung lag bei 66 bis 89 Prozent.

258.901 Patientinnen und Patienten (Fälle) wurden ambulant versorgt.

### Operationen und Wundversorgungsoperationen

2020 wurden 24.006 Operationen (OP), außerdem 22.904 Wundversorgungsoperationen und 38.910 Wundversorgungsbehandlungen (z. B. Verbände, Nähte etc.) durchgeführt.

Die Darstellung der Top-Ten-OP-Leistungen im Verhältnis zu allen im Jahr 2020 erbrachten OP-Leistungen zeigt die Vielfalt der an den sieben Standorten zur Unfallheilbehandlung durchgeführten Operationen auf (Tabelle 6).



Wundversorgung

Tabelle 6: Top-Ten-OP-Leistungen aller AUVA-Gesundheitseinrichtungen für Unfallheilbehandlung im Jahr 2020

Rang	OP-Code	Code-Text	Körperregion	Anzahl absolut	Anteil in Prozent
1	NF020	Arthroskopische Operation des Kniegelenks	Kniegelenk	1.796	6,5
2	MC030	Osteosynthese am distalen Unterarm	Unterarm	1.420	5,2
3	NC040	Osteosynthese der Malleolargabel	Unterschenkel	1.033	3,8
4	NB020	Pertrochantäre/subtrochantäre Osteosynthese	Oberschenkel	932	3,4
5	NF050	Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes – arthroskopisch	Kniegelenk	749	2,7
6	MJ120	Ringbandsplattung	obere Extremität	700	2,3
7	NZ032	Resektion, Ausräumung im Bereich der Weichteilgewebe/ Knochen an der unteren Extremität	untere Extremität	604	2,2
8	NE120	Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks	Hüftgelenk	581	2,1
9	NE080	Implantation einer Teilendoprothese des Hüftgelenks	Hüftgelenk	567	2,1
10	AJ070	Dekompression des Nervus medianus - offen	Rückenmarksnerv	566	2,1
<b>Gesamt Top-Ten-OP-Leistungen AUVA-Gesundheitseinrichtungen für Unfallheilbehandlung</b>				<b>8.868</b>	<b>32,2</b>

Die Summe der OP-Leistungen entspricht nicht der Summe der Operationen, weil bei einer Operation mehrere OP-Leistungen erbracht werden können. Bei der Darstellung der Top-Ten-OP-Leistungen sind Operationen zur Materialentfernung nicht enthalten. Quelle: HCG; KIS-ASTRA, Stand: 31.01.2021

## Diagnostik-Röntgen

Zu diagnostischen Zwecken wurden 2020 in den sieben Gesundheitseinrichtungen für Unfallheilbehandlung mehr als 1,0 Mio. Röntgenuntersuchungen, rund 42.000 CT- und mehr als 16.000 MRI-Untersuchungen durchgeführt.

## Blutbank-Konserven

In den sieben Gesundheitseinrichtungen für Unfallheilbehandlung wurden im Jahr 2020 insgesamt 6.144 Blutkonserven transfundiert, davon 5.709 Erythrozytenkonzentrate, 330 Plasma- und 105 Thrombozytenkonzentrate.



Blutabnahme

Tabelle 7: Blutkonserven aller AUVA-Gesundheitseinrichtungen für Unfallheilbehandlung 2020

	UKH 1	UKH 2	UKH 3	UKH 4	UKH 5	UKH 6	UKH 7	AUVA
<b>Gesamt</b>	<b>482</b>	<b>868</b>	<b>757</b>	<b>1.481</b>	<b>1.637</b>	<b>115</b>	<b>1.286</b>	<b>6.144</b>
Erythrozyten	469	851	754	1.314	1.413	115	1.262	5.709
Plasma	12	8	0	115	201	0	6	330
Thrombozyten	1	9	3	52	23	0	18	105

Quelle: HCG; KORE 2020

## Ambulante Behandlung

258.901 Patientinnen und Patienten (Fälle) wurden 2020 ambulant versorgt. Da viele von ihnen mehrmals die Ambulanz aufsuchten, ergeben sich daraus 559.713 ambulante Behandlungstage. Dies entspricht rund 1.530 behandelten Patientinnen und Patienten pro Tag (auf 365 Tage). Spitzenreiter sind die Wiener Gesundheitseinrichtungen für Unfallheilbehandlung: Im Traumazentrum Wien wurden an beiden Standorten durchschnittlich 558 Patientinnen und Patienten pro Tag versorgt.

In den Ambulanzen der Gesundheitseinrichtungen für Unfallheilbehandlung wird eine Reihung der ambulanten Patientinnen und Patienten nach dem Schweregrad der Verletzung vorgenommen. Mit der Ersteinschätzung nach dem Manchester-Triage-System, einem System des Risikomanagements, steuert das Pflegepersonal des gehobenen Dienstes den Patientenfluss. Die Dringlichkeit



Screeningzone im UKH Linz



COVID-19-Plakat Ambulanz

Tabelle 8: Ersteinschätzung Zielzeiten erfüllt 2020

2020	Vorgabe erfüllt (Angaben in Prozent)						Zielwert erfüllt	
	UKH 2 (26.016)	UKH 3 (25.425)	UKH 4 (31.538)	UKH 5 (22.080)	UKH 6 (1.702)	UKH 7 (23.004)	Prio 5	Prio 4
Prio 5	76,01	97,62	91,43	88,24	78,26	96,49	≤ 120 min	≤ 90 min
Prio 4	77,53	98,23	95,21	96,06	96,38	98,32	≤ 30 min	≤ 10 min
Prio 3	81,68	96,67	87,67	95,93	97,09	95,54		
Prio 2	91,07	96,64	84,75	98,57	100,00	96,77		
<b>Gesamt</b>	<b>78,62</b>	<b>97,82</b>	<b>92,73</b>	<b>95,35</b>	<b>88,25</b>	<b>97,85</b>		

Quelle: HCG; KIS-ASTRA 2020

der Behandlung wird nach objektivierbaren Kriterien in fünf Behandlungsdringlichkeitsstufen zeitnah abgeklärt. Somit ist gewährleistet, dass aus der Gesamtheit der Patientinnen und Patienten jene herausgefiltert werden, die umgehender medizinischer Hilfe bedürfen. Durch die unmittelbare Abfrage kommt es zur sofortigen Einleitung von Erste-Hilfe-Maßnahmen in Form von Lagerungshilfen, Einleiten einer Kryotherapie (Kältetherapie) etc. So kann eine frühzeitige primäre Schmerzlinderung bzw. Schmerzbekämpfung erfolgen und lassen sich eventuelle Folgeschäden vermeiden. Eine ständige Kontrolle berücksichtigt Veränderungen des Zustands der Patientinnen und Patienten. Schwerverletzte werden sofort behandelt.

In jenen Ambulanzen, in denen das Triage-System implementiert ist, wurden 2020 rund 92 Prozent (2019: 87 Prozent) der Patientinnen und Patienten innerhalb dieser angestrebten Zeit versorgt. In der Prioritätsstufe 2 mit einer geplanten maximalen Wartezeit von zehn Minuten lag die Erfüllungsquote bei 90 Prozent (2019: 92 Prozent) bei 1.260 betroffenen Personen.

## Rehabilitation

In den vier Rehabilitationseinrichtungen der AUVA versorgten im Jahr 2020 892 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 3.409 Patientinnen und Patienten bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 34,7 Tagen. Hauptaufgabe ist die körperliche, soziale und berufliche Rehabilitation, somit die Wiedereingliederung von verletzten Personen in die Gesellschaft und in das Erwerbsleben. Eine bedeutende Initiative zur Eingliederung in das Erwerbsleben ist R:A:T



Patient im RZ Meidling

### R:A:T

Wie können wir Menschen nach erlittenem Unfall dabei unterstützen, nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation aber verbleibender beruflicher Problemlage bestmöglich in ihren Berufsalltag zurückzufinden? Diese Frage steht im Zentrum des neuen Rehabilitationstools der AUVA: **Rehabilitatives Arbeitsorientiertes Training (R:A:T)** verbessert gezielt die physische und psychische Belastbarkeit von Menschen, die im Erwerbsleben stehen und hilft den damit verbundenen Belastungen wieder gewachsen zu sein.

#### Die fünf Säulen des R:A:T

- Assessment, Zielerarbeitung
- Training, Arbeitssimulation
- Umgang mit Beschwerden
- Fallführung, Zumutbarkeitsbeurteilung
- Evidenzbasierung

### Indikation

Patientinnen und Patienten mit besonderer biopsychosozialer, beruflicher Problemlage nach Unfällen oder mit Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates.

**Ziel des R:A:T** ist die Verbesserung der (beruflichen) Teilhabe der Patientin bzw. des Patienten vor dem Hintergrund einer meist chronischen körperlichen Beeinträchtigung bei gleichzeitigem Vorhandensein einer speziellen beruflich/sozialen Problemlage.

### Ablauf

Vor Einschluss erfolgt ein Screening hinsichtlich Ein/Ausschlusskriterien für das R:A:T. In weiterer Folge stellt ein ausführliches Assessment hinsichtlich der körperlichen, psychischen und sozialen Ausgangssituation der Patientin bzw. des Patienten die Basis für eine individuelle, realistische Zielerarbeitung und Therapieplanung dar.

Die Zielerarbeitung umfasst persönliche und berufliche Ziele. Beim Vorliegen von Hinweisen auf ambivalentes Patientenverhalten kommen Methoden der Motivierenden Gesprächsführung zum Einsatz. Das Ausmaß der Zielerreichung wird einmal wöchentlich in einer Teambesprechung gemeinsam mit der Patientin bzw. dem Patienten überprüft.

Während des 4-wöchigen Programms erlernen die Patientinnen und Patienten den selbstbestimmten Umgang mit Beschwerden (Balneotherapie; Elektrotherapie, Stretching, PIR nach Jacobson, Tiefenentspannung, Coping Strategien, Anwendung von Wärme, Kälte, Dehnung, Entspannung). Das Erleben der Selbstwirksamkeit im Falle des Auftretens von Beschwerden trägt zur Verbesserung der Schmerzbewältigung und damit der Leistungsfähigkeit bei.

**Das Training**, das auf Basis der individuellen Ausgangssituation (aus der eingangs durchgeführten Evaluierung der funktionellen Leistungsfähigkeit = Basis-EFL) unter Berücksichtigung der arbeitsplatzspezifischen Anforderungen geplant wird, gliedert sich in:

- Grundlagenausdauertraining
- Kraftausdauertraining
- Arbeitssimulationstraining
- Stretching

Weitere Therapieinhalte:

- Entspannungsübungen
- Fachvorträge
- Psychologische Einzelbetreuung (im Bedarfsfall)

Das Programm wird durch ein neuerliches Assessment (inklusive Evaluierung der Funktionellen Leistungsfähigkeit: EFL=Zumutbarkeitsbeurteilung) abgeschlossen. Die Ergebnisse fließen in die abschließende Fallbesprechung inklusive Empfehlung von weiteren beruflichen Maßnahmen mit ein.

### Die Wirksamkeit des

**R:A:T** in Hinblick auf die berufliche Wiedereingliederung ist durch eine Fülle von wissenschaftlichen Publikationen belegt. Es besteht eine klare Dosis-Wirkungsbeziehung von R:A:T Inhalten und beruflicher Wiedereingliederung (Literatur beim Verfasser).

### Das R:A:T Team besteht aus

- Ärztinnen und Ärzten
- Physio- und Ergotherapeutinnen und -therapeuten
- Psychologinnen und Psychologen
- Sozialberaterinnen und -beratern
- Pflegefachkräften
- Sportwissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern
- Diätologinnen und Diätologen

### Alterstruktur der Patientinnen und Patienten

Im Jahr 2020 waren rund 62 Prozent der in einer Gesundheitseinrichtung für Unfallheilbehandlung der AUVA stationär behandelten Patientinnen und Patienten im erwerbsfähigem Alter (16 bis 65 Jahre). In der Rehabilitationsbehandlung war der Anteil im erwerbsfähigem Alter mit 72 Prozent noch deutlich höher (siehe Tabelle 9). Durch die hochwertige Unfallheilbehandlung und effektive Rehabilitation wurden sie zeitnah wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert. Dies dient neben der Gesundheit und dem Wohlbe-



Informations-  
folder R:A:T

finden der behandelten Personen auch dem Arbeitsmarkt und dem Wirtschaftsstandort Österreich.

Tabelle 9: Altersstruktur stationär versorgter Patientinnen und Patienten 2020 – Erwerbsalter – Anteil in Prozent

2020	0 bis 15 a	16-65a	ab 66a
<b>Unfallheilbehandlung</b>	3,4	61,7	34,9
<b>Rehabilitation</b>	0,5	87,2	12,3



Patientin mit DGKP im TZW

Tabelle 10 stellt die Unterschiede in der Altersverteilung von Frauen und Männern bei der stationären Versorgung in den AUVA-Gesundheitseinrichtungen dar. In den Gesundheitseinrichtungen für Unfallbehandlung liegt der Anteil der Männer gesamt mit 54 Prozent höher als jener der Frauen. Ab der Altersgruppe der über 60-Jährigen werden jedoch anteilmäßig mehr Frauen versorgt. In den Rehabilitationseinrichtungen liegt der Anteil der Männer in allen Altersgruppen deutlich über dem der Frauen.

Die Altersstruktur variiert zwischen den AUVA-Gesundheitseinrichtungen teilweise stark. Zum Beispiel lag der Patientenanteil der über 80-Jährigen 2020 zwischen 9,7 und 20,1 Prozent (Tabelle 11).

2020 wurden 24 Patientinnen sowie ein Patient, die älter als 100 Jahre waren, stationär versorgt. Davon benötigten acht Frauen einen operativen Eingriff.

Tabelle 10: Altersstruktur stationär versorgter Patientinnen und Patienten, nach Geschlecht 2020 – Anteil in Prozent

	bis 19a	20–39a	40–59a	60–79a	ab 80a	Gesamt
<b>Unfallheilbehandlung</b>						
männlich	66,6	71,3	60,5	44,7	29,6	53,7
weiblich	33,4	28,7	39,5	55,3	70,4	46,3
<b>Rehabilitation</b>						
männlich	81,0	81,0	78,3	83,0	76,2	80,1
weiblich	19,0	19,0	21,7	17,0	23,8	19,9

Datenquelle: KIS-ASTRA, HCG (UKH), KIS-ESRA, HCG (Rehab.)

Tabelle 11: Altersstruktur stationär versorgter Patientinnen und Patienten 2020 absolut und in Klammer Anteil in Prozent

	bis 19a	20–39a	40–59a	60–79a	ab 80a
UKH Steiermark/Graz	151 (2,9)	1.001 (19,2)	1.552 (29,8)	1.488 (28,5)	1.022 (19,6)
UKH Steiermark/Kalwang	60 (2,5)	339 (14,3)	826 (34,9)	916 (38,6)	229 ( 9,7)
UKH Klagenfurt	296 (7,9)	687 (18,3)	1.173 (31,3)	1.208 (32,2)	389 (10,4)
UKH Linz	366 (7,3)	970 (19,3)	1.373 (27,3)	1.368 (27,2)	955 (19,0)
UKH Salzburg	265 (5,2)	1.110 (21,9)	1.512 (29,9)	1.327 (26,2)	851 (16,8)
TZW Meidling	554 (8,9)	1.193 (19,1)	1.694 (27,2)	1.541 (24,7)	1.250 (20,1)
TZW Lorenz Böhler	409 (9,4)	983 (22,6)	1.483 (34,1)	996 (22,9)	478 (11,0)
<b>Unfallheilbehandlung</b>	<b>2.101 (6,6)</b>	<b>6.283 (19,6)</b>	<b>9.613 (30,0)</b>	<b>8.844 (27,6)</b>	<b>5.174 (16,2)</b>
RZ Häring	22 (2,7)	198 (24,6)	381 (47,4)	197 (24,5)	6 (0,7)
RZ Meidling	15 (5,8)	79 (30,5)	129 (49,8)	36 (13,9)	0 (0,0)
RK Tobelbad	27 (1,9)	247 (17,7)	680 (48,8)	408 (29,3)	32 (2,3)
RZ Weißer Hof	52 (5,5)	291 (30,6)	505 (21,7)	100 (21,7)	4 (0,4)
<b>RZ/RK</b>	<b>116 (3,4)</b>	<b>815 (23,9)</b>	<b>1.695 (49,7)</b>	<b>741 (21,7)</b>	<b>42 (1,2)</b>

Datenquelle: KIS-ASTRA, HCG (UKH), KIS-ESRA, HCG (Rehab.)

# Das AUVA-Qualitätsmanagement-System im Überblick

„Sobald der Geist auf ein Ziel gerichtet ist, kommt ihm vieles entgegen“ (Johann Wolfgang von Goethe, 1749-1832)

Das AUVA-Qualitätsmanagement-System (AUVA-QM-System) basiert seit 1995 einerseits auf dem Prinzip der Optimierung des Bestehenden, andererseits auf der kritischen Reflexion und der steten Weiterentwicklung. Die permanente Weiterentwicklung verlangte im Jahr 2018 nach der Konzeption einer kompakten AUVA-QM-Landkarte. 2019 wurde diese mit der Adaptierung der QM-Handbücher und 2020 mit der erstmaligen „Befüllung“ der Indikatoren mit Fakten in die Praxis übergeführt.

Diese QM-Landkarte und die dazu neu entwickelten QM-Dokumente stellen das Ziel des AUVA-QM-Systems übersichtlich dar. Es lautet: Strukturiert und

nachhaltig konkrete Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten auf Basis des Wissens der Beschäftigten herbeizuführen und diese laufend zu evaluieren.

Somit ist allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie interessierten Personen die tatsächliche, messbare und nachhaltige Qualitätsverbesserung im Sinne eines geschlossenen PDCA-Zyklus besser vermittelbar. Das AUVA-QM-System geht damit über die Erfüllung gesetzlicher Vorgaben und der Normkonformität oder Verleihung von Zertifikaten hinaus.

Um diese Ziele weiterhin im Fokus zu behalten, wurde das im Jahr 2000 formulierte QM-Leitbild beibehalten.

## QM-Leitbild

Das QM-Leitbild des AUVA-QM-Systems definiert eine Mission. Diese beschreibt, WOZU wir QM in der AUVA betreiben. Die Vision gibt uns vor, WOHIN wir mit dem AUVA-QM-System wollen:

### Die Mission des Qualitätsmanagement-Systems der AUVA-Einrichtungen (unser WOZU)

Das AUVA-QM-System unterstützt uns dabei, kontinuierlich zu lernen und besser zu werden. Die tatsächliche Steigerung des Patientinnen-/Patientennutzens ist das zentrale Anliegen und stellt die Grundlage für den Nachweis unserer Qualität nach außen dar.

### Die Vision des QM-Systems (unser WOHIN)

Gemeinsam vereinbarte Ziele, darauf aufbauende Maßnahmen und die transparente Überprüfung der Zielerreichung führen zu kontinuierlichen Verbesserungsprozessen und sind handlungsleitend in unserer täglichen Arbeit für alle Patientinnen und Patienten.



Versorgung von Fingerverletzung



Atemtherapie



## QM-Handbuch

Das zentrale Element jedes Qualitätsmanagement-Systems ist das Qualitätsmanagement-Handbuch. Das QM-Handbuch der AUVA dient allen Funktionsträgerinnen und -trägern als Handlungsanleitung und allen Beschäftigten als Informationsquelle. Es stellt auch die Geschäftsordnung für das AUVA-QM-System dar, beispielsweise zur Vorlage bei Aufsichtsbehörden.

Das QM-Handbuch beinhaltet aktuelle Aufgaben, berücksichtigt aber auch zukünftige Entwicklungen. Der mehrteilige Aufbau wird bei Bedarf auf das Aufgabengebiet des AUVA-QM-Systems abgestimmt. Mit der Entwicklung der AUVA-QM-Landkarte wurde das QM-Handbuch dementsprechend angepasst.

Der allgemeine **Teil A** stellt mit der Beschreibung der Organisation, der Strukturen und der Prozesse des AUVA-QM-Systems die Grundlage dar. Er hat einen Zeithorizont von fünf Jahren.

Der spezifische **Teil B** umfasst den individuellen organisatorischen Bereich und die Ziele der jeweiligen Gesundheitseinrichtung, beinhaltet im Teil Risikomanagement außerdem das CIRPS-Handbuch. Dieser Teil ist jährlich hinsichtlich seiner Richtigkeit (z. B. der enthaltenen Namen) und seiner Gültigkeit zu evaluieren und bei Bedarf zu aktualisieren.



Foto: K. Kern, Abbildungen: AUVA

Die **Teile C und D** fassen Kennzahlen, Indikatoren und Ergebnisse der Gesundheitseinrichtungen zusammen und werden alljährlich im Frühjahr herausgegeben.

**Teil E** enthält die jährlich erscheinenden Qualitätsberichte. In einem allgemeinen Teil und in elf individuellen Abschnitten der Gesundheitseinrichtungen werden Informationen über die Ergebnisse des AUVA-QM-Systems präsentiert. Im Zeitverlauf vermitteln sie die Entwicklung des AUVA-QM-Systems.

**Teil F** des QM-Handbuches – Qualitätsanforderungs-Peer-Review – beschreibt Grundlagen, strategische Funktion, Ziele, Struktur, Prozesse und Inhalte des QA-Peer-Review.

## AUVA-QM-Landkarte

### Entwicklung der AUVA-QM-Landkarte

1995 begann die AUVA mit Informationsveranstaltungen auf Basis des PDCA-Zyklus ein strukturiertes Qualitätsmanagementsystem aufzubauen. 83 Qualitätszirkel zu unterschiedlichen Themen der Gesundheitseinrichtungen führten 2001 zu 40 gemeinsam formulierten Qualitätsanforderungen (QA). Bis 2018 auf 44 erweitert, schufen diese Qualitätsanforderungen das Fundament der Qualitätsmanagement-Arbeit der AUVA. Sie waren nicht nur Basis, sondern auch Wegbereiter zu einem zertifizierbaren QM-System. Gemeinsam mit anderen QM-Systemen, wie z. B. dem im UKH Steiermark



AUVA-QM-Handbücher

Standort Kalwang verwendeten KTQ®, bilden sie die Basis der AUVA-QM-Landkarte. Das ursprüngliche Ziel der Qualitätsanforderungen – die kontinuierliche

Verbesserung der erbrachten Leistungen mit dem Fokus auf die Patientinnen und Patienten – steht weiterhin im Vordergrund.

PDCA als Kernelement	Qualitätsanforderungen	CIRPS, KTQ, Indikatoren	Qualitätsmanagerin/-manager	QM-Landkarte
<ul style="list-style-type: none"> <li>Informationsveranstaltungen QM-Schulungen</li> <li>Moderatoren-ausbildung</li> <li>83 Qualitätszirkel</li> <li>Publikation Qualitätsbericht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formulierung der Qualitätsanforderungen, Umsetzungsbeginn</li> <li>Veranstaltung QS-Symposium</li> <li>Gründung SGQS (Vernetzung aller Gesundheitseinrichtungen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Umsetzung der 40 Qualitätsanforderungen</li> <li>Entwicklung und Implementierung CIRPS</li> <li>Zertifizierung KTQ: Standort Kalwang</li> <li>Formulierung gemeinsamer Kennzahlen und Indikatoren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>hauptberufliche Qualitätsmanagerin/ hauptberuflicher Qualitätsmanager</li> <li>Erweiterung der Qualitätsanforderungen</li> <li>AUVA-PatientInnenbefragung</li> <li>QM-Peer-Review</li> <li>Dokumentenlenkung</li> <li>Traumanetzwerke</li> <li>Zusammenlegungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entwicklung und Umsetzung der QM-Landkarte</li> <li>Erweiterung verbindlicher und einheitlicher Kennzahlen und Indikatoren</li> </ul>
ab 1995	ab 2001	ab 2006	ab 2012	ab 2018

Grafik: AUVA, Entwicklung des AUVA-QM-Systems, 2020

### PDCA-Zyklus in der AUVA-QM-Landkarte

Die AUVA-QM-Landkarte umfasst je sechs QM-Kernanforderungen und QM-Rahmenanforderungen.

#### QM-Kernanforderungen

Zu den QM-Kernanforderungen zählt der Behandlungsprozess in einer AUVA-Gesundheitseinrichtung: von der Aufnahme bis zur Entlassung mit der Diagnose, der Befunderstellung, dem OP-Management, den leitlinienkonformen Behandlungsstandards und der Therapiekoordination.

#### QM-Rahmenanforderungen

Die QM-Rahmenanforderungen umfassen jene Kapitel, die eine sichere, strukturierte und patientenorientierte Behandlung ermöglichen und sicherstellen. Darunter sind Patientensicherheit und Risikomanagement, Krisen- und Katastrophenmanagement, Qualitätsmanagement, Hygiene, Patientenorientierung sowie Entwicklung und Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zusammengefasst.

### PDCA-Zyklus

Der PDCA-Zyklus ist Grundelement jedes QM-Systems und stellt die zentrale Struktur bei Entwicklung und Umsetzung der AUVA-QM-Landkarte dar.

Die regelmäßige Evaluierung der formulierten und festgelegten Zielvereinbarungen mittels Indikatoren bietet die Basis für eine Verbesserung der täglichen Arbeit mit den Patientinnen und Patienten.



PDCA-Zyklus

### Zielformulierung – PLAN

In der AUVA-QM-Landkarte ist jedem Kapitel zumindest ein Ziel zugeordnet, z. B. „Die Aufnahme erfolgt strukturiert und berücksichtigt gleichermaßen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und die Ressourcen der Gesundheitseinrichtung.“

### Maßnahmen und Prozesse – DO

Um die formulierten Ziele zu erreichen, braucht es Maßnahmen. Eine davon wäre z. B. die Erstellung einer Regelung, welche die Prozesse der Anmeldung von Patientinnen und Patienten beschreibt und Verantwortlichkeiten definiert. Diese Maßnahme ist im Dokument „PDCA-Übersichtsblätter“ ersichtlich und somit in die AUVA-QM-Landkarte integriert.

### Indikator und Kennzahl – CHECK

Die Annäherung an die formulierten Ziele wird mit einem „messbaren Element“ und einem daraus abgeleiteten Indikator bzw. einer Kennzahl regelmäßig geprüft. Zum Beispiel steht dem messbaren Element „Die Behandlung der Patientinnen und Patienten erfolgt nach medizinischer Dringlichkeit“ der Indikator „Zeitspanne von der Anmeldung bis zum Erstkontakt“ gegenüber.

Das Dokument „PDCA-Übersichtsblätter“ enthält Struktur- und Organisationsindikatoren, die vorerst das Vorhandensein von Regelungen oder Prozessbeschreibungen (z. B. Beschreibung des Aufnahmeprozesses) verlangen, sowie dynamische Indikatoren, die eine Veränderung abbilden (z. B. Zeitdauer bis zur Operation).

### Abgeleitete Maßnahmen aus Ergebnissen – ACT

Auf jedes erfasste und dokumentierte Ergebnis folgt eine Reaktion. Bewegt sich das Ergebnis im festgelegten Zielkorridor, ist entweder ein neues Ziel zu definieren (z. B. Dokument ist vorhanden, es wird ein Indikator entwickelt, der die Wirkung der beschriebenen Maßnahme im Dokument prüft, etc.), oder das Ziel ist als Erhaltungsziel weiterzuführen, um die erreichte Leistung weiterhin auf hohem Niveau zu halten.

Sollte das formulierte Ziel nicht erreicht werden, sind weitere Maßnahmen zu ergreifen, um die Erreichung des Ziels zu gewährleisten. Anderenfalls ist zu prüfen, ob dies mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen überhaupt realisierbar ist.

Die regelmäßige Evaluierung der formulierten und festgelegten Indikatoren im Sinne von Zielvereinbarungen (PDCA-Zyklus) stellt die Basis für eine Verbesserung der täglichen Arbeit mit den Patientinnen und Patienten dar.

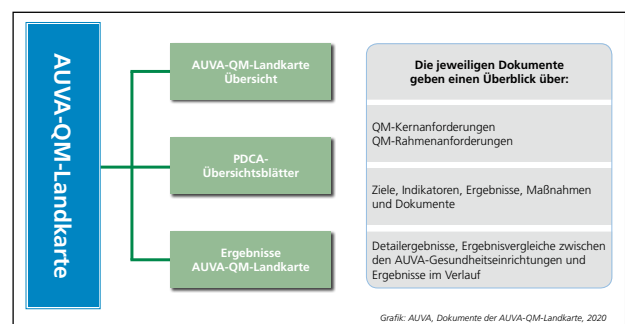


Umsetzung AUVA-QM-Landkarte

Die AUVA-QM-Landkarte ist kein statisches Instrument, sondern wird im Jahr 2020/21 auf Wirksamkeit und Praxisnähe evaluiert; bei Bedarf kommt es zu Ergänzungen bzw. Veränderungen. Das Dokument „Ideenspeicher“ wurde als Sammeldokument für Vorschläge zur Weiterentwicklung der AUVA-QM-Landkarte konzipiert. Hier können SGQM-Mitglieder Veränderungs- und Entwicklungsvorschläge aller AUVA-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter eingeben. Dieser „Ideenspeicher“ stellt die Grundlage für die jährliche Evaluation der AUVA-QM-Landkarte im SGQM-Workshop zur Weiterentwicklung dar.

Die AUVA-QM-Landkarte besteht aus drei Dokumenten, die drei Ebenen entsprechen:

- „**AUVA-QM-Landkarte Übersicht**“ mit allen Qualitätszielen
- „**PDCA-Übersichtsblätter**“ mit den konkreten Zielen, den abgeleiteten Indikatoren und den Ergebnissen
- „**Ergebnisse AUVA-QM-Landkarte**“ mit der Ergebnisdarstellung aller Gesundheitseinrichtungen im Vergleich und im Verlauf



Grafik: AUVA, Dokumente der AUVA-QM-Landkarte, 2020

Dokumente der AUVA-QM-Landkarte

QM-Kernanforderungen	
<b>I Aufnahmemanagement</b>	Die Aufnahme erfolgt strukturiert und berücksichtigt gleichermaßen die Bedürfnisse der Patientinnen bzw. Patienten und die Ressourcen der Gesundheitseinrichtung
<b>II Diagnostische Verfahren/Befunderhebung</b>	Diagnostik und Befunderhebung erfolgen in Anlehnung an entsprechende AUVA-interne Vorgaben und die vorhandenen Leitlinien der Fachgesellschaften
<b>III OP-Management</b>	Die operative Versorgung erfolgt strukturiert und berücksichtigt gleichermaßen die Bedürfnisse der Patientinnen bzw. Patienten und die Ressourcen der Gesundheitseinrichtung
<b>IV Leitlinienkonformes Arbeiten/Behandlungsstandards</b>	Diagnostik und Therapie erfolgen patientenorientiert und in Anlehnung an AUVA-interne Vorgaben bzw. vorhandene Leitlinien der Fachgesellschaften
<b>V Therapiekoordination</b>	Alle Therapien erfolgen koordiniert und berücksichtigen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten
<b>VI Entlassungsmanagement</b>	Das Entlassungsmanagement gewährleistet einen nahtlosen Übergang zwischen intramuraler und extramuraler Patientenversorgung

QM-Rahmenanforderungen	
<b>A Patientensicherheit und Risikomanagement</b>	Die Sicherheit der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeitenden wird durch risikominimierende Rahmenbedingungen gefördert
<b>B Krisen- und Katastrophenmanagement</b>	Es besteht eine sichere Umgebung für Patientinnen, Patienten und Mitarbeitende in der Gesundheitseinrichtung
<b>C Strategisches und operatives Qualitätsmanagement</b>	Das AUVA-QM-System besteht aus Rahmen- und Kernanforderungen und hat die Patientinnen und Patienten im Fokus. Die Anwendung des PDCA-Zyklus sichert den kontinuierlichen Verbesserungsprozess zur Steigerung des Patientennutzens
<b>D Hygiene</b>	Das Auftreten von hygienerelevanten Komplikationen wird minimiert
<b>E Patientinnen- und Patientenorientierung</b>	Die Patientinnen und Patienten verfügen über die notwendigen Informationen zur Infrastruktur, zu den Abläufen und der Behandlung. Die Patientinnen und Patienten erhalten die den Ernährungserfordernissen entsprechende Kostform und die notwendige Transportform, der Umgang mit Patientendaten erfolgt gemäß den gesetzlichen Regeln. Es ist geregelt, an wen Patientinnen und Patienten sowie Angehörige sich mit Beschwerden und Anregungen wenden können
<b>F Mitarbeiter- bzw. Mitarbeiterinnenentwicklung und -beteiligung</b>	Mitarbeitende, Studierende, Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten werden entsprechend ihren Ausbildungsgraden gefördert

*AUVA-QM-Landkarte mit den sechs Kern- und Rahmenanforderungen inkl. der formulierten Ziele*

# AUVA-QM-System: Struktur und Aktivitäten 2020

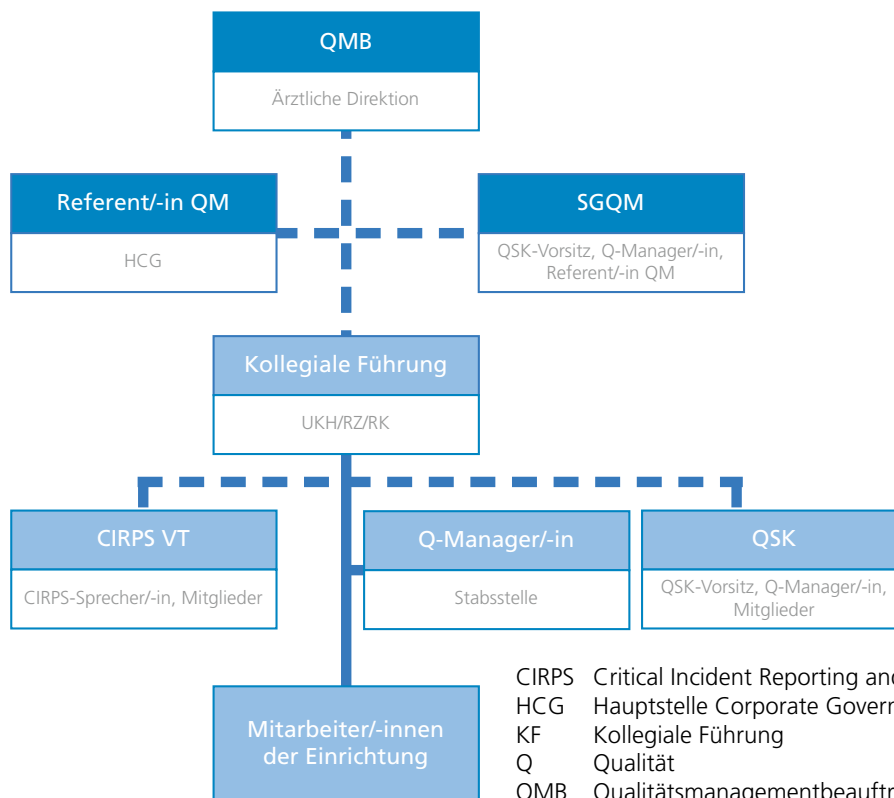
Das AUVA-QM-System enthält sowohl zentrale Elemente der Organisation – mit der Medizinischen Direktion als Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB), der Steuerungsgruppe Qualitätsmanagement (SGQM) und dem Referenten für Qualitätsmanagement als Beratungsgremium – als auch dezentrale Elemente. Dazu zählen die selbstständig in den Gesundheitseinrichtungen agierenden, gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungskommissionen (QSK) mit den vor Ort tätigen Qualitätsmanagerinnen und -managern.

Die Steuerungsgruppe (SGQM) stellt mit den Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitseinrichtungen unter der Leitung des Referenten für Qualitätsmanagement das strategische Koordinationsinstrument dar, das dem Qualitätsmanagementbeauftragten beratend und konzeptiv zur Seite steht. Diese Steuerungsgruppe ist die treibende Kraft im Qualitätsmanagement und in der Organisationsentwicklung.

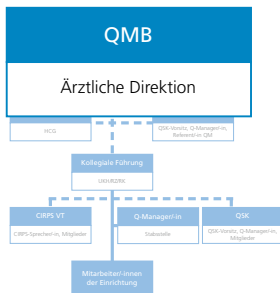
In jeder Gesundheitseinrichtung der AUVA ist eine Qualitätsmanagerin bzw. ein Qualitätsmanager tätig, der die Tätigkeiten im Rahmen des Qualitätsmanagements vor Ort koordiniert. Die Kollegiale Führung ist jedoch weiterhin für die Umsetzung der Qualitätssicherungsmaßnahmen verantwortlich (vgl. KAG 1993 §5b (3)).

Durch die Vernetzung der Kompetenzen und Erfahrungen der sieben Gesundheitseinrichtungen für Unfallheilbehandlung und der vier Rehabilitationseinrichtungen ist es möglich, unter Nutzung der Synergien Leistungen auf hohem Niveau mit großer Effizienz zu erbringen.

Das „QM-Organigramm“ beschreibt die Zuordnung der Funktionsträgerinnen und -träger im Qualitätsmanagement innerhalb der Gesamtorganisation der AUVA.



- CIRPS Critical Incident Reporting and Prevention System
- HCG Hauptstelle Corporate Governance
- KF Kollegiale Führung
- Q Qualität
- QMB Qualitätsmanagementbeauftragte/-r
- QSK Qualitätssicherungskommission
- SGQM Steuerungsgruppe Qualitätsmanagement
- VT Vertrauenssteam



## Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB)

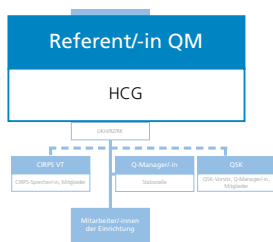
Die Medizinische Direktion mit Dr. Roland Frank als Qualitätsmanagementbeauftragtem (QMB) und Dr. Wolfgang Schaden als seinem Stellvertreter ist, von der Unternehmensleitung beauftragt, für die Umsetzung des AUVA-QM-Systems verantwortlich.



Dr. Roland Frank und Dr. Wolfgang Schaden, ärztliche Direktoren der AUVA

Im Rahmen der Gesamtorganisation schafft sie die Rahmenbedingungen, damit die gesetzlich geforderten Maßnahmen der Qualitätssicherung erfüllt werden. Die permanente Weiterentwicklung des umfassenden AUVA-Qualitätsmanagement-

Systems wird im Sinne des QM-Handbuchs gefördert und seine Wirkung laufend überprüft, um gegebenenfalls regulierend einzuwirken.



## Referent für Qualitätsmanagement

Der Referent für Qualitätsmanagement, Mag. Robert Hoge, koordiniert das AUVA-QM-System und ist für den jährlich erscheinenden Qualitätsbericht redaktionell verantwortlich.

Gemeinsam mit der Steuerungsgruppe Qualitätsmanagement (SGQM) berät er die Medizinische Direktion. In seinen Verantwortungsbereich fällt in Zusammenarbeit mit der SGQM und allen beteiligten Personen die kontinuierliche Weiterentwicklung des AUVA-QM-Systems.

Mag. Robert Hoge ist in der Abteilung Corporate Governance (HCG) unter der Leitung von AL Mag. Michael Morawetz, MA und seinem Stellvertreter Mag. (FH) Markus Kahr tätig.

Die Abteilung HCG bündelt sämtliche Prozesse, die für die Zusammenarbeit und die Leitung einer Organisation notwendig sind. Dieses Aufgabengebiet beinhaltet umfassendes Controlling und die Interne Revision. Qualitätsmanagement bleibt als bedeutendes Element der Weiterentwicklung der AUVA in seiner selbständigen

Form unter der fachlichen Leitung der Medizinischen Direktion bestehen.

Die Abteilung HCG versteht sich als interne Serviceeinrichtung. Die Leistungen der AUVA-Gesundheits-einrichtungen werden in regelmäßigen Berichten dokumentiert. Die Balance Score Card (BSC) fasst die Erreichung der top down formulierten Ziele zusammen. Gemeinsame Initiativen werden gefördert und koordiniert. Die Abteilung HCG führt für die QM-Arbeit in den Gesundheitseinrichtungen zentrale Auswertungen von Daten aus verschiedenen Datenquellen durch. Dies ermöglicht es, die Wirkung der für die Patientinnen und Patienten erfolgten Leistungen mit einem Minimum an Verwaltungsaufwand zu prüfen.



Mag. Michael Morawetz, MA und Mag. (FH) Markus Kahr, Abteilungsleitung HCG

## QM-Basischulung

Ein wesentliches Element des AUVA-QM-Systems stellt die zweitägige QM-Basischulung für die Mitglieder der QSK, der CIRPS-Vertrauensteams und für am AUVA-QM-System interessierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Führungskräfte dar.

Dabei vermitteln QM-Experte Mag. Roland Schaffler und AUVA-QM-Referent Mag. Robert Hoge Basiswissen für die tägliche QM-Arbeit in den AUVA-Gesundheitseinrichtungen. So wird mit Beispielen auf konkrete Probleme aus der Praxis eingegangen, außerdem können Anregungen für die tägliche Arbeit im Qualitätsmanagement in Form anschaulicher Anwendungsmöglichkeiten getestet werden. Zentrales Thema der Schulung ist die Formulierung von Qualitätszielen im Sinne des PDCA-Zyklus.

In der Gruppe findet immer auch ein reger Austausch zwischen schon länger im AUVA-QM-System Engagierten und erst seit Kurzem in der AUVA tätigen interessierten Personen aus allen Berufsgruppen statt.

2020 fanden bedingt durch die COVID-19-Pandemie allerdings keine QM-Basischulungen statt.



## AUVA-PatientInnenbefragungen und Feedbackmanagement

Ziel der AUVA-PatientInnenbefragung und des Feedbackmanagements in der AUVA ist es, nachhaltige Verbesserungen für die Zukunft zu erreichen. Die Patientinnen und Patienten der elf AUVA-Gesundheitseinrichtungen haben permanent die Möglichkeit, ihre positiven und negativen Eindrücke sowie

Veränderungsvorschläge in das strukturierte Feedbackmanagement einzubringen. Dies erfolgt sehr niederschwellig über Meinungskarten, die ausgefüllt in entsprechenden Behältnissen für Rückmeldungen – anonym oder unter Nennung des Namens – abgegeben werden können.



*Patientin mit Meinungskarte*

2020 erfolgten mehr als 2.000 solcher Feedbackmeldungen in allen AUVA-Gesundheitseinrichtungen. Die Bearbeitung wird strukturiert vorgenommen, um diese Meldungen im AUVA-QM-System für Verbesserungen zu nützen. In der Mehrzahl der ausgefüllten Karten werden Lob und Anerkennung für die Betreuung und Behandlung ausgesprochen. Im Sinne der Wertschätzung wird das positive Feedback an die entsprechenden Abteilungen sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weitergeleitet. Beschwerden und Vorschläge für Veränderungen werden von den entsprechenden Stellen zeitnah bearbeitet und Ergebnisse gegebenenfalls rückgemeldet.

## AUVA-PatientInnenbefragung

Zusätzlich zu dieser Möglichkeit des permanenten Feedbacks führt die AUVA in allen ihren Gesundheitseinrichtungen alle zwei Jahre über einen Zeitraum von drei Monaten die AUVA-PatientInnenbefragung durch. Ziel ist es, neben dem kontinuierlichen Feedbackmanagement regelmäßig einen umfassenden Überblick zu erhalten. Dazu wird allen stationär behandelten Patientinnen und Patienten, die bei ihrer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet und mindestens eine Nacht in einer AUVA-Gesundheitseinrichtung verbracht haben, ein Fragebogen ausgehändigt. Der Fragebogen für die Einrichtungen der Unfallheilbehandlung enthält rund 60, jener der Rehabilitationseinrichtungen bis zu 80 Reporting- und Rating-Fragen inklusive offener Fragen zu neun Fragenkomplexen.

In der Zeit zwischen den zweijährlichen Befragungen wird die Erreichung der von jeder Gesundheitseinrichtung auf Basis des Ergebnisses der AUVA-weiten PatientInnenbefragung formulierten individuellen Verbesserungsziele mittels konkreten Maßnahmen geprüft. Damit ist gewährleistet, dass es zu nachhaltigen Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten kommt. Nach den Befragungen 2014, 2016 und 2018 wurden jeweils 21 bzw. 17 und 15 Ziele mit entsprechenden Maßnahmen zur Erreichung definiert. Das Erlangen dieser Ziele wird im Sinne des PDCA-Zyklus evaluiert, um aus der Befragung nachweislich einen direkten Nutzen für die Patientinnen und Patienten abzuleiten. Die Maßnahmen können einfacher Natur sein, wie zum Beispiel die Montage von Krückenhalterungen in Bad und WC auf allen Bettenstationen, oder auch sehr komplex, wie etwa die Erarbeitung eines Arzneimittelhandbuches zur Definition aller Prozesse im Zusammenhang mit der Arzneimittelgabe in den Gesundheitseinrichtungen.

Zusätzlich werden die Fragebögen hinsichtlich ihrer Wirkung evaluiert. Dabei werden neue Fragestellungen ergänzt, einige Fragen präzisiert und Fragen ohne konkreten Erkenntnisgewinn gestrichen.

Die für 2020 geplante Befragung wurde aufgrund der COVID-19-Krise auf den Herbst 2021 verschoben.



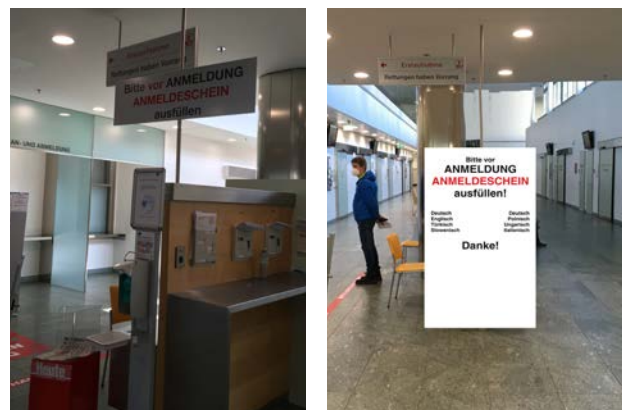
*Zufriedener Mitarbeiter*

Die sehr positiven Ergebnisse der vergangenen Befragungen mit steigenden Zufriedenheits- und Weiterempfehlungsraten sind sowohl Bestätigung für die ausgezeichnete Arbeit in den AUVA-Gesundheitseinrichtungen als auch Ansporn für die Zukunft.

Bei den Ergebnissen der AUVA-PatientInnenbefragung bleibt allerdings zu beachten, dass es sich dabei um den Ausdruck der subjektiven Perspektive von Einzelpersonen handelt. Die persönliche Erfahrung lehrt uns, dass wir aus Dankbarkeit dazu neigen, positiver zu beurteilen und über etwaige Probleme hinwegzusehen. Daher werden in den AUVA-Gesundheitseinrichtungen zusätzliche Parameter erhoben, die neben der Patientensicht auch die Perspektive der Expertinnen und Experten im Gesundheitswesen berücksichtigen, wie z.B. die Anzahl des verfügbaren und entsprechend ausgebildeten medizinischen Fachpersonals, die Verweildauer, Komplikationsraten und vieles mehr. Das Wesen des AUVA-QM-Systems ist es, beiden Betrachtungsweisen entsprechende Beachtung zu schenken und zusätzlich die Perspektive des Managements einzubeziehen, welche auch die Kostenkomponente im Blick hat. Diese Parameter sind in der AUVA-QM-Landkarte abgebildet.



*Gespräch mit Patientin*



*Problem Hinweisschild zu hoch – Lösung*



## QA-Peer-Review

Das AUVA-QM-System hat im QM-Handbuch das kontinuierliche Lernen als Ziel formuliert. Zentrales Anliegen ist die tatsächliche Steigerung des Patientinnen- und Patientennutzens. Um dieses Ziel im Blick zu behalten, wurde im Jahr 2014 ein Peer-Review-Verfahren implementiert. Als unbürokratisches, flexibles und auf kollegialen Austausch fokussiertes Instrument ist dieses QA-Peer-Review eine ideale Ergänzung zur Förderung von Qualität und Sicherheit in der Patientinnen- und Patientenversorgung.

Im Mittelpunkt jedes Peer-Review-Verfahrens steht der direkte Austausch von Expertinnen und Experten in Bezug auf konkrete Ergebnisdaten auf Augenhöhe und somit ein Voneinander-Lernen.

Grundlagen, Ziele, sowie notwendige Struktur- und Prozessvoraussetzungen zur erfolgreichen Umsetzung des Peer-Review-Verfahrens in der AUVA wurden in der Steuerungsgruppe-QM (SGQM) erarbeitet und im QM-Handbuch Teil F zusammengefasst.

Mit der neuen AUVA-QM-Landkarte wird es zum QM-Peer-Review weiterentwickelt. Die erste praktische Durchführung dieses adaptierten QM-Peer-Reviews ist für 2021/22 geplant.

## Zertifizierungen

Zertifizierungen sind fixer Bestandteil vieler QM-Systeme. Die Konformitätsprüfung durch externe Expertinnen und Experten verlangt eine strukturierte und prozessorientierte Organisation des QM-Systems.

Die AUVA betreibt mit dem UKH Steiermark Standort Kalwang ein fünf Mal erfolgreich nach KTQ® zertifiziertes Unfallkrankenhaus (letzte Rezertifizierung 2019). Dies ist möglich, weil das Führungsteam mit den Qualitätsmanagerinnen Dr. Elisabeth Prelog-Igler und Bernadette Waggermayer in Zusammenarbeit mit kompetenten und hoch motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Qualitätsmanagement als bedeutenden Teil der Unternehmensorganisation betrachtet. Qualitätsmanagement ist dort keine zusätzliche Aufgabe, sondern selbstverständlicher Bestandteil der täglichen Arbeit mit den Patientinnen und Patienten.

Vier Unfallkrankenhäuser der AUVA sind nach DGU zu Traumazentren zertifiziert. Das UKH Salzburg wurde im Herbst 2020 trotz der erschwerten Bedingungen der COVID-19 Pandemie zum dritten Mal erfolgreich zertifiziert.

Mit der Bildung des 1. Trauma-Netzwerks in Österreich war das UKH Salzburg 2014 Vorreiter und Initiator. 2016 ging vom UKH Klagenfurt die Bildung des Trauma-Netzwerks Kärnten und Osttirol aus. 2019 wurden mit dem Traumazentrum Wien zwei weitere AUVA-Standorte zur Unfallheilbehandlung (Meidling und Lorenz Böhler) erstmals zum Traumazentrum nach DGU zertifiziert.

Die Zahlen des Benchmark-Berichts des Traumaregisters bestätigen die positive Wirkung eines Trauma-Netzwerks zur optimalen Betreuung schwerverletzter Patientinnen und Patienten.



DGU-Rezertifizierung zum überregionalen Traumazentrum 2020

Weitere Zertifikate wurden zum Beispiel im Bereich Sicherheits- und Gesundheitsmanagement (SGM), in der Küche (HACCP), im Bereich der Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP), in der Hygiene mit „Saubere Hände“ und für nachhaltiges Essen (Österreichische Umweltzeichen) verliehen.

Mit der tatsächlichen, messbaren und nachhaltigen Qualitätsverbesserung im Sinne eines geschlossenen PDCA-Zyklus geht das Ziel des AUVA-QM-Systems mit der Verleihung von Zertifikaten über die Erfüllung gesetzlicher Vorgaben und die Bestätigung der Normkonformität hinaus. Zertifikate können uns dabei unterstützen, sind jedoch nicht Bedingung.

## Hygieneteam

Das Jahr 2020 war aufgrund der COVID-19-Pandemie für die Hygieneteams der Gesundheitseinrichtungen weltweit eine außergewöhnliche Herausforderung. In den AUVA-Gesundheitseinrichtungen zeigte sich, dass jahrelang geschulte korrekte Händehygiene, die Anleitung zum ordnungsgemäßen Verwenden der Persönlichen Schutzausrüstung und die genaue Einhaltung von Hygienegerichtlinien bei der Eindämmung der SARS-CoV-2-Infektionen für alle Bereiche der Gesundheitseinrichtung essentiell waren.

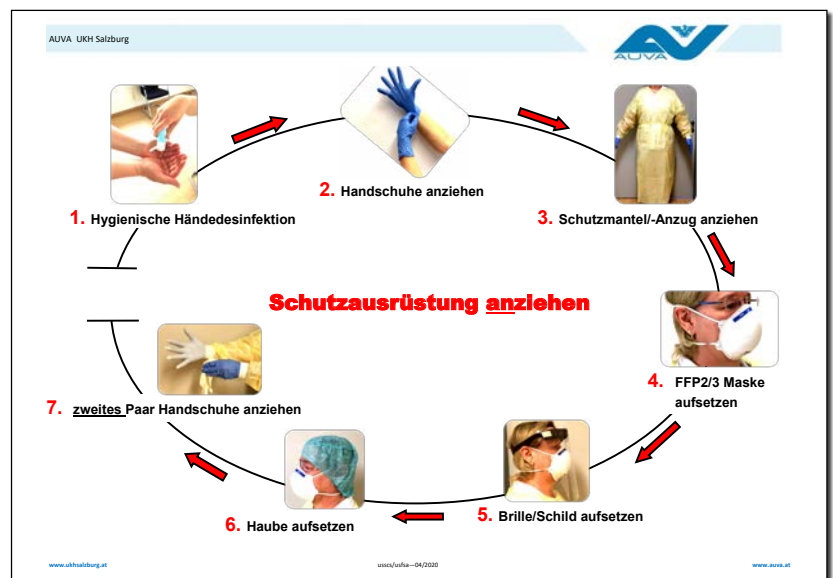
Eine der herausfordernden Aufgaben der Hygieneteams der AUVA war es, die für die Pandemiesituation erstellten Hygienepläne und Richtlinien laufend an den aktuellen Stand der Wissenschaft und an die Vorgaben der Regierung zu adaptieren sowie deren praktische Umsetzung zu vermitteln.

Die Hygienefachkräfte und Hygienebeauftragten sowie Ärztinnen und Ärzte unterstützten und unterstützen von Beginn der Pandemie an und fortlaufend bei der Organisation und Bereitstellung der notwendigen Persönlichen Schutzausrüstung, um den Schutz der Patientinnen, Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gewährleisten zu können. Sie führten die zusätzlichen Schulungen im Umgang mit der Schutzausrüstung und der Aufklärung über die Gefahren der neuen COVID-19-Erkrankung durch. Zum besseren Verständnis wurden z.B. Poster gestaltet und Videos gedreht.

Die Führungskräfte wurden bei der Koordination der Einteilung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Gruppen unterstützt, um so die Betreuung der Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Teilweise übernahmen die Mitglieder der Hygieneteams die Organisation der Eingangs- und Zutritts-triage in die AUVA-Gesundheitseinrichtungen. Arbeits- und Organisationsabläufe wurden mit Hilfe

der Hygieneteams geplant und auch in den Arbeitsablauf eingebunden, um das Ansteckungsrisiko mit Erkrankten zu vermeiden. Strukturen zur Kontaktpersonenerfassung und deren Dokumentation wurden etabliert.

Der raschen Testung von Patientinnen, Patienten und Personal sowie der Kontaktpersonenerfassung kommt eine Schlüsselrolle zur Vermeidung von Infektionsclustern in den Gesundheitseinrichtungen zu. Dazu haben die Hygieneteams einen wesentlichen Beitrag geleistet.



An- und Ausziehen von Schutzausrüstung



Eine Testinfrastruktur für regelmäßige Mitarbeiter-testungen wurde aufgebaut und mit Anfang des Jahres 2021 die COVID-19 Impfung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gemeinsam mit der Arbeitsmedizin und dem QM-Team organisiert und koordiniert. Zusätzlich informierten die Hygieneteams mittels Vorträgen, persönlichen Gesprächen und anderen Hilfsmitteln, wie z.B.: Videos, über die COVID-19 Impfung.



COVID-19-Impfung im UKH Salzburg

### Hygieneteamsitzung

Am 22. April 2020 fand die jährliche Hygieneteamsitzung aufgrund der allgemein gültigen COVID-Beschränkungen in Form einer Videokonferenz statt. Bei dieser von Mag. Inge Köberl-Hiebler und Christine Krammer (Medizinische Direktion) organisierten Arbeitssitzung tauschten Hygieneexpertinnen und -experten Erfahrungen vor allem zum aktuellen Thema COVID-19 aus und vereinbarten ein weiterhin koordiniertes Vorgehen im Rahmen dieser Pandemie.

Für das AUVA-QM-System präsentierte Mag. Robert Hoge wie jedes Jahr die Auswertungen von hygiene-relevanten Indikatoren wie Strukturdaten zu den Hygieneteams, Prozessdaten zur Händehygiene und Ergebnisdaten zu postoperativen Infektionen bei sechs Indikatoroperationen.

Die seit Jahren durchgeführte Dokumentation und die Wirkung von hygiene-relevanten Kennzahlen werden in diesem jährlichen Workshop evaluiert. Diese Informationen dienen als Basis, um Maßnahmen abzuleiten, die Ergebnisse laufend zu verbessern bzw. auf dem hohen Niveau zu halten. Zusätzlich werden

Leitlinien überarbeitet und bei Bedarf unter Beiziehung von externen Expertinnen und Experten neue Dokumente erstellt.

### Hygienemanagement

Dem Ziel der Hygieneteams aller AUVA-Gesundheitseinrichtungen, Patientinnen und Patienten vor Schäden durch in Gesundheitseinrichtungen erworbene Infektionen (nosokomiale Infektionen) zu schützen, kam in diesem Jahr eine besondere Bedeutung zu. Durch die in der Vergangenheit laufende umfassende Schulung aller Beschäftigten, die Erstellung von Hygieneplänen sowie die Weitergabe aktueller Informationen war es bisher möglich, die Infektionen mit SARS-CoV-2 in den AUVA-Gesundheitseinrichtungen sehr gering zu halten.

Die hygienische Händedesinfektion in Kombination mit der entsprechenden Persönlichen Schutzkleidung hat sich in dieser Pandemie als die effektivste Methode in der Prävention nosokomialer Infektionen erwiesen. Zur Dokumentation des Händedesinfektionsverhaltens wird in den Einrichtungen der AUVA seit Jahren der Händedesinfektionsmittelverbrauch im Verhältnis zu den Belagszahlen herangezogen.

Für das Jahr 2020 können keine validen Zahlen geliefert werden, weil während der COVID-19-Pandemie Stationen gesperrt bzw. zusammengelegt wurden. Zusätzlich wurden Händedesinfektionsmittel aus verschiedenen Quellen verwendet, sodass eine eindeutige Zuordnung und somit Erfassung nicht gewährleistet werden kann.



Plakat Hygienemaßnahmen

Diese Statistik gibt allen Beschäftigten unmittelbar Feedback über den Grad der Umsetzung der Hygienemaßnahme. Für das Jahr 2021 ist wieder die Darstellung der validen Erfassung in allen AUVA-Gesundheitseinrichtungen geplant.

Eine weitere Herausforderung besteht darin, der Zunahme von multiresistenten Erregern durch gezielte Antibiotikagaben, den Einsatz von geeigneten Hygienemaßnahmen und die Erfassung aller Fälle entgegenzuwirken. Seit Jahren werden die Zahlen von Patientinnen und Patienten mit positivem Befund von MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) in den Einrichtungen der AUVA dargestellt. Erfolge eines effektiven Hygienemanagements zeigen sich darin, dass es trotz hoher Prävalenz in den vergangenen Jahren nur zu einzelnen bedauerlichen nosokomialen (in der Gesundheitseinrichtung erworbenen) MRSA-Fällen gekommen ist. In den vergangenen Jahren haben vor allem multiresistente gramnegative Keime (MRGN) an Bedeutung gewonnen. Diese Fallzahlen werden kontinuierlich erhoben und jährlich im Hygienebericht dargestellt.

Tabelle 12: MRSA-Fälle gesamt und nosokomial in UKH 2018 bis 2020

	2018		2019		2020	
	gesamt	nosokomial	gesamt	nosokomial	gesamt	nosokomial
UKH 1	15	1	6	0	6	0
UKH 2	7	1	5	0	5	0
UKH 3	1	0	6	0	2	0
UKH 4	3	0	5	1	1	0
UKH 5	19	2	32	2	8	1
UKH 6	1	0	2	0	2	1
UKH 7	3	0	2	1	8	0
<b>AUVA</b>	<b>49</b>	<b>4</b>	<b>58</b>	<b>4</b>	<b>32</b>	<b>2</b>

Quelle: Hygieneteams der UKH

Die Hygieneteams der AUVA-Unfallkrankenhäuser haben 2020 erfolgreich an der 4. Österreichischen Punktprävalenzstudie (APPS) teilgenommen. Bei dieser Studie werden an einem Tag die im Gesundheitssystem assoziierten Infektionen und die Verwendung von Antibiotika erfasst. Diese Untersuchung ermöglicht einen Überblick im Vergleich mit anderen Krankenhäusern und bei mehrmaliger Teilnahme im Verlauf der eigenen Gesundheitseinrichtung. Zusätzlich stellen die guten Ergebnisse eine Bestätigung für

die kompetente und korrekte Arbeit der Krankenhaushygiene in AUVA-Unfallkrankenhäusern dar.



Hygieneschulung durch Hygienefachkraft

## Jahresbericht Hygiene

Alljährlich wird ein AUVA-Hygienebericht erstellt, der die Hygienedaten des abgelaufenen Jahres für Führungskräfte und Hygieneexpertinnen und -experten zusammenfasst. Dieser Bericht gliedert sich in Struktur-, Prozess- und Ergebnisdaten und beinhaltet auch die oben beschriebenen Daten.

Unter den Strukturdaten zeigt der Bericht die Zusammensetzung der Hygieneteams mit der laut Prohyg 2.0 notwendigen „Hygienearbeitszeit“ und stellt sie den im Dienstplan tatsächlich dokumentierten Arbeitsstunden gegenüber.

Zusätzlich dokumentiert dieser jährliche Hygienebericht der AUVA neben den Prozessdaten der Händedesinfektionsraten auch die Ergebnisdaten der Infektionsraten bei sechs Indikatoroperationen, zum Beispiel nach Schenkelhalsfraktur, arthroskopischer Kreuzbandplastik, Schulteroperation und Operation nach Knöchelfraktur. Damit werden jährlich rund 4.500 Operationen (rund 15 Prozent aller OP-Eingriffe) erfasst und im Sinne des internen Benchmarkings dargestellt. Im Rahmen des jährlichen Treffens der Hygieneteams werden die dokumentierten Daten vorgestellt, um allfälligen Handlungsbedarf zu diskutieren, bzw. gemeinsam notwendige Maßnahmen abzuleiten. Der AUVA-Hygienebericht wird jährlich in seiner Wirkung evaluiert und bei Bedarf angepasst.



COVID-19-Impfung

### Hygienekontaktpersonen

Die Ausbildung von Hygienekontaktpersonen hat sich vor allem im Jahr der Pandemie bestens bewährt, denn sie konnten die Hygieneteams tatkräftig vor Ort unterstützen. Sie fungieren als Multiplikatoren zwischen den Hygieneteams und den Beschäftigten der jeweiligen Bereiche. Sie beraten, unterstützen und dienen als Ansprechpersonen bei allen krankenhaushygienischen Fragen.

Durch die COVID-19-Pandemie wurde vielen bewusst, wie relevant richtiges Hygieneverhalten ist. Nicht nur die Übertragung von SARS-CoV-2 wurde durch entsprechende Hygienemaßnahmen verhindert, sondern, wie Studien zeigen, gab es im Winter 2020/21 auch deutlich weniger Grippeerkrankungen und dadurch weniger Krankenstände bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

### Qualitätsbericht

Der jährlich erscheinende Qualitätsbericht der AUVA stellt einen bedeutenden Bestandteil des AUVA-QM-Systems dar. Die Qualitätsberichte (Teil E im AUVA-QM-Handbuch), bilden die Entwicklung des AUVA-QM-Systems im Zeitverlauf ab.

Ihren Anfang fand die Berichterstattung zu den QM-Aktivitäten in der AUVA 1996 mit einer 56-seitigen „Sondernummer der Mitarbeiterzeitung“. 2021 erscheint der AUVA-Qualitätsbericht im modernen Layout mit über 170 Seiten. Er wird in Zusammen-

arbeit der Qualitätsmanagerinnen und -manager unter breiter Beteiligung aller in den AUVA-Gesundheitseinrichtungen beschäftigten Personen und der Redaktion von Mag. Robert Hoge verfasst.

Ziel des AUVA-Qualitätsberichtes ist es, alljährlich sowohl einen Überblick über die Leistungsdaten in den sieben Gesundheitseinrichtungen für Unfallheilbehandlung und den vier Rehabilitationseinrichtungen als auch Raum für individuelle Berichte der einzelnen Einrichtungen zu geben. In strukturierter Form wird über die praktische QM-Arbeit, deren Wirkung und über Ergebnisse in den Gesundheitseinrichtungen der AUVA berichtet.

Im Sinne der Transparenz wird der AUVA-Qualitätsbericht nicht nur an alle AUVA-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter, sondern auch an die Kollegialen Führungen sowie die Qualitätsmanagerinnen und -manager aller Krankenanstalten in Österreich versendet. Darüber hinaus liegt er in allen AUVA-Gesundheitseinrichtungen für die Patientinnen und Patienten auf und ist im Internet auf der AUVA-Homepage weltweit barrierefrei [abrufbar](#).



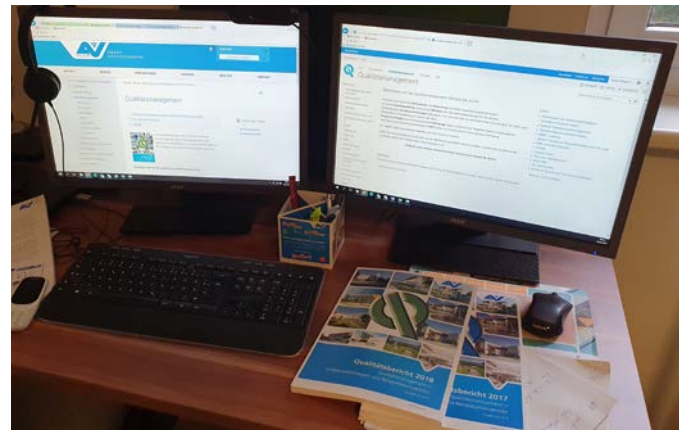
Mitarbeiterin liest Qualitätsbericht

## QM im Intranet und im Internet

Internet und Intranet sind heute unverzichtbare Bestandteile des Wissensmanagements. Das AUVA-QM-System ist dort schon seit Jahrzehnten präsent. Interessierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter finden online alle relevanten Unterlagen zum AUVA-QM-System (AUVA-QM-Handbuch, AUVA-QM-Landkarte, PDCA-Übersichten, QM-News der Einrichtungen, Unterlagen zu Kongressen etc.).

Da Transparenz eine der Grundsäulen des AUVA-QM-Systems darstellt, hat das Teilen von Informationen einen hohen Stellenwert. Nur der Erfahrungsaustausch, die Zusammenarbeit und Kritik ermöglichen eine kontinuierliche Weiterentwicklung. Das Intranet fungiert als Informationsspeicher und dient dem Austausch unter Expertinnen und Experten.

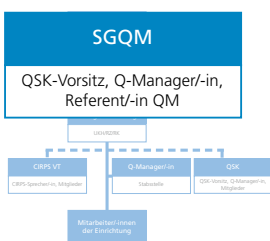
Für einige Interessengruppen, wie etwa SGQM-, CIRPS- und Hygieneteammitglieder, wurden eigene Bereiche im Intranet und ein E-Mail-Verteiler eingerichtet. Die Hygienehomepage wird in Zusammenar-



AUVA-QM-System online

beit mit der Medizinischen Direktion und der zuständigen Pflegekoordinatorin Mag. Inge Köberl-Hiebler sowie Christine Krammer laufend aktualisiert. Das Intranet dient auch als Informationsplattform für die Hygieneteammitglieder.

Auf der Homepage der AUVA sind Informationen über das AUVA-QM-System für interessierte Personen außerhalb der AUVA hinterlegt: [www.auva.at](http://www.auva.at).



## Steuerungsgruppe Qualitätsmanagement (SGQM)

Die Steuerungsgruppe Qualitätsmanagement (SGQM) stellt das strategische Koordinationsinstrument des AUVA-QM-Systems dar.

Sie steht dem QM-Beauftragten Ärztlichen Direktor der AUVA Dr. Roland Frank und seinem Vertreter Dr. Wolfgang Schaden beratend und konzeptiv zur Seite.

Die SGQM setzt sich aus den Vorsitzenden der Qualitätssicherungskommission, den hauptberuflich bestellten Qualitätsmanagerinnen und Qualitätsmanagern jeder Einrichtung sowie dem Referenten für Qualitätsmanagement Mag. Robert Hoge zusammen. Von dieser Gruppe gehen seit ihrer Gründung im Herbst 2000 wichtige Impulse und Innovationen für die Weiterentwicklung des AUVA-QM-Systems aus.

Die Hauptaufgaben der Steuerungsgruppe liegen im systematischen Austausch von Erfahrungen, Ergebnissen sowie relevanten Informationen über das AUVA-QM-System in der eigenen Gesundheitseinrichtung. Darüber hinaus sind die Mitglieder der SGQM dafür verantwortlich, AUVA-weite QM-Aktivitäten zu initiieren, zu planen und zu gestalten.

Das Jahr 2020 war, auch für die Steuerungsgruppe und ihre Mitglieder, ein Jahr wie kein anderes. Es wurden neben den Routinetätigkeiten des Qualitätsmanagements viele neue Aufgaben von den SGQM-Mitgliedern übernommen bzw. begleitet (siehe auch Beiträge der AUVA-Gesundheitseinrichtungen ab Seite 44):

- Mitgliedschaft in den Krisenteams, z.B.: Koordination und Moderation dieser Teams
- Erstellung, Koordination und Lenkung der notwendigen neuen Dokumente für die Information zur COVID-19 Pandemie und Bewältigung derselben

- Unterstützung der Hygieneteams bei ihren Aufgaben
- Erstellung, Koordination und Bearbeitung von Kontaktlisten (Contact Tracing)
- Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Unterstützung bei der Koordination der Antikörper- und Antigen-Testungen sowie Durchführung dieser Testungen, wenn Kompetenz durch Ausbildung gegeben war, z.B.: DGKP
- Unterstützung bei der Koordination und Organisation von COVID-19-Maßnahmen, wie z.B.: Eingangstriage
- Unterstützung bei der Organisation, Durchführung und Auswertung von MA-Befragung zum Thema COVID-19
- Unterstützung bei der Koordination und Organisation der COVID-19-Impfungen



*QM unterstützt bei COVID-Impfung*

Die AUVA-QM-Landkarte mit rund 90 formulierten Zielen und daraus abgeleiteten 130 Kennzahlen beinhaltet die notwendigen Ressourcen, die auch für diese COVID-19-Pandemie notwendig sind, wie z.B.: Hygienegeschäftsordnung, regelmäßige Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Vorhandensein von Katastrophenplänen etc.

2020 wurde in mehreren Online-Workshops die AUVA-QM-Landkarte mit den Erfahrungen in der praktischen Umsetzung evaluiert. Die Ziele wurden konkretisiert, die aussagekräftigen Kennzahlen auf deren Wirkung und den Erkenntnisgewinn für die Praxis geprüft und bei Bedarf angepasst. Zusätzlich wurden Zielbereiche für alle Kennzahlen definiert, um den Verlauf und die Entwicklung der Kennzahlen sichtbar zu machen.

Damit kann sich die AUVA-QM-Landkarte mit ihren Indikatoren und Zielen in den kommenden Jahren als eine praktisch durchführbare, transparente und nachvollziehbare Ergebnisdarstellung etablieren. Für das Jahr 2021 ist die Weiterentwicklung des QM-Peer-Reviews zum strukturierten, kritischen und kontinuierlichen Austausch unter den QM-Expertinnen und -Experten auf Augenhöhe geplant. 2022 soll mit der Durchführung der QM-Peer-Reviews begonnen werden.

Die Tätigkeiten der SGQM-Mitglieder wurden in den letzten Jahren in mindestens zweimal jährlich stattfindenden Workshops koordiniert und abgestimmt. Im November 2020 konnte ein Online-Workshop abgehalten werden. Organisiert wurden zwei Workshop-Tage mit Vorträgen von externen Expertinnen und Experten und der Bearbeitung der SGQM-Themen.



*QM in der COVID-Pandemie*

Bei diesen Arbeitstreffen teilen neben Koordinations- und Weiterentwicklungsaufgaben auch externe und interne Expertinnen und Experten ihr Wissen mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Individuelle Innovationen aus den AUVA-Gesundheitseinrichtungen werden vorgestellt und deren praktische Umsetzung in anderen Gesundheitseinrichtungen diskutiert. Wird die Einführung in anderen Gesundheitseinrichtungen empfohlen, wird auch ein entsprechender Umsetzungsplan ausgearbeitet. Um die vorhandenen Ressourcen möglichst effektiv zu nutzen, bearbeiten Kleingruppen spezielle Themen, wie z.B. die

Weiterentwicklung der AUVA-QM-Landkarte, die Bearbeitung von gemeinsamen QM-Dokumenten und die Weiterentwicklung des QM-Peer-Reviews und bereiten sie für den SGQM-Workshop vor. Die Ergebnisse werden in den SGQM-Workshops vorgestellt, diskutiert und die gemeinsame Umsetzung beschlossen.

Das aktuelle AUVA-QM-Handbuch 3.0 bietet dem AUVA-QM-System gemeinsam mit den speziellen QM-Handbüchern für die jeweilige Gesundheitseinrichtung den notwendigen aktuellen Rahmen.

Das persönliche Engagement der Mitglieder der Steuerungsgruppe und ihre Erfahrung bei der praktischen Umsetzung in den elf AUVA-Gesundheitseinrichtungen waren und sind die Triebfeder der Qualitätsmanagementarbeit. Der Mission des AUVA-QM-Systems folgend liegt der Fokus auf dem kontinuierlichen Lernen und dem Streben, immer besser zu werden.

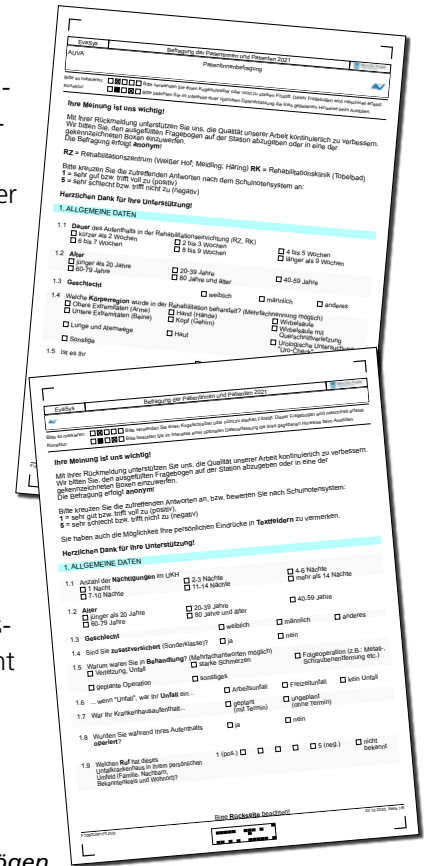
Ein sichtbarer Teil dessen ist der jährliche Qualitätsbericht, der transparent allen interessierten Personen einen Überblick über die Leistungen der täglichen QM-Arbeit in den Gesundheitseinrichtungen der AUVA gibt.

### Schwerpunkte der SGQM 2021

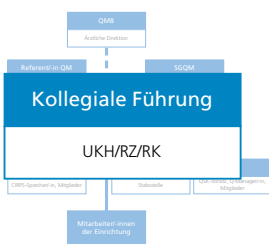
- Etablierung der AUVA-QM-Landkarte mit gemeinsam definierten Zielwerten bei den Indikatoren- und Kennzahlen
- Durchführung der 4. AUVA-PatientInnenbefragung 2021 inklusive Auswertung und Ergebnisdarstellung der Befragung
- Anpassung der QM-Peer-Review an die AUVA-QM-Landkarte

### „QUALITAS“-Kooperation

Eine Kooperation mit „QUALITAS“ (Zeitschrift für Qualität und Entwicklung in Gesundheitseinrichtungen) ermöglicht es, die Qualitätsarbeit der AUVA einer breiteren Fachöffentlichkeit zu präsentieren.



Fragebögen



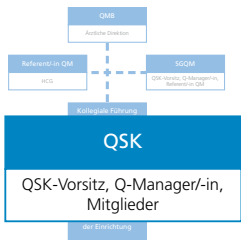
### Kollegiale Führung (KF)

Den Kollegialen Führungen der Gesundheitseinrichtungen mit ihren Leitungs- und Führungsaufgaben kommt im AUVA-QM-System eine zentrale Rolle zu.

Das Gesetz verpflichtet die Kollegiale Führung dazu, umfassende Qualitätssicherungsmaßnahmen zu gewährleisten (vgl. KAG 1993 §5b (3)). Doch von gesetzlichen Regelungen alleine „lebt“ das Qualitätsmanagement der AUVA nicht. Vielmehr müssen Handlungen gesetzt werden, die zu tatsächlichen kontinuierlichen Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten führen.

Die Aufgaben der Kollegialen Führung sind im AUVA-QM-Handbuch beschrieben. Sie beginnen mit der Bestellung der Qualitätssicherungskommission, der Bereitstellung der notwendigen Ressourcen sowie der Teilnahme an gemeinsamen Arbeitstreffen und führen dazu, dass die Kollegiale Führung für die Umsetzung und Evaluation der Veränderungen und Innovationen verantwortlich zeichnet. Der gemeinsam mit der Qualitätssicherungskommission vereinbarte Jahresplan gibt eine Übersicht über die vorgesehenen QM-Aktivitäten und dient am Ende des Jahres als Grundlage für die Evaluation der erbrachten Leistungen und Veränderungen. Die Mitglieder der Kollegialen Führung übernehmen in den Krankenanstalten als Führungskräfte auch eine Vorbildfunktion. Mit ihrer Haltung gegenüber dem AUVA-QM-System und den Aktivitäten tragen sie entscheidend zur Umsetzung der AUVA-QM-Vision bei.





## Qualitätssicherungskommission (QSK)

Die QSK initiiert, koordiniert, unterstützt und fördert die Umsetzung des AUVA-QM-Systems.

Die Qualitätssicherungskommission berät die Kollegiale Führung über die hierfür erforderlichen Maßnahmen. Wie im Gesetz definiert, wird sie stets multiprofessionell von der Kollegialen Führung bestellt und besteht aus einem Vorsitzenden, den Mitgliedern sowie der Qualitätsmanagerin bzw. dem Qualitätsmanager. Die Funktionen des QSK-Vorsitzes und des Qualitätsmanagements können getrennt oder in Personalunion erfüllt werden.

Der Aufgabenbereich des QSK-Vorsitzes umfasst die Koordination der QSK und die Berichterstattung an die Kollegiale Führung und die SGQM sowie die Mitwirkung an den Arbeitsprozessen der QSK und deren Evaluierung. Die Qualitätsmanagerin bzw. der Qualitätsmanager der jeweiligen Gesundheitseinrichtung ergänzt die QSK und koordiniert alle QM-Tätigkeiten. Als Aufgaben sind unter anderem definiert: Weiterentwicklung des AUVA-QM-Systems, Projektleitung, Koordination des Feedbackmanagements sowie regelmäßige Information und Schulung aller Beschäftigten.

Die Tätigkeiten der QSK basieren auf der AUVA-QM-Landkarte mit deren Zielen und Indikatoren sowie deren Weiterentwicklung. Weitere Aufgaben werden

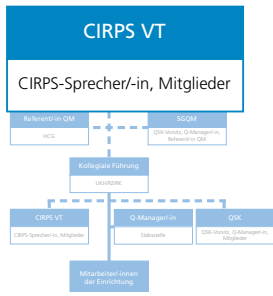
in Abstimmung mit der Kollegialen Führung im gemeinsam erstellten Jahresplan festgelegt und mit den vereinbarten Zielen und Ergebnissen evaluiert.

Eine Aufgabe der QSK besteht zudem darin, einen Beitrag über die eigene Gesundheitseinrichtung für den jährlich herausgegebenen Qualitätsbericht zu verfassen. Diese Beiträge stellen die konkreten Aktivitäten der einzelnen QSK im speziellen Teil des vorliegenden Berichtes ab Seite 44 detailliert dar.



QSK-Sitzung im UKH Linz

QM Jahrespläne



## CIRPS: ...und es geht trotz COVID-19 weiter

Patientensicherheit ein Anliegen, mit und ohne COVID-19



Das AUVA-Learning and Reporting System CIRPS (Critical Incident Reporting and Prevention System) erhöht die Sicherheit der Patientinnen und Patienten seit mehr als 15 Jahren. CIRPS ermöglicht die einfache Meldung, strukturierte, umfassende Analyse und nachhaltige Bearbeitung der gemeldeten unerwünschten Ereignisse durch Expertinnen und Experten aus der Praxis der Patientenversorgung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter leisten mit ihren

fast 2.500 Meldungen von unerwünschten Ereignissen seit dem Start 2006 einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Sicherheit der Patientinnen und Patienten. Diese 2.500 Meldungen bedeuten rund 160 Meldungen pro Jahr. 2020 zählte man 156 CIRPS-Meldungen, rund 28 Prozent davon anonym, daraus wurden 62 nachhaltige Struktur- und Prozessveränderungen abgeleitet.

### Ziele

Bei der Implementierung von CIRPS 2006 wurden folgende Ziele definiert:

- Ein **niederschwelliger** Zugang für die Meldung von unerwünschten Ereignissen an ein multi-professionelles **Vertrauensteam** ist gewährleistet
- **Es besteht keine Angst vor Sanktionen** durch die Meldung eines unerwünschten Ereignisses
- Strukturen und Prozesse werden aufgrund von bearbeiteten Meldungen **zeitnah** bearbeitet und wenn notwendig geändert
- **Minimierung** der Wahrscheinlichkeit, dass ein **Fehler nochmals** auftritt
- **Nachhaltige Lösungen** durch eine multi-professionelle Bearbeitung der Meldungen mit den betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- **Mögliche Rückfragen** an die Melderin bzw. den Melder zum Thema und zur Genese des Ereignisses, um eine nachhaltige Bearbeitung des Ergebnisses zu gewährleisten
- **Vernetzung** zwischen den Einrichtungen, um von den anderen zu lernen



Patientensicherheitstag im UKH Salzburg



Schulung Intubation unter COVID-19

Auf Basis dieser Ziele erfolgt jährlich die CIRPS-Evaluation.

### CIRPS-Evaluation

Erfolge sind stets mittels Zahlen, Daten und Fakten zu belegen. Bei CIRPS werden diese im Sinne des PDCA-Zyklus jedes Jahr erhoben, diskutiert, bewertet und daraus Maßnahmen abgeleitet, um wieder neue Ziele formulieren zu können. Das schafft Überblick, verdeutlicht Verbesserungspotenzial und ermöglicht die kontinuierliche Weiterentwicklung.

Tabelle 13: CIRPS-Übersicht 2014–2020

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Meldungen	183	190	165	173	171	205	156
anonym	60	71	52	50	50	64	43
anonym in Prozent	32,8	37,4	31,5	28,9	29,2	31,2	27,6
Strukturveränderungen absolut	49	32	34	38	37	40	27
Strukturveränderungen Anteil aller CIRPS-Meldungen in Prozent	26,8	16,8	20,6	22,0	21,6	19,5	17,3
Prozessveränderungen absolut	44	39	37	42	29	43	35
Prozessveränderungen Anteil aller CIRPS-Meldungen in Prozent	24,0	20,5	22,4	24,3	17,0	21,0	22,4

Die Effektivität eines präventiven Instruments wie CIRPS darzustellen, das unerwünschte Ereignisse und Fehler in der Zukunft vermeiden helfen soll, ist immer schwer. Man kann sich nur auf messbare Parameter der Vergangenheit beschränken, die vor allem im Bereich des Nutzungsverhaltens und der Effektivität der umgesetzten Maßnahmen vorhanden sind.

Ein Ziel der Erhebung dieser Zahlen, Daten und Fakten liegt in der Darstellung der Wirkung und in der Evaluation von CIRPS. Die Anzahl der fast 2.500 Meldungen seit dem Beginn im Jahr 2006 stellt nur ein Kriterium von CIRPS dar und zeigt die Akzeptanz bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Hinsichtlich der Wirkung auf die Erhöhung der Patientensicherheit hat die Zahl der Meldungen indes nur eine sehr eingeschränkte Aussagekraft. Deswegen werden bei CIRPS verschiedene weitere Parameter erhoben, die sich in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien gliedern.

Der Gradmesser für den Erfolg von CIRPS waren immer die aus den Meldungen abgeleiteten Struktur- und Prozessänderungen. Sie wirken nachhaltig und tragen dazu bei, die Wiederholung von unerwünschten Ereignissen im klinischen Alltag deutlich zu erschweren. Seit dem Beginn sind mehr als 700 nachhaltige Verbesserungen zu verzeichnen (2020: 62; 2019: 83). Damit wird das Auftreten von Schäden und Fehlern in Zukunft vermieden oder zumindest minimiert.

Für den Erfolg von CIRPS in den elf AUVA-Gesundheitseinrichtungen waren und sind vor allem die 69 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der

elf Vertrauensteams durch ihre professionelle und engagierte Arbeit verantwortlich. Sie erledigen diese Aufgabe oftmals neben ihrer täglichen herausfordernden Arbeit für die Patientinnen und Patienten.

Sie setzten sich 2020 mit 156 eingehenden CIRPS-Meldungen in rund 100 Arbeitstreffen des Vertrauensteams und in Besprechungen mit den Kollegialen Führungen auseinander. Nur wenn das Vertrauen auf eine systematische Bearbeitung und die Chance auf eine nachhaltige Lösungsfindung zur Erhöhung der Patientensicherheit gewährleistet sind, melden die Mitarbeitenden weiterhin in CIRPS. Dies bestätigte sich in der CIRPS-Befragung aus dem Jahr 2018.

Die Ergebnisse der jährlichen Evaluierung werden im QM Handbuch Teil D („Verzeichnis der CIRPS-Indikatoren“) zusammengefasst. Das Handbuch stellt zudem beispielhaft Bearbeitungen von CIRPS-Meldungen in anonymisierter Form dar.



CIRPS-Indikatoren und Kennzahlen

## CIRPS-Meldungsbearbeitung

Durch eine CIRPS-Meldung eröffnet sich auch ein weites Feld der systematischen Analyse von Prozessen. Dies kann sich positiv auf die Organisationsentwicklung auswirken. Untersuchungen bestätigen indes, dass viele unerwünschte Ereignisse nicht gemeldet werden. Das lässt sich auch aus den Ergebnissen der CIRPS-Befragung 2018 ableiten, derzufolge 37 Prozent der antwortenden Personen andere Wege als eine CIRPS-Meldung bevorzugen, um Lösungen nach unerwünschten Ereignissen zu finden, oder aufgrund von Zeitmangel und großem Aufwand überhaupt nicht melden.

Die Befragung bestätigt jedoch auch: Wenn positive Erfahrungen mit einer CIRPS-Bearbeitung gemacht wurden, sinkt das Bestreben, einen anderen Lösungsweg zu beschreiten, deutlich (von 37 Prozent auf 29 Prozent).

Das Gefühl der Wertschätzung, damit etwas zur Verbesserung beizutragen, ist die Triebfeder und somit entscheidend für den Erfolg von Fehlermanagementsystemen. Ziel ist es, unerwünschte Ereignisse als Chance zur Weiterentwicklung zu betrachten und keine Angst vor Sanktionen haben zu müssen. CIRPS ermöglicht es auf einfache Weise, Licht in „dunkle Ecken“ zu bringen, denen in der täglichen Arbeit und Routine oft nicht die erforderliche Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Bei CIRPS besteht zusätzlich zur anonymen Meldung, wie sie auch viele andere Meldesysteme vorsehen, die Möglichkeit, nicht anonym zu melden. Dies ist für



*CIRPS-Vertrauensteam im UKH Linz*

„Learning and Reporting“-Systeme einzigartig. Die Bearbeitung einer nicht anonymen CIRPS-Meldung (72 Prozent aller CIRPS-Meldungen 2020) hat den großen Vorteil, dass mit der meldenden Person Kontakt aufgenommen und die Genese des unerwünschten Ereignisses gemeinsam erforscht werden kann. Dieser Umstand trägt entscheidend zur Entwicklung von nachhaltigen Lösungen bei, die auch in der Praxis von allen akzeptiert werden.

### „Fünf-Fragen-Probe“

Nicht jede CIRPS-Meldung kann im System bearbeitet werden, weil sie entweder nicht die Patientensicherheit betrifft oder das Thema über den bearbeitbaren Aufgabenbereich hinausgeht. Deswegen wurde die „Fünf-Fragen-Probe“ etabliert.

#### Fünf-Fragen-Probe

1. Hat das unerwünschte Ereignis, der Fehler oder Beinahe-Schaden etwas mit der Sicherheit unserer Patientinnen und Patienten zu tun?
2. Ist die Meldung ein Problem oder bereits ein Lösungsvorschlag?
3. Ist die Meldung eine bewusste oder unbewusste Manipulation des Systems zum eigenen Vorteil unter dem Motto „Ich hätte gern etwas und suche den passenden Fehler dazu“ (sog. Briefbombe)?
4. Ist die Meldung als vollständiger Satz formuliert?
5. Ist die Meldung das Aufzeigen einer nicht eingehaltenen, allgemein bekannten und gültigen Vereinbarung (Regel, Richtlinie, Anweisung etc.)?

Sie gibt sowohl den meldenden Personen als auch dem Vertrauens-Team eine Entscheidungshilfe, welche Meldungen mittels CIRPS bearbeitet und welche an zuständige Bereiche und Personen, wie zum Beispiel Sicherheitsvertrauenspersonen, weiterverwiesen werden. Die Erfassung der „nicht bearbeitbaren Meldungen“ wurde ab dem Jahr 2020 beendet, weil jede CIRPS-Meldung „bearbeitet“ wird, jedoch nicht immer mit dem „System-CIRPS“.

**CIRPS 2020 – Zahlen, Daten Fakten**

Die Daten der klassischen Kennzahlen – wie Anzahl, Anteil bearbeitbarer und Anteil anonymer CIRPS-Meldungen – geben Informationen über die Funktion der Prozesse von CIRPS. Seit Beginn haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter rund 2.500 Meldungen eingegeben. Im Jahr 2020 zeigt sich mit 156 CIRPS-Meldungen ein leicht rückläufiger Trend der Meldungen (2019: 205, 2018: 171) seit dem Höhepunkt im Jahr 2012 mit 269 CIRPS-Meldungen. Die niedrige Rate der 2020 abgegebenen anonymen Meldungen von nur 28 Prozent zeigt, dass großes Vertrauen zum Team besteht.

Tabelle 14: CIRPS-Meldungen pro 100 Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter

CIRPS pro 100 MA	2018	2019	2020
Haus 1	0,7	3,6	0,0
Haus 2	7,0	8,1	8,8
Haus 3	2,4	2,1	4,2
Haus 4	9,4	6,5	4,6
Haus 5	4,3	6,7	4,4
Haus 6	6,9	4,4	2,9
Haus 7	3,5	3,4	5,1
Haus 8	3,5	3,0	3,5
Haus 9	2,8	2,6	1,7
Haus 10	3,8	3,4	2,2
Haus 11	6,3	14,2	5,4
<b>AUVA</b>	<b>4,7</b>	<b>5,6</b>	<b>4,2</b>

Was den Anteil der CIRPS-Meldungen pro 100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betrifft, war die Schwankungsbreite in den AUVA-Gesundheits-einrichtungen über die Jahre immer groß. So zeigen sich beim Anteil der Meldungen pro 100

Beschäftigte mit 0 bis 8,8 deutliche Unterschiede (siehe Tabelle 14). Differenzen sind auch beim Anteil der anonymen Meldungen (0 bis 50 Prozent) und der abgeleiteten Struktur- bzw. Prozessveränderungen (0 bis 18 im Jahr 2020) zu verzeichnen.

Bis zum ersten Feedback an die meldende Person vergehen in allen AUVA-Gesundheitseinrichtungen im Schnitt nur einige Stunden bis wenige Tage – so wird der Melderin bzw. dem Melder ein Gefühl der Wertschätzung und gleichzeitig Interesse an der Meldung signalisiert.

Alle Berufsgruppen in den AUVA-Gesundheits-einrichtungen haben CIRPS angenommen. Das zeigt sich daran, dass in den Einrichtungen für Unfall-heilbehandlung und in den Rehabilitationseinrichtungen unterschiedliche Berufsgruppen Meldungen abgeben (siehe Tabelle 15) und auch an der CIRPS-Befragung teilgenommen haben.

Tabelle 15: CIRPS-Meldungen der Berufsgruppen 2019 und 2020

2019 und 2020 absolut und pro 100 MA	UKH		RZ/RK	
	2019	2020	2019	2020
Pflegepersonen	35	46	20	10
Ärztinnen/Ärzte	26	32	8	2
Med. Dienste	15	3	16	9
Verwaltung	8	4	8	1
andere Personen	8	0	1	0
Pflege pro 100 MA	2,4	3,0	4,5	2,1
Ärztinnen/Ärzte pro 100 MA	6,5	8,0	12,7	3,1

2020 bewirkten 156 CIRPS-Meldungen insgesamt 62 strukturelle und/oder prozessuale Veränderungen in den Einrichtungen (2019: 83; 2018: 66). Der Anteil von Struktur- bzw. Prozessänderungen an allen CIRPS-Meldungen beträgt über die Jahre einen hohen Anteil von rund einem Drittel (2020: 17 Prozent Struktur- bzw. 22 Prozent Prozessveränderungen). Dadurch werden Struktur- und/oder Prozess-änderung ausgelöst sowie nachhaltige Veränderung initiiert.

Alle Berufsgruppen beteiligten sich an der Erarbeitung von Lösungen.



CIRPS-Vertrauensteam im UKH Klagenfurt

Die Ergebnisse der Evaluationen werden bei den jährlichen Evaluationstreffen der 2011 gegründeten Steuerungsgruppe präsentiert und anschließend diskutiert, um eine kontinuierliche Weiterentwicklung sicherzustellen. Mitglieder dieser Steuerungsgruppe sind die jeweiligen Sprecherinnen und Sprecher der CIRPS-Vertrauensteams jeder Gesundheitseinrichtung.

2020 konnte nur ein CIRPS-Workshop der Steuerungsgruppe stattfinden, dieser wurde im November 2020 virtuell abgehalten.

### CIRPS – Weiterentwicklung

Mit der Einführung von CIRPS im Jahr 2006 in den AUVA-Gesundheitseinrichtungen hat die Entwicklung zur Sicherheitskultur begonnen. Wenn heute eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter Kenntnis von einem unerwünschten Ereignis erlangt, wird in den AUVA Gesundheitseinrichtungen immer öfter die Frage gestellt: „Warum konnte das geschehen?“ und „Was können wir gemeinsam unternehmen, damit es in der Zukunft nicht wieder passiert?“. Die Suche nach einer schuldigen Person, um diese zu bestrafen oder zu schulen, steht längst nicht mehr im Vordergrund.

Die früher oftmals gestellte Frage „Wer war es?“ hilft uns nicht, nachhaltige Lösungen für die Zukunft zu finden. Diese personenorientierte Perspektive hat den Weg zur systematischen

Aufarbeitung des möglicherweise dahinterliegenden Problems versperrt.

In der AUVA haben mehr als 90 Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (CIRPS-Befragung 2018) das Gefühl, dass Vorschläge zur Erhöhung der Patientensicherheit ernst genommen werden. Dies ist ein bedeutender Schritt für den Kulturwandel vom personenzentrierten Blick zur systemorientierten Perspektive, die den Fokus auf fehlerbegünstigende Faktoren und fehlerhafte Vorgänge richtet.

Die Weiterentwicklung zur Sicherheitskultur bedeutet jedoch, dass CIRPS nur einen Teil des Risikomanagements in den AUVA-Gesundheitseinrichtungen darstellen kann. Zur Prävention und Analyse von unerwünschten Ereignissen gehört auch die strukturierte Analyse von diesen Vorfällen, um tatsächlichen Schaden bzw. die Wiederholung abzuwenden.

Fortschritt ist ein laufender Prozess, der keinen Stillstand erlaubt. Daher bieten die Evaluationsdaten in den CIRPS-Workshops die Grundlage, um die aktuelle Situation zu analysieren und einen Schritt nach vorne zu setzen.

Die große Herausforderung besteht weiterhin darin, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die CIRPS-Meldung als Chance zur Veränderung erkennen. Denn die CIRPS-Meldung ist die Grundlage dafür, in Zusammenarbeit mit den betroffenen und beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nachhaltige Struktur- und Prozessänderungen zu



Warnetikette Medikamentenallergie

erarbeiten, die unerwünschte Ereignisse minimieren. Veränderungen durch CIRPS-Meldungen müssen für die Mitarbeitenden sichtbar gemacht werden – denn so regen sie dazu an, selbst Meldungen abzugeben.

Der Fokus liegt nach fast 2.500 CIRPS-Meldungen vermehrt auf der Überprüfung der Wirkung der gesetzten Maßnahmen und – durch systematisches Risikomanagement – auf dem Erkennen von „Problemen“ im System, welche die Sicherheit der Patientinnen und Patienten gefährden können.

Die durch die CIRPS-Meldungen ausgelösten Prüfungen des „Systems“ können weit über den Inhalt der CIRPS-Meldung hinausgehen. Bei jeder Meldung ist das „eigentliche“ Risiko für die Patientenbehandlung zu prüfen. So kann eine scheinbar „kleine“ Meldung über eine rauchende Patientin mit Sauerstoffgabe zu einer Überarbeitung des gesamten Sicherheitskonzepts der medizinischen Gase in der Gesundheitseinrichtung führen.

Als immer wichtiger erweist sich die Kostenwahrheit der durch CIRPS-Meldungen initiierten und abgeschlossenen Verbesserungsmaßnahmen für das System. Trotz möglicherweise primär höherer Kosten wird viel Geld durch die Verhinderung von „teureren“ Schäden eingespart. Das Kosten-Nutzen-Controlling gewinnt immer mehr an Bedeutung und wird Teil des umfassenden Risikomanagements.

### IPS-Kooperation

Die im März 2017 vereinbarte Kooperation des Gesundheitsfonds Steiermark und der IPS (Initiative PatientInnensicherheit Steiermark) stellte mit der damit verbundenen Vernetzung einen nächsten Schritt in der Weiterentwicklung dar. Der Austausch von Erfahrungen erlaubt es beiden Institutionen, voneinander zu lernen. Mit der Teilnahme von Vertreterinnen und Vertretern der AUVA am IPS-Netzwerktreffen wurde eine engere Zusammenarbeit begründet. Im Jahr 2020 verhinderte die COVID-19 Pandemie leider gemeinsame Veranstaltungen.

### Zusammenfassung

2020 war aufgrund der COVID-19 Pandemie auch für CIRPS ein besonderes Jahr. Die Kennzahlen zeigen

erneut: CIRPS-Meldungen werden abgegeben und nachhaltige Struktur- und Prozessänderungen daraus abgeleitet. Ein Fehlermanagementsystem wie CIRPS kann jedoch nur funktionieren, wenn die Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter und auch die Führungskräfte dieses System als Gewinn betrachten – als ein Instrument, das dabei unterstützt, im Rahmen einer berufsgruppenübergreifenden gemeinsamen Bearbeitung nachhaltige Struktur- und Prozessänderungen zu entwickeln, welche die Sicherheit von Patientinnen und Patienten erhöhen.

Von großer Bedeutung für den Erfolg von CIRPS ist, dass bei der Lösungsfindung nicht das Tempo, sondern Nachhaltigkeit, Wirkung und breite Akzeptanz entscheiden. Was uns voranbringt, sind nicht Schuldzuweisungen und die Suche nach Verursachern, sondern ist die Suche nach Ursachen. Es ist die Frage nach dem „WARUM“ zu stellen!

## QM-Nahtstelle-Pflegekoordination

### Ausbau der Stabstelle Pflegekoordination

Die seit 1. März 2013 bestehende Stabstelle Pflegekoordination hat 2020 ihren Kompetenzbereich mit der Einbindung von weiteren Pflegeexpertinnen



Team Pflege mit Maske

erweitert. Das „Team Pflege“ um Mag. Inge Köberl-Hiebler und Mag. Claudia Lagler-Jarisch wurde im Bereich Hygiene mit der erfahrenen Hygienefachkraft Christine Krammer und für den Pflegewissenschaftlichen Bereich mit Doris Kamleitner, MA verstärkt.

Zusätzlich unterstützen Anita Aichinger, MSC, Barbara Mayer, BSC MSc und Christine Plesa mit ihrer Expertise in verschiedenen Projekten das Team Pflege.

Neben den besonderen und vielfältigen Herausforderungen, welche uns durch die Pandemie im Jahr 2020 begegneten und viele Ressourcen gebunden haben, wurden trotzdem weitere Projekte vorangetrieben.

### Pflegekoordination im Projekt KIM

Die Implementierung eines neuen Krankenhausinformationssystems in den AUVA-Gesundheitseinrichtungen mit dem „Projekt KIM“ inkludiert auch die Implementierung einer EDV-gestützten Pflegedokumentation. Dies erforderte eine umfassende und strukturierte Planung und Herangehensweise und benötigte 2020 bedeutende zeitliche, professionelle und persönliche Ressourcen.

Mit der digitalen Integration der Pflegedokumentation ergeben sich für die Zukunft neue Möglichkeiten der Auswertung, des Nachweises von Leistungen der

Pflege und deren Auswirkungen auf den Heilungsverlauf der Patientinnen und Patienten.

Mit der Einbindung der Pflegeklassifikation NANDA-I in das neue Informationssystem kann pflegerisches Fachwissen in Form von standardisierten, strukturierten Katalogen Einfluss auf pflegerische Entscheidungsprozesse, Pflegequalität und Kommunikation nehmen. Mit dieser Umstellung auf die Pflegeklassifikationen NANDA-I, NOC und NIC waren und sind umfassende Anpassungs- und Schulungsaufgaben notwendig, welche von der Stabstelle Pflegekoordination unterstützt werden.

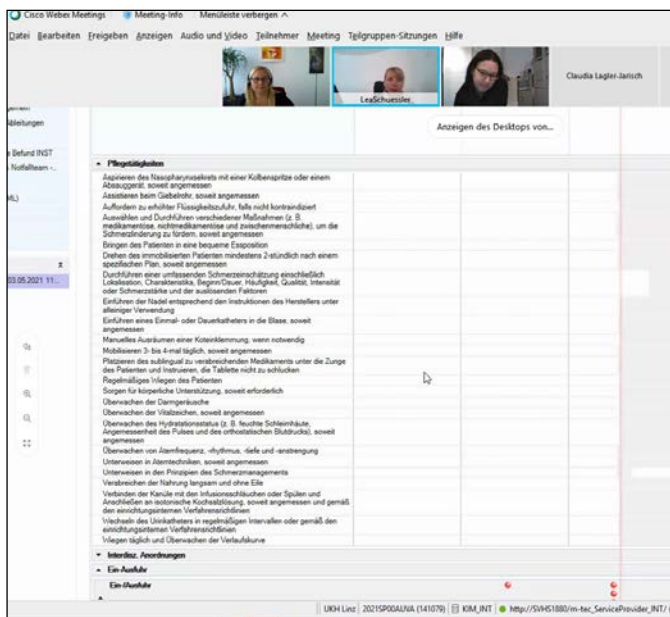
Der Start des neuen Krankenhausinformationssystems in den AUVA-Gesundheitseinrichtungen ist für den Sommer 2021 geplant.

### Erfassung der Pflegefort- und Weiterbildungen

Nachdem die AUVA seit 1. Jänner 2020 aufgrund der erfolgreichen Zertifizierung durch den Österreichischen Krankenpflegeverband (ÖGKV), berechtigt ist Pflegefortbildungspunkte (PFP) für entsprechende Fort- und Weiterbildungen zu vergeben, wurde dies im Jahr 2020 schon für 33 Pflegefort- und Weiterbildungen durchgeführt. Im COVID-19-Pandemie-Jahr wurden trotz erschwelter Bedingungen insgesamt 540 Pflegefortbildungspunkte vergeben. Dies trägt entscheidend zur Qualitätssicherung im Fort- und Weiterbildungsbereich bei und trägt zur Erhaltung der hohen Expertise und Professionalisierung des Pflegepersonals in der AUVA bei.

### Statistik Dekubitus und Sturz

Die standardisierte Erhebung von Dekubitus (Druckgeschwüren/Wundliegen) und Stürzen wird in den AUVA-Gesundheitseinrichtungen für Unfallheilbehandlung seit Jahren durchgeführt. Die Ergebnisse der zentral ausgewerteten Daten dienen als Basis für Verbesserungsprozesse in den Gesundheitseinrichtungen und werden in Berichten zur Verfügung gestellt. Die Ziele der Maßnahmen liegen einerseits in der Vermeidung und andererseits in der Schulung und Unterstützung von Patientinnen und Patienten, auch für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt, um dessen Nachhaltigkeit zu steigern.



Videokonferenz für neues Dokumentationssystem

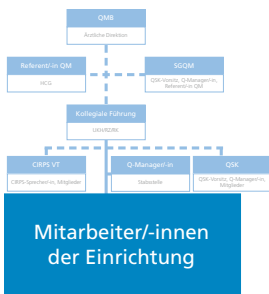


Tabelle 16: Stürze pro 1000 Pflagetage

Jahr	Haus 1	Haus 2	Haus 3	Haus 4	Haus 5	Haus 6	Haus 7	AUVA
2016	3,24	1,37	1,22	2,07	3,73	0,70	1,42	2,15
2017	3,16	1,29	1,19	2,11	2,91	1,32	1,47	2,02
2018	4,04	1,40	1,64	2,62	2,92	1,07	0,97	2,18
2019	3,05	1,68	1,37	2,28	2,56	1,11	1,00	1,96
2020	3,66	1,56	1,62	2,64	2,80	0,76	1,46	2,18

Tabelle 17: Dekubitus-Inzidenz (Grad 2-4) nach Altersgruppen in UKH (Angaben in Prozent)

Jahr	< 50a	51-60a	61-70a	71-80a	81-90a	< 90a	alle
2016	0,040	0,056	0,081	0,260	0,364	0,828	0,136
2017	0,051	0,041	0,175	0,388	0,417	0,506	0,161
2018	0,029	0,136	0,117	0,177	0,593	0,525	0,152
2019	0,050	0,068	0,173	0,206	0,509	0,573	0,155
2020	0,071	0,085	0,095	0,359	0,592	0,592	0,191



### Aktivitäten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (MA)

Das AUVA-QM-System wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern getragen.

In der täglichen Arbeit mit den Patientinnen und Patienten liefern die Beschäftigten mit hoher Fachkompetenz und viel Engagement immer wieder hervorragende und prüfbare Qualität.

Die Berichte der elf AUVA-Gesundheitseinrichtungen (ab Seite 44) zeigen eindrucksvoll, welche Leistungen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AUVA, vor allem in der besonders herausfordernden Zeit der COVID-19-Pandemie, täglich erbringen.



Mitarbeiterin bei der Arbeit

## Ausblick – geplante Aktivitäten 2021

Im Jahr 2021 wird die laufende Weiterentwicklung des AUVA-QM-Systems fortgesetzt. Die mit Kennzahlen und Indikatoren befüllte AUVA-QM-Landkarte wird evaluiert und Soll-Werte werden definiert. Mit der 2021 geplanten Überarbeitung des QM-Peer-Reviews steht 2022 ein Instrument zur Verfügung, welches den direkten Austausch von Expertenwissen auf Augenhöhe unterstützt.

Die AUVA-weiten Kennzahlen und Indikatoren erleichtern die Orientierung am Best-Practice-Beispiel. Bei den erhobenen Daten wird keine Wertung in den Kategorien „besser“ oder „schlechter“ vorgenommen, da die Zahlen immer nur einen Teil der komplexen Kausalitäten abbilden können. Ziel ist es stets, auch die dahinterliegenden Prozesse und Begleitumstände zu beleuchten, um sich dem komplexen Gesamtbild anzunähern. Die Zahlen bilden „nur“ einen Indikator und zeigen uns allein nur einen Ausschnitt der Wirklichkeit – den Blick durch ein Schlüsselloch. Im Vordergrund steht das Voneinander-Lernen!

Der kontinuierliche Verbesserungsprozess zum Nutzen der Patientinnen und Patienten findet mit gemeinsam vereinbarten, allgemein verständlichen Zielen sowie deren transparenter Überprüfung seine Fortsetzung. Als weiteres Element bietet die für Herbst 2021 geplante AUVA-weite PatientInnen-

befragung Unterstützung: Sie liefert neue Informationen, wie die Qualitätsbestrebungen von den Patientinnen und Patienten angenommen und bewertet werden. Zusätzlich erhalten wir wichtige Daten, wo noch Handlungsbedarf besteht.

Die für 2021 geplanten Aktivitäten der Gesundheitseinrichtungen sind mit den formulierten Zielen in den individuellen Jahresplänen definiert und werden gemeinsam mit der Steuerungsgruppe evaluiert.

Ziel ist es, das AUVA-QM-System sowohl für die Patientenschaft als auch für die Beschäftigten und damit für die Organisation AUVA effektiv weiterzuentwickeln.

Alle hier beschriebenen und geplanten Aktivitäten begleiten und unterstützen nur die viel zahlreicheren QM-Aktivitäten in allen elf AUVA-Gesundheitseinrichtungen. Diese unzähligen Initiativen, Arbeitsgruppen und Projekte werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, der Qualitätssicherungskommission, der Qualitätsmanagerin bzw. dem Qualitätsmanager gemeinsam mit der Kollegialen Führung konzipiert und so lange ausgearbeitet, bis sie umsetzbar sind. Danach müssen sie sich in der Praxis bewähren und werden im Sinne des PDCA-Zyklus regelmäßig auf ihre Zweckmäßigkeit überprüft, um sie bei Bedarf anzupassen.



## AUVA-weite QM-Aktivitäten

- Evaluierung der AUVA-QM-Landkarte im AUVA-QM-System mit den neuen gemeinsamen Kennzahlen und gemeinsame Definition von zu erreichenden Grenzwerten
- Adaptierung des QM-Peer-Reviews an die neue QM-Struktur mit der AUVA-QM-Landkarte
- Durchführung und Auswertung der AUVA-weiten PatientInnenbefragung 2021
- Etablierung von CIRPS als Teil eines umfassenden Risikomanagements
- Organisation von diversen Koordinationsworkshops
- Intensivierung der Zusammenarbeit mit anderen Trägern im QM

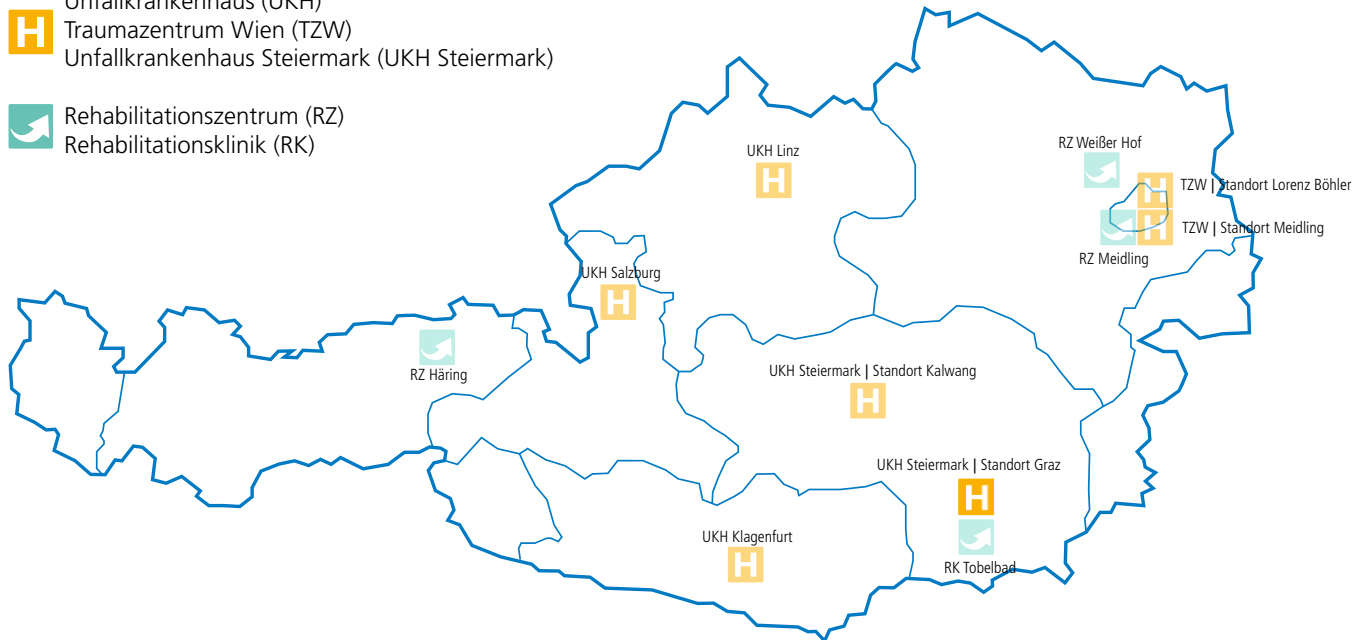
## Beispiele individueller QM-Aktivitäten in den AUVA-Einrichtungen

- Erfassung von Kennzahlen und Indikatoren der AUVA-QM-Landkarte
- Adaptierung des QM-Handbuchs mit Aufnahme von Risikomanagement
- Mitwirkung bei der Zertifizierung zum Traumanetzwerk
- Organisation von QM-Informationsveranstaltungen
- Organisation des Patientensicherheitstages
- Schulungen und Vorträge zum Thema Patientensicherheit
- Vernetzungsarbeit mit OGK
- Mitarbeit bei behördlicher Einschau
- Vorbereitung, Organisation und Durchführung der AUVA-weiten PatientInnenbefragung
- Planung Spinal Cord Injury Day
- Organisation und Leitung von internen Audits
- Begleitung von diversen Baumaßnahmen
- Evaluierung strukturierte Dienstübergabe
- Organisation der Betrieblichen Gesundheitsförderung
- Durchführung von Risikoanalysen (FMEA, London-Protokoll, Begehungen etc.)
- Organisation und Evaluierung von Feedback-Management
- Betreuung und Einarbeitung von Praktikantinnen und Praktikanten sowie FH-Studierenden
- Mitwirkung und Leitung bei der Überarbeitung diverser Projekte und Prozesse, betreffend Aufnahmemanagement inkl. Assessment, Dekubitusprophylaxe, Sicherheit und Gewaltprävention, Demenzstrategie, Kooperationen, OP-Koordination etc.
- Leitung und Mitwirkung an der Erarbeitung diverser Handbücher
- Organisation von diversen Befragungen vor Ort
- Koordinierung, Leitung und Mitwirkung bei diversen QM-Projekten und Arbeitsgruppen
- Mitarbeit, Organisation und Leitung des Datenschutzteams
- Mitarbeit bei der Implementierung und Evaluation der Notfallschulungen
- Erstellung, Evaluierung und Überarbeitung von diversen SOP
- Mitarbeit bei der Bewältigung und Organisation Thema „COVID-19 Pandemie“
- Unterstützung der Vertiefung der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen im QM

## Unfallkrankenhäuser und Rehabilitationszentren

**H** Unfallkrankenhaus (UKH)  
 Traumazentrum Wien (TZW)  
 Unfallkrankenhaus Steiermark (UKH Steiermark)

**RZ** Rehabilitationszentrum (RZ)  
 Rehabilitationsklinik (RK)



<b>UKH Steiermark</b>	<b>AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark</b> <b>Standort Graz</b> <b>Göstinger Straße 24</b> <b>8021 Graz</b> <b>Tel.: +43 5 93 93-43000</b> UGV@auva.at   www.ukh-steiermark.at	145 Betten 5.214 stationäre Fälle 40.595 ambulante Fälle 4.084 Operationen 472 Mitarbeitende
	AUVA-Unfallkrankenhaus Klagenfurt am Wörthersee	
	AUVA-Unfallkrankenhaus Linz	
	AUVA-Unfallkrankenhaus Salzburg	
	AUVA-Traumazentrum Wien	
	Standort Lorenz Böhler, Standort Meidling	

<b>RZ</b>	AUVA-Rehabilitationszentrum Häring
	AUVA-Rehabilitationszentrum Wien Meidling
	AUVA-Rehabilitationsklinik Tobelbad
	AUVA-Rehabilitationszentrum Weißer Hof

# AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark | Graz



Kollegiale Führung	QSK-Mitglieder	CIRPS-Vertrauensteam
<p><b>Ärztlicher Direktor</b>                      Prim MR. Dr. Michael Plecko                      (bis 31. 8. 2020)                      Dr. Roland Frank                      (bis 30. 4. 2021)                      Prim. Prof. Dr. Christian                      Kammerlander (ab 1. 5. 2021)</p> <p><b>Pflegedirektor</b>                      Michael Pichler, MSc</p> <p><b>Standortleitung Pflege</b>                      Sieglinde Fuhrmann, MSc</p> <p><b>Verwaltungsdirektor</b>                      Andreas Passl, MBA MAS</p>	<p>Markus Bärnthaler, MSc                      Petra Dorfner                      Sophie Gärtner                      Dr. Maximilian Kerl                      Andrea Kern                      Kathrin Kowald                      Dr. Aurel Krauss                      Dr. Johannes Menner                      Brigitta Niederbichler-Fuchs                      Gerhard Reisinger                      Andrea Zotter                      (in Karenz, Vertretung Kathrin                      Kowald)</p>	<p>Markus Bärnthaler, MSc                      Peter Dorfer                      Petra Dorfner                      Stefan Ertler                      Andrea Fallmann                      Gerhard Fasching                      Gerhard Ferstl                      Dr. Michael Fiedler                      Eva Frohmann                      Dr. Gerhard Jauk                      Barbara Mayr                      Dr. Barbara Strachwitz</p> <p><b>Hygieneteam</b></p> <p>Petra Dorfner                      Dr. Milan Niks</p>

## PDCA-Übersicht

### Entlassungsmanagement

**Plan** *Ziel und Indikator*

Ziel	Indikator
6.4 Patientinnen, Patienten und Angehörige mit erhöhtem Betreuungs- und Versorgungsbedarf sind mit der erhaltenen Unterstützung und Information zufrieden.	6.4a Fragen in Angehörigen-Fragebögen mit drei Fragen und einer offenen Frage werden positiv bewertet.

**Do** *Umgesetzte Maßnahmen/vorhandene Dokumente*

- Hauptberufliche Entlassungsmanagerin seit März 2013
- Einheitliche Statistik innerhalb medizinischer Einrichtungen der AUVA seit 2019
- Einheitliches DRS (discharge risk screening) innerhalb medizinischer Einrichtungen der AUVA seit 2020
- Handbuch Entlassungsmanagement Standort Graz, aktuelle Version März 2020

**Check** *Ergebnisse des letzten Checks und Datum für den nächsten Check*

- Anonyme Angehörigenbefragung März 2020, (n=56), 5teilige Notenskala („Sehr gut“, „Gut“, „Befriedigend“, „Genügend“, „Nicht genügend“)
  - ◆ Gesamtzufriedenheit mit Entlassungsmanagement: 98 Prozent: Sehr gut, zwei Prozent: Gut
  - ◆ Unterstützung von Entlassungsmanagerin: 95 Prozent: Sehr gut, fünf Prozent: Gut
  - ◆ Information durch Entlassungsmanagerin: 95 Prozent: Sehr gut, fünf Prozent: Gut
  - ◆ Erreichbarkeit der Entlassungsmanagerin: 89 Prozent: Sehr gut, elf Prozent: Gut

**Act** *Abgeleitete Maßnahme aus dem Ergebnis*

- Angehörige erhalten bei Abwesenheit der Entlassungsmanagerin wichtige Informationen per Tonband

## Entlassungsmanagement



*Angehörigengespräch (Archivbild vor COVID-19-Pandemie)*

Unter dem Begriff Entlassungsmanagement versteht man alle pflegerischen, organisatorischen oder interdisziplinären Maßnahmen, welche im Vorfeld der Entlassung oder Verlegung eines Patienten bzw. einer Patientin geschehen. Zu den Kernaufgaben der Entlassungsmanagerinnen Daniela Kupfner und Melanie Spitaler gehören daher

- die Beratung in Bezug auf weitere Betreuungsmöglichkeiten
- die Ermittlung des individuellen Betreuungs-, Schulungs- und Dienstleistungsbedarfs
- die Planung der Entlassung in Absprache mit externen Ansprechpartnern
- die Weiterleitung notwendiger Informationen
- die Durchführung erforderlicher Dokumentationen

Nach einer erfolgreichen Evaluierung im Jahr 2016 wurden im Frühjahr 2020 Angehörige von Patientin-

nen und Patienten mit erhöhtem Betreuungsbedarf neuerlich um ihre Sichtweise gefragt.

Zur Befragung wurden Fragebögen mit Antwortkuverts zur anonymen Teilnahme persönlich an Angehörige ausgehändigt. Bei einer Grundgesamtheit von 79 Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Betreuungsbedarf im Untersuchungszeitraum eines Monats konnte mit 56 retournierten Fragebögen eine Rücklaufquote von 71 Prozent erreicht werden.

Die Sichtweise der Angehörigen kann erfreulicherweise durchaus als „ausgezeichnet“ beurteilt werden. Bei der Abfrage der Gesamtzufriedenheit nach dem Schulnotensystem vergaben 98 Prozent der Teilnehmer ein „Sehr gut“, nur zwei Prozent ein „Gut“, schlechtere Beurteilungen wurden nicht verteilt.

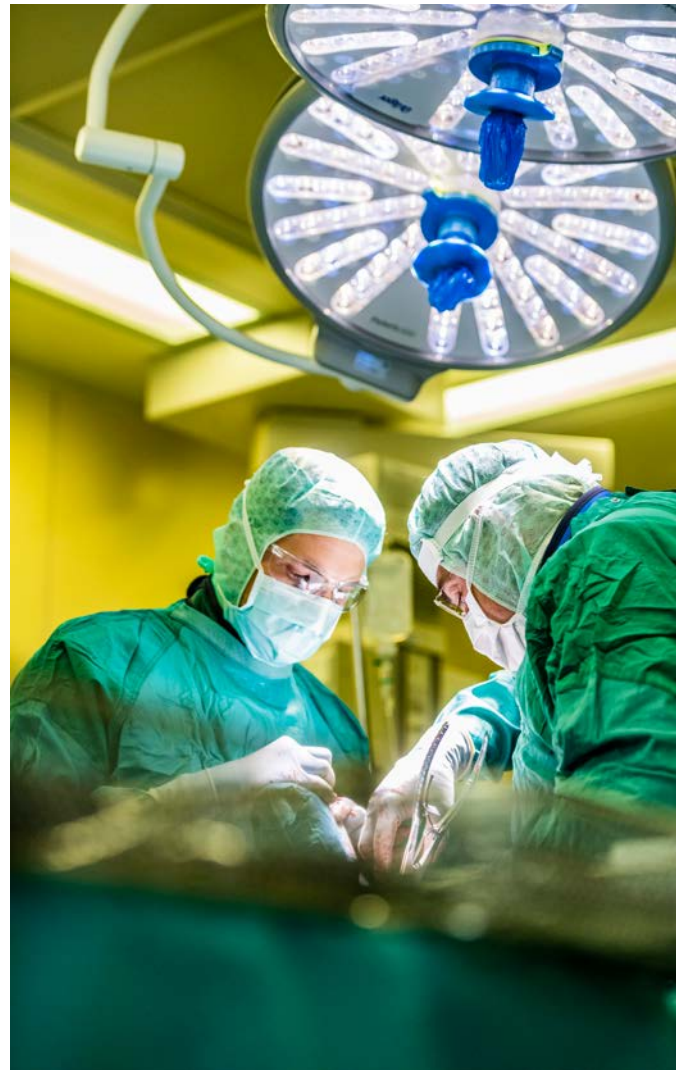
Auch bei den übrigen Fragen gab es keine einzige Benotung, die schlechter war als ein „Gut“. Gefragt wurde nach der Erreichbarkeit der Entlassungsmanagerin (89 Prozent „Sehr gut“), nach dem Ausmaß der Informationsweitergabe (95 Prozent „Sehr gut“) und nach dem Ausmaß der erhaltenen Unterstützung (95 Prozent „Sehr gut“).

Im vorhandenen Freitextfeld wurde 23 Mal Lob ausgesprochen, wie z.B. „Die Unterstützung im Zusammenhang mit der Entlassung war eine große Hilfe, ich war sehr erleichtert“, „gut organisiert“, „In diesen schweren Zeiten wurden wir sehr, sehr gut unterstützt“. Demgegenüber wurden lediglich zwei kritische Rückmeldungen abgegeben: „fehlende Vertretung“ und „haben zu Hause entdeckt, dass wir Patientenlifter benötigen – hätte schon im Krankenhaus bestellt werden können“.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die fachliche Kompetenz und das große Engagement der Entlassungsmanagerinnen, mit der wichtigen Unterstützung aller am Entlassungsprozess beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, bei den Angehörigen sehr gut wahrgenommen und sehr dankbar angenommen wird.

## Bericht der QSK

### Medizinischer Rückblick



OP-Situation UKH Steiermark Standort Graz



OP-Situation UKH Steiermark Standort Graz

Auch im Jahr 2020 kann das Unfallkrankenhaus Steiermark Standort Graz auf hervorragende medizinische Leistungen verweisen. Die rund 5.000 durchgeführten Operationen gliedern sich u.a. in folgende Gruppen:

Tabelle: Gliederung der durchgeführten Operationen

Region	Anzahl Eingriffe
Hand/Unterarm	1.225
Knie/Unterschenkel	1.121
Schulter/Oberarm/Ellbogen	753
Becken/Hüfte/Oberschenkel	584
Fuß	563

Quelle: internes Berichtswesen Controlling, Stand: 25.02.2021



Auch die wissenschaftlichen Aktivitäten wurden 2020 weiter verstärkt. Es wurden 15 wissenschaftliche Publikationen in renommierten Fachzeitschriften veröffentlicht. Im Rahmen wissenschaftlicher Veranstaltungen wurden 23 Fachvorträge von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Unfallkrankenhauses Steiermark Standort Graz beigesteuert.

Weiterführend wurden verschiedene Forschungs-Kooperationen mit dem AUVA – Ludwig-Boltzmann-Institut für experimentelle und klinische Traumatologie (LBI) Wien und der Medizinischen Universität Graz sowie den Universitätskliniken in Innsbruck, Salzburg, Zürich, Münster und der Charité in Berlin projektiert bzw. umgesetzt.

## QM-Aktivitäten 2020

### Feedbackmanagement

Patientinnen und Patienten nutzen gerne das Instrument des Feedbackmanagements, um mit dem Krankenhaus Kontakt aufzunehmen und ihre Sicht auf die Behandlung kundzutun.

Die Kontaktaufnahme fand im Jahr 2020 am häufigsten (65 Prozent) schriftlich mittels der Meinungskarten, welche in allen Funktionsbereichen des Hauses aufliegen, statt. Rund 15 Prozent der Kontaktaufnahmen erfolgten elektronisch per E-Mail, zehn Prozent teilen sich auf telefonische bzw. persönliche Kontaktaufnahmen auf. Im ersten Jahr der COVID-19 Pandemie verringerte sich die Anzahl der erfassten Meldungen auf 156 und damit rund die Hälfte des langjährigen Durchschnitts.

Geblieben ist die Tatsache, dass die Mehrheit der erfassten Meldungen ausschließlich Lob enthält. So waren im Jahr 2020 84 Meldungen (54 Prozent) der Meldungen positiv, 50 Meldungen (32 Prozent) negativ, die restlichen 22 Meldungen (14 Prozent) enthielten sowohl Lob als auch Kritik bzw. Anregungen.

Es wird grundsätzlich auf jede namentlich abgegebene Meldung rasch und strukturiert reagiert. Kritischen Meldungen wird unverzüglich vom Qualitätsmanager Markus Bärnthaler gemeinsam mit den jeweils verantwortlichen Bereichsleitungen bzw. mit dem zuständigen Mitglied der



Patient füllt eine Meinungskarte aus (Archivbild aus Zeit vor COVID-19-Pandemie)

Krankenhausleitung nachgegangen und Kontakt mit dem Beschwerdeführer oder der Beschwerdeführerin aufgenommen. Werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter namentlich lobend erwähnt, erhalten sie das Lob umgehend weitergeleitet. In den Rückmeldungen wird am häufigsten die fachliche Kompetenz oder der Umgang bzw. die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten lobend erwähnt. Unter den negativen Meldungen wird das Thema „Wartezeiten“, vor allem in der Frischverletztenambulanz, am häufigsten angesprochen. Interne Evaluierungen zeigen, dass diese kritischen Meldungen beinahe ausschließlich auf Patientinnen und Patienten mit niedriger Behandlungsdringlichkeit zurückzuführen sind.

Neben der laufenden Beantwortung und Klärung aller namentlichen Rückmeldungen werden, je nach Meldungsinhalt, unterschiedliche Maßnahmen gesetzt. So kam es im Lauf des letzten Jahres zum Beispiel zu technischen Überprüfungen, nachträglicher medizinischer Evaluierung des Behandlungsverlaufes oder der Organisation notwendiger ärztlicher Wiederstellungen.

Halbjährlich wird von der Stabstelle QM ein umfassender Bericht für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erstellt. Der Bericht enthält die Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten im Wortlaut und fasst die wichtigsten Kennzahlen im Feedbackmanagement übersichtlich zusammen.

## Gemeinsame Demenzstrategie

Im Zuge der organisatorischen Zusammenlegung der Standorte Graz und Kalwang zum UKH Steiermark erging an die Stabstellen QM der Auftrag, eine gemeinsame Demenzstrategie für beide Standorte zu entwickeln. Ziel dieses Projekts war die Erarbeitung eines eigenen Leitfadens zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit demenziellen Erkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der medikamentösen Therapie, der Schmerztherapie sowie der Unterstützung für pflegende Angehörige.

Mit einer interdisziplinär besetzten Projektgruppe wurde dieser Auftrag erfolgreich abgeschlossen



*Patient mit Gehgestell*

und alle relevanten Inhalte erarbeitet. Der nun vorliegende Leitfaden spannt inhaltlich einen weiten Bogen. Themen sind u.a. Begriffsdefinitionen, wie die Unterscheidung von Demenz und Delir, Empfehlungen zur Prävention, Testverfahren zum Erkennen eines Delirs, die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit kognitiver Auffälligkeit, detaillierte Prozessbeschreibungen, pflegerisch-therapeutische Interventionen zur Delirprophylaxe bzw. bei Delir und medikamentöse Therapieschemata bei Delir. Aktuelle Vorgaben zum Erwachsenenschutz runden den Leitfaden ab.

Die gemeinsame Demenzstrategie befindet sich aktuell an beiden Standorten in Umsetzung und deren Wirkung wird 2022 evaluiert.

## Zusammenführung bestehender Hygienekonzepte an den beiden Standorten des Unfallkrankenhauses Steiermark

Die Hygienefachkräfte Petra Dorfner und Karin Kracher wurden mit einem Projekt zur Entwicklung eines einheitlichen Hygienekonzeptes für beide Standorte des Unfallkrankenhauses Steiermark, Graz und Kalwang, betraut.



*Hygieneschulung*

Ausgehend von unterschiedlichen Hygienekonzepten an den Standorten war die Zielsetzung eine schrittweise Annäherung an einen generalisierten Hygieneplan unter Wahrung der Standortindividualität. Seit dem Projektstart im Jänner 2019 wurden drei Arbeitspakete in Angriff genommen und erfolgreich umgesetzt.

Das erste Arbeitspaket beinhaltet die Vereinheitlichung des Hygiene-Jahresabnahmeplanes beider Standorte in Bezug auf Inhalte, Intervalle der Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen und Layout. Das zweite Arbeitspaket hatte ein Konzept zur Verbandswechselschulung als Grundlage. Im dritten Arbeitspaket wurde ein Handbuch für die Patientenisolierung mit allen wesentlichen theoretischen und praktischen Aspekten erarbeitet.

Bezüglich Patientenisolierung gab es für den stationären Bereich ausreichend Literatur und Unterlagen. Für andere Funktionsbereiche wie Ambulanz, Röntgen oder Physiotherapie war dies nicht der Fall, Inhalte zu notwendigen personen-, organisations-, raum- und materialbezogenen Maßnahmen wurden



*Hygieneschulung im Hörsaal*

in interdisziplinären Kleingruppen erarbeitet. Von den Arbeitsgruppen wurden eine Checkliste für Isolierungsmaßnahmen auf der Station sowie vier weitere bereichsspezifische Checklisten für den Umgang mit Patienten mit spezieller Keimsituation im OP, in der Ambulanz, im Röntgen und in der Physiotherapie entwickelt. Eine bildhafte Anleitung zum An- und Ausziehen der Persönlichen Schutzausrüstung, ein Hinweisschild für Besucher sowie zahlreiche erregerspezifische Informationsblätter (bei MRE, Norovirus, Krätzmilbe, Kleiderlaus, Kopflaus und Bettwanze) wurden ebenfalls erarbeitet und sind im hauseigenen Dokumentenmanagementsystem abrufbar.

## COVID-19 Pandemie



Eingangsbereich  
UKH Steiermark  
Standort Graz



Reduzierte Sitzmöglichkeit während COVID-19 Pandemie

Die Pandemie hat auch den Standort Graz gezwungen, tiefgreifende Veränderungen der bestehenden Versorgungsabläufe durchzuführen. Neue Zugangsregelungen, erstmalige Mitarbeiterkohortierungen, neue und sich häufig ändernde Testverfahren, ungewohnte Besuchsverbote, vielfältige Schutzmaßnahmen, außergewöhnliche Verhaltensregeln – in die bewährten Kernprozesse der Aufnahme, Diagnostik, Behandlung und Entlassung von Patientinnen und Patienten als auch in die unterschiedlichsten Supportprozesse haben tiefe Einschnitte stattgefunden. Die Patientenversorgung hat sich von einem eher stabilen zu einem höchst volatilen Umfeld gewandelt. Seit Beginn der Pandemie ist von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in höchstem Maße Flexibilität gefordert.

Die Hygienefachkraft Petra Dorfner und der Hygienebeauftragte Arzt, OA Dr. Milan Niks, haben frühzeitig, schon am 27. Februar 2020, mit Informationsveranstaltungen über SARS-CoV-2, Schulungen zum kontaminationsfreien An- und Ausziehen Persönlicher Schutzausrüstung sowie Schulungen zum Umgang mit SARS-CoV-2 positiven Patientinnen und Patienten begonnen. Bis 13. März 2020, dem Beginn des 1. Lockdowns, konnten am Standort Graz 320 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter informiert bzw. geschult werden. In Summe wurden bis Jahresende 620 Schulungen zu diesen Inhalten durchgeführt.

Petra Dorfner und OA Dr. Milan Niks sind seither die zentralen Ansprechpartner für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie stehen telefonisch und persönlich Rede und Antwort, leisten als Mitglieder des Krisenstabes vor Ort wertvolle Informations- und Unterstützungsarbeit und unterstützen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich in Quarantäne befinden. Außerdem pflegt OA Dr. Milan Niks einen engen Informationsaustausch und Kontakt mit den Gesundheitsbehörden.

## Informationsmanagement in Zeiten der Pandemie

Seit Beginn der Pandemie sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer Vielzahl von Veränderungen konfrontiert. In einem Umfeld, in dem sich laufend Abläufe ändern, ist es essentiell, ihnen in allen

Bereichen einen möglichst niederschweligen Zugang zu den aktuellsten Informationen zu gewährleisten.

In enger Zusammenarbeit der Hygienefachkraft Petra Dorfner mit dem Qualitätsmanager Markus Bärnthaler wurde ein umfassendes digitales COVID-19-Sammeldokument erstellt, welches alle wichtigen und aktuellen Informationen erfasst. Systemadministrator Oliver Loss hat dieses Unterfangen technisch unterstützt, somit werden die Inhalte dieses Dokuments allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hauses aktuell und auf kurzem Wege mittels eigenem Icon auf jedem Desktop zur Verfügung gestellt.

Das erste im Zuge der Pandemie erstellte COVID-19-Sammeldokument bestand aus einer einzigen Seite mit vier Kapiteln und 19 verlinkten Dokumenten. Mit Stand Februar 2021 ist das Sammeldokument auf neun Seiten gewachsen und enthält in sieben Kapiteln 30 verlinkte Dokumente – von Checklisten über Detailregelungen von Teilprozessen bis hin zu Lehrvideos. Der inhaltliche Aufbau des COVID-19-Sammeldokuments ist mit den Kapiteln „Patientenaufnahme“, „Diagnostik und Behandlung“ sowie „Entlassung“ an den Patientenbehandlungsprozess angelehnt. Eigene Kapitel zu Hygienethemen, Mitarbeiterthemen bzw. Meldepflichten runden das Dokument ab. Diese Unterlage wird im Auftrag des Krisenstabes laufend aktualisiert.

## Interdisziplinäres Debriefing

Im Rahmen eines interdisziplinären moderierten Debriefings konnte Ende Oktober 2020 im Auftrag der Verwaltungsdirektion gemeinsam über die Erfahrungen der unterschiedlichen Berufsgruppen mit der COVID-19 Situation reflektiert werden. Ziel dieser Veranstaltung war es, gemeinsam aus den Erfahrungen zu lernen und Maßnahmen für die Zukunft abzuleiten. In Gruppenarbeiten wurde erhoben, was im jeweiligen Arbeitsbereich während der COVID-19 Situation gut gelungen ist, welche Lernerfahrungen aus der Situation mitgenommen werden können, was im Fall eines erneuten Lockdowns nicht mehr passieren soll und welche Wünsche an andere Berufsgruppen gerichtet werden. Die Zusammenarbeit unter den Berufsgruppen wurde von den Teilnehmerinnen

und Teilnehmern bei dieser Veranstaltung sehr gut bewertet. Die enorme Wichtigkeit einer raschen, transparenten und in allen Berufsgruppen gleichermaßen notwendigen Informationsweitergabe hat sich auch bei diesem Workshop klar herauskristallisiert.

## Punkt-Prävalenz-Untersuchung

Das UKH Steiermark hat im Jahr 2019 an der europaweiten Punkt-Prävalenz-Untersuchung zum Vorkommen nosokomialer Infektionen und zur Anwendung von Antibiotika teilgenommen. Die Studie wurde in Österreich von der Meduni Wien geleitet. Federführend war das ECDC, das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten. Die Hygieneteams aus Graz und Kalwang haben im November 2019 flächendeckend Daten aller stationären Patienten hinsichtlich nosokomialer Infektionen und Einsatz von Antibiotika erhoben.

Das UKH Steiermark hat im Rahmen der Studie im österreichischen Vergleich gut abgeschnitten. Als Verbesserungspotenzial fiel auf, dass bei einigen Patientinnen und Patienten der Grund für einen Antibiotikaeinsatz nicht klar nachzuvollziehen war. Auch eine Begründung für ein längeres Belassen eines Harn-Dauerkatheters war nicht immer aus der Fieberkurve ersichtlich. Die genannten Punkte wurden zum Anlass genommen, diesbezüglich ein noch besseres Bewusstsein bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu schaffen.

## Jahresbericht CIRPS 2020

Auch im Jahr 2020 wurden zahlreiche Meldungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern betreffend Patientensicherheit erfasst, ein großer Teil der geplanten Arbeitstreffen konnte trotz COVID-19 Pandemie stattfinden. Rund jede zweite Meldung wurde namentlich abgegeben. Die Ärzteschaft war mit neun Meldungen die Berufsgruppe mit den meisten Meldungen, knapp gefolgt von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus der Pflege. Die meisten Meldungen betrafen Abläufe rund um die operative Versorgung oder die stationäre Behandlung.

Nach Recherche, interner Bewertung und Aufbereitung durch das CIRPS-Vertrauensteam wird jede Meldung in regelmäßig geplanten Arbeitstreffen der Krankenhausleitung vorgestellt und diskutiert. Als Konsequenz ergeht bei einem Gutteil der Meldungen eine mündliche oder schriftliche Information an betroffene Berufsgruppen. Fallweise werden Themen in Fortbildungen aufgegriffen, in vier Fällen konnten im Jahr 2020 systemisch wirksame Struktur- bzw. Prozessveränderungen angestoßen werden.

### Risikominimierung von Medikationsfehlern

Weltweit ist etwa ein Viertel der unerwünschten Ereignisse im Krankenhaus auf Vorfälle bei der Medikation zurückzuführen. Davon führt wiederum



*Warnetikette Medikamentenallergie*



*Warnschild Medikamentenallergie*

rund ein Viertel zu einem verlängerten Spitalsaufenthalt und gut 30 Prozent bedingen eine unnötige Behandlung oder haben einen Schaden für die Patientinnen und die Patienten zur Folge. Die Plattform Patientensicherheit verweist auf Einzelstudien, welche diese aus dem amerikanischen Raum stammenden Zahlen auch für Österreich belegen.

Zur Verhinderung von Patientschäden durch allergieauslösende Medikamente wurden im Lauf der Jahre am Standort Graz bereits einige Vorgaben und Kontrollschritte definiert. Im Jahr 2020 wurden weitere Maßnahmen beschlossen, um das bestehende Risiko noch weiter zu minimieren: das Risiko „Medikamentenallergie“ wird zusätzlich optisch auf der Fieberkurve hervorgehoben, ein Warnetikett auf dem Medikamentendispenser und ein Warnschild am Patientenbett erhöhen zusätzlich die Aufmerksamkeit aller pflegerischen und ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei Patientinnen und Patienten mit bekannter Medikamentenallergie.

## Publikationen und Vorträge 2020

In den nachfolgenden Tabellen werden die im Jahr 2020 veröffentlichten Publikationen und gehaltenen Vorträge dargestellt.

Publikationen 2020 im UKH Steiermark Standort Graz		
Titel	Journal	Autorinnen/Autoren
Axillary nerve elongation in humeral fracture plating: A cadaveric study for comparison between straight and helical Philos plate.	Orthop. 2020 19(3): 233-236.	Dauwe J, Grechenig P, Unterfrauner I, <b>Schwarz A</b> , Weiglein A, Hohenberger G
Traumatic upper extremity injuries: Analysis of correlation of mangled extremity severity score and disabilities of the arm, shoulder and hand score	Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2020 26(1): 95-102	Hohenberger G, Cambiaso-Daniel J, <b>Schwarz A</b> , Boukavalas S, Seibert FJ, Konstantiniuk P, Cohnert T
Patellar Tendon Length is Associated with Lower Extremity Length but not Gender.	Indian J Orthop. 2020 54(3): 352-357	Hohenberger G, Dreu M, <b>Kreuzthaler H</b> , Gruber G, Riedl R, <b>Schwarz A</b> , Vielgut I, Widhalm H, Sadoghi P
The Mangled Extremity Severity Score Fails to be a Good Predictor for Secondary Limb Amputation After Trauma with Vascular Injury in Central Europe.	World J Surg. 2020 44(3):773-779.	Hohenberger GM, Konstantiniuk P, Cambiaso-Daniel J, Matzi V, <b>Schwarz AM</b> , Lumenta DB, Cohnert TU
Evaluation of screw placement in proximal humerus fractures regarding drilling manoeuvre and surgeon's experience.	Injury, 2020 Feb 24	Hohenberger GM, <b>Schwarz AM</b> , Dauwe J, Grechenig P, Staresinic M, Feigl G, Bakota B
„Dorsal minimally invasive plate osteosynthesis of the distal tibia with regard to adjacent anatomical characteristics.“	Injury, 2020 Feb 11	Hohenberger GM, <b>Schwarz AM</b> , Grechenig C, Schwarz U, Feigl GC, Bakota B
Medial minimally invasive helical plate osteosynthesis of the distal femur – a new technique.	Injury, 2020 Feb 11, 2020	Hohenberger GM, <b>Schwarz AM</b> , Grechenig P, Clement B, Staresinic M, Bakota B
Morphology of the Posterior Interosseous Nerve with Regard to Entrapment Syndrome.	Indian J Orthop. 2020 Mar 14	Hohenberger GM, <b>Schwarz AM</b> , Grechenig P, Maier MJ, Schwarz U, Kuchling S, Gänsslen A, Weiglein AH
The 2-2-2-20-20 concept for supraacetabular Schanz screw insertion without additional radiography.	Injury, 2020 July 19	<b>Schwarz AM</b> , Hohenberger GM, Gechenig P, Kerner A, Gänsslen A, Staresinic M, Bakota B
Minimally invasive surgery for intra-articular calcaneus fractures: A 9-year, single-center, retrospective study of a standardized technique using a 2-point distractor.	BMC Musculoskeletal Disorders, 2020	<b>Rodemund C</b> , <b>Krenn R</b> , Kihm C, Leister I, Ortmaier R, <b>Litzlbauer W</b> , <b>Schwarz AM</b> , <b>Mattiassich G</b>
EBM-Kommentar zur Arbeit: Dynamische Untersuchung des medialen Kollateralbandes mittels Ultraschall beim Sportler: Reicht der Ultraschall allein zur Beurteilung aus?	Obere Extremität 2020 / Volume 15	<b>Niks M</b> (EBM Kommentar), Lenich A (Expertenkommentar)
Dorsale Stabilisierung der Anderson II Fraktur in Harms Technik im Vergleich zur konservativen Therapie	JATROS 05/2020/ 65. ÖGU Jahrestagung – Selected Abstracts / S. 51	Wels A, Anelli-Monti V, Pranzl T, <b>Schwarz AM</b> , Zacherl M, <b>Plecko M</b>
Variable Fixation Technology provides rigid as well as progressive dynamic Fixation: A Biomechanical Investigation.	J Bone Joint Surg Am 2020 Oct. 21	Frank A, Brianza S, <b>Plecko M</b> , Raschke MJ, Wähnert D
Variable fixation promotes callus formation: an experimental study on transverse tibial osteotomies stabilized with locking plates.	BMC Musculoskelet Disord 2020 Dec 3	<b>Plecko M</b> , Klein K, Planzer K, Wähnert D, Behm P, Ferguson SJ, Brianza S, Stadelman VA, von Rechenberg B
Lösungsmöglichkeiten bei fehlgeschlagenen Osteosynthesen an Schulter und Schultergürtel	OP-JOURNAL 2020, 36 (02)	<b>Plecko M</b>

Publikationen 2020 im UKH Steiermark Standort Graz		
Titel	Journal	Autorinnen/Autoren
Success Rate in Puncture of the Temporomandibular Joint	Clinical Anatomy, 2020 Jul,33(5):683-688	Hohenberger G M, Schwarz A M, Grechenig P, Grechenig C, Krassnig R, Weiglein A H, Feigl G C
The Important Relationship Between the Radial Artery's Course and the Radius during Henry's Anterior Forearm Surgical Exposure	Clinical Anatomy,2020 Oct,33(7):983-987	<b>Krassnig R</b> , Hohenberger G M, <b>Schwarz A M</b> , Maier M J, Eibinger N, Grechenig P, Weiglein A H.

Vorträge 2020		
Titel	Veranstaltung	Vortragende
Rampenläsion	internationaler Kniekurs Innsbruck Februar 2020	<b>Hausbrandt P, Sorger S E, Mandl J</b>
Rampenläsion	Arthrex-Webinar, Oktober 2020	<b>Mandl J, Hausbrandt P, Sorger S E</b>
Dorsale Stabilisierung der Anderson II Fraktur in Harms Technik im Vergleich zur konservativen Therapie	56. ÖGU & 1. ÖGOuT Jahrestagung Oktober 2020	<b>Wels A, Anelli-Monti V, Schwarz A, Pranzl T, Zacherl M, Plecko M</b>
ROSC nach traumatischer hoher zervikaler Querschnittsläsion: Was nun?	56. ÖGU & 1. ÖGOuT Jahrestagung Oktober 2020	<b>Wels A, Anelli-Monti V, Schwarz A, Pranzl T, Zacherl M, Plecko M</b>
Outcome lumbaler und lumbosakraler Fusionen: Klinisches und radiologisches Ergebnis nach TLIF – eine Single Center Analyse im Langzeit Follow-up	56. ÖGU & 1. ÖGOuT Jahrestagung Oktober 2020	<b>Schwarz A, Wels A, Anelli-Monti V, Zacherl M, Plecko M</b>
Korrelationsanalyse der operativen dorsalen Stabilisierungsverfahren bei Frakturen der Lendenwirbelsäule – Outcome im Single Center Design nach perkutaner versus offener Technik.	56. ÖGU & 1. ÖGOuT Jahrestagung Oktober 2020	<b>Schwarz A, Wels A, Kohrgruber G, Zacherl M, Plecko M</b>
Effects of photobiomodulation (PBM) on diabetic wound	56. ÖGU & 1. ÖGOuT Jahrestagung Oktober 2020	<b>Schwarz A, Slezak P, Slezak C, Redl H, Dungal P</b>
Korrelationsanalyse der operativen dorsalen Stabilisierungsverfahren bei Frakturen der Lendenwirbelsäule – Outcome im Single Center Design nach perkutaner versus offener Technik	56. ÖGU & 1. ÖGOuT Jahrestagung Oktober 2020	<b>Schwarz A, Zacherl M, Wels A, Kohrgruber G, Plecko M</b>
Outcome nach distaler Femurfraktur mittels Verplattung versus Mutars KRI	Austrian Knee Symposium Graz, März 2020	<b>Zacherl M</b>
Tetraplegia sub C6 AIS A of unknown origin	38th Annual International Symposium: Clinical Update in Anesthesia, Surgery, Peri- and Postoperative Medicine 2020, Jänner St. Kitts	<b>Krassnig R, Hohenberger G, Schwarz A, Berzins U, Wildburger R</b>
SI-Screw-Fixation: Computer aided study prevent unguided missile	ECTES 2020, European Congress of Trauma and Emergency Surgery), April 2020 Oslo	<b>Krassnig R, Pichler W, Viertler E, Schwarz A, Wildburger R, Hohenberger G</b>
Malposition of femoral component in hip arthroplasty	ECTES 2020, European Congress of Trauma and Emergency Surgery), April 2020 Oslo	<b>Krassnig R, Schwarz A, Ficherauer S, Berzins U, Hohenberger G, Wildburger R</b>
Konzept zur Positionierung der Humerus-Komponente der Ellenbogen-Totalendoprothese im komplexen Frakturmanagement.	27. Jahreskongress der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e.V. = DVSE WEBI-NAR, November 2020	<b>Schwarz A, Hohenberg G, Schwarz U, Sauerchnig M, Niks M, Feigl G, Weiglein A, Plecko M</b>

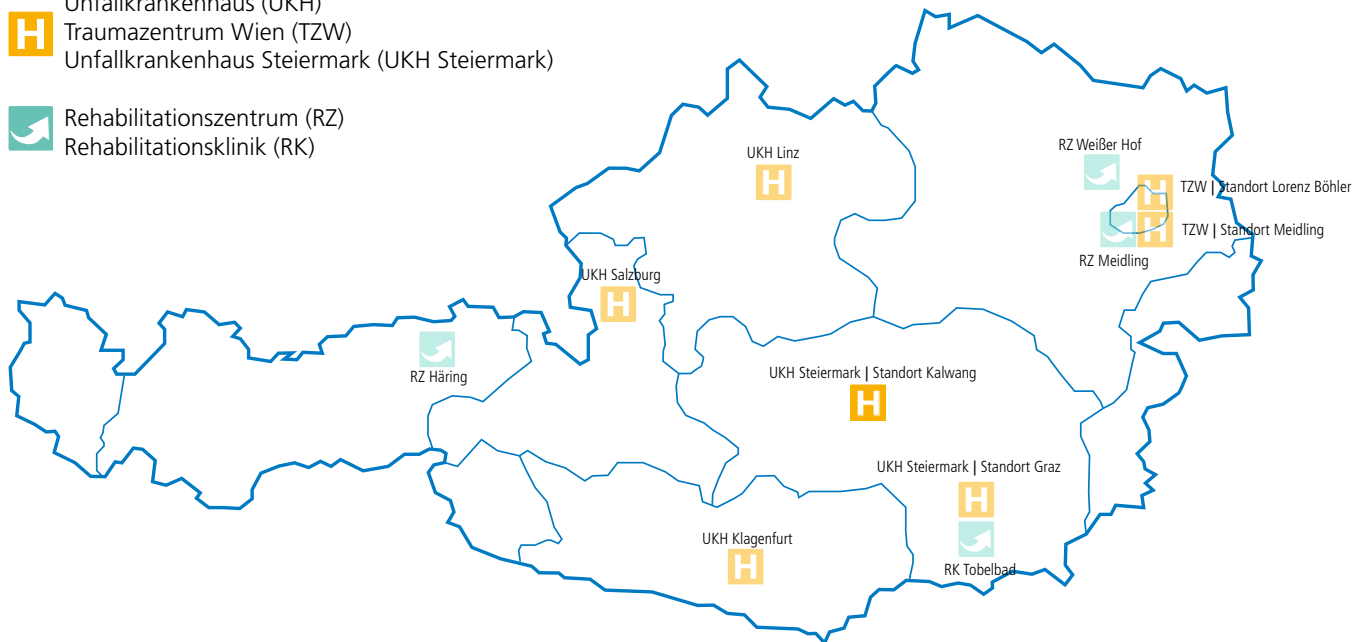


Vorträge 2020		
Titel	Veranstaltung	Vortragende
Increasing Magnitude of variable Fixation promotes increasingly larger callus formation in Osteotomies stabilized with locking plates	First virtual EFORT Congress / VEC Oktober 2020	<b>Plecko M</b> , Klein K, Wähnert D, Behm P, Ferguson SJ, Brianza S, Stadelmann VA
Novel Variable Fixation Technology Provides Rigid As Well As Dynamic Fixation Of Bone Segments Stabilized With Locking Plates	First virtual EFORT Congress / VEC Oktober 2020	Frank A, <b>Plecko M</b> , Brianza S, Raschke M, Wähnert D
Supra und diakondyläre Humerusfrakturen, Ellbogen und Unterarm	69. Fortbildung ÖGU - Webinar November 2020	<b>Plecko M</b>
Refresher Katastrophenplan /MANV	Unfallchirurgischen Fortbildung UT Graz, Jänner 2020	<b>Fronhöfer G</b>
Refresher Schmerztherapie	Unfallchirurgischen Fortbildung UT Graz, Jänner 2020	<b>Menner J</b>
Die chefärztliche Station: Aufgaben und Tätigkeitsbereich – Realität und Mystik.	Unfallchirurgischen Fortbildung UT Graz, Februar 2020	<b>Neugebauer H</b>
Hygiene Statistik 2019	Unfallchirurgischen Fortbildung UT Graz, März 2020	<b>Niks M</b>
Hundebiss	Unfallchirurgischen Fortbildung UT Graz, November 2020	<b>Ortner T</b>
Wundmanagement	Unfallchirurgischen Fortbildung UT Graz, November 2020	<b>Gutschi J</b>

## Unfallkrankenhäuser und Rehabilitationszentren

**H** Unfallkrankenhaus (UKH)  
 Traumazentrum Wien (TZW)  
 Unfallkrankenhaus Steiermark (UKH Steiermark)

**RZ** Rehabilitationszentrum (RZ)  
 Rehabilitationsklinik (RK)



<b>UKH Steiermark</b>	<b>AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark</b>	
	<b>Standort Kalwang</b>	
	<b>Rudolf-von-Gutmann-Straße 1</b> <b>8775 Kalwang</b> <b>Tel.: +43 5 93 93-47000</b>	73 Betten 2.370 stationäre Fälle 8.950 ambulante Fälle 1.734 Operationen 207 Mitarbeitende
	E-Mail: <a href="mailto:UOV@auva.at">UOV@auva.at</a>   <a href="http://www.ukh-steiermark.at">www.ukh-steiermark.at</a>	
	AUVA-Unfallkrankenhaus Klagenfurt am Wörthersee	
	AUVA-Unfallkrankenhaus Linz	
AUVA-Unfallkrankenhaus Salzburg		
AUVA-Traumazentrum Wien		
Standort Lorenz Böhler, Standort Meidling		

<b>RZ</b>	AUVA-Rehabilitationszentrum Häring
	AUVA-Rehabilitationszentrum Wien Meidling
	AUVA-Rehabilitationsklinik Tobelbad
	AUVA-Rehabilitationszentrum Weißer Hof

# AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark | Kalwang



Kollegiale Führung	QSK-Mitglieder	CIRPS-Vertrauensteam
<p><b>Ärztlicher Direktor</b>                      Prim MR. Dr. Michael Plecko                      (bis 31. 12. 2020)                      Dr. Roland Frank                      (bis 30. 4. 2021)                      Prim. Prof. Dr. Christian                      Kammerlander (ab 1. 5. 2021)</p> <p><b>Ärztliche Standortleitung</b>                      Prim. Dr. Harald Etschmaier                      (bis 31.12.2020)</p> <p><b>Pflegedirektor</b>                      Michael Pichler, MSc</p> <p><b>Verwaltungsdirektor</b>                      Andreas Passl, MBA MSc</p> <p><b>Standortleitung Verwaltung</b>                      Dipl. KBW Helmut Kreiner</p>	<p>Bettina Götschl                      Laura Palmethofer                      Dr. Elisabeth Prelog-Igler, MSc                      Bernadette Waggenmayer</p>	<p>Natascha Eberhart                      Armin Griesser                      Heimo Gumpold                      Mag. Dr. Michaela Pilch                      Kerstin Steffl</p>
		<p><b>Hygieneteam</b></p> <p>Dr. Markus Heimpl                      Karin Kracher</p>

## QM-Aktivitäten 2020

Das Jahr 2020 war auch im UKH Steiermark Standort Kalwang ein „anderes Jahr“, wie wir es noch nicht erlebt haben. Trotz der besonderen Herausforderung der COVID-Pandemie wurden QM-Projekte nach der Rezertifizierung nach KTQ® im Dezember 2019 weitergeführt, neue begonnen und andere erfolgreich abgeschlossen.

Beispielhaft werden folgende Projekte näher beschrieben:

- Befragung Knie-Totalendoprothesen und Schmerz
- Patientenmerkblätter für geplante Operationen
- Generalsanierung der OP-Säle
- Projekt Sicherheit und Gewaltprävention
- Fallbesprechungen innerhalb der Pflege und Pflegedokumentation

### Befragung Knie-Totalendoprothesen und Schmerz

Die Befragung „Effektivität des postoperativen Schmerzmanagements bei Knie-Totalendoprothesen“ (von Mitte Okt. bis Anfang Dez. 2020) befasste sich mit dem derzeit praktizierten Schmerzmanagement bei der Implantation von Knie-Totalendoprothesen. Die Effizienz des Schmerzkatheters wurde evaluiert. Anlass für die Befragung war die Frage, inwieweit Schmerzkatheter die frühzeitige postoperative Mobilisation tatsächlich einschränken. Der Fokus der Befragung lag daher auf der **postoperativen Mobilisierung** sowie dem **postoperativen Schmerzstatus**.



Oberschenkel mit Schmerzkatheter und Schmerzpumpe

### Methodik

Befragung von 19 Patientinnen und Patienten, die eine Knie-Totalendoprothese mit Schmerzkatheter erhielten. Ergänzend wurden Angaben der Pflege, der Physiotherapie und der Anästhesie einbezogen. Insgesamt wurden fünf Fragebögen (Pflege, Anästhesie, Chirurgie, Physiotherapie, Patient) eingesetzt. Beispiel: Fragebogen Pflege.

### Fragestellung(en)

- Die zentrale Fragestellung lautete: **Wie effektiv ist das perioperative Schmerzmanagement bei Knie-Totalendoprothesen mit Schmerzkatheter in Kalwang?**

Folgende weitere Fragen waren zu evaluieren:

- Wie ist das derzeitige peri-/postoperative Schmerzmanagement zu bewerten?
- Wie hoch ist der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Schmerzkatheter, die am ersten postoperativen Tag aufgrund eingeschränkter Motorik (Paresen) nicht mobilisierbar sind?
- Wie hoch ist der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Schmerzkatheter, die am ersten postoperativen Tag aufgrund zu großer Schmerzen nicht mobilisierbar sind?

### Ergebnisse der Befragung

- 39 Prozent (sieben Personen) gaben die stärksten Schmerzen vor der Operation an. Somit war die Indikation zur Operation richtig und bewirkte eine schnelle Besserung des Gesamtzustandes
- Die Patientinnen und Patienten gaben an, dass sie während der Operation gut schliefen und keine Schmerzen hatten
- Am ersten postoperativen Tag auf der Intensivstation (IBST) äußerten die Patientinnen und Patienten die stärksten Schmerzen. Etwa die Hälfte beschrieb ihren Schlaf als schlecht
- 22 Prozent (vier Personen) gaben an, die stärksten Schmerzen auf der Bettenstation gehabt zu haben (Katheter verrutscht oder bereits entfernt)
- Innerhalb der ersten vier postoperativen Tage wurde ein maximaler Schmerz laut numerischer

- Rating-Skala (NRS) von 5 in Ruhe und 6 in Bewegung erreicht
- Am ersten postoperativen Tag konnten 100 Prozent der befragten Personen im Querbett sitzen, 88 Prozent aufstehen und 53 Prozent gehen**
- Ab dem zweiten postoperativen Tag konnten alle Befragten bereits aufstehen und einige Meter gehen

Ergebnisse der Befragung

Wo haben Sie die „stärksten Schmerzen“ gehabt?			
Vor der OP	Während OP	Auf IBST	Auf Bettenstation
7	0	8	4

War das Schmerzschema ausreichend?			
	7-9 Uhr	13 Uhr	18 Uhr
Ja	17 (100 Prozent)	15 (88 Prozent)	14 (82 Prozent)
Nein (Ärztin/Arzt benötigt)	0	2 (12 Prozent)	3 (28 Prozent)

Wie weit war Mobilisation möglich?			
	7-9 Uhr	13 Uhr	18 Uhr
Ja	17 (100 Prozent)	15 (88 Prozent)	9 (53 Prozent)
Nein (Ärztin/Arzt benötigt)	0	2 (12 Prozent)	8 (47 Prozent)

Schlussfolgerung

- Die teilweise postoperativen Einschränkungen der Mobilisation von Patientinnen und Patienten mit Knie-Totalendoprothesen und Ischiadicus-Katheter konnten auch am Standort Kalwang bestätigt werden (z.B.: Taubheitsgefühl, Fußheberschwäche etc.).
- Das derzeitige Schmerzschema mit Schmerzkatheter beeinflusst die Schmerzen während der Operation und postoperativ – wie Studien bereits belegt haben – positiv, begünstigte aber zum Teil die Einschränkungen der Mobilität.
- Die postoperativen Schmerzangaben waren mit einem maximalen NRS von 5 in Ruhe und 6 in Bewegung (innerhalb der ersten vier Tage postoperativ) im tolerablen Bereich.

- In Einzelfällen war das bestehende Schmerzschema unzureichend, sodass (meist gegen Abend) ein Arzt hinzugezogen werden musste. Eine Umstrukturierung des Schmerzschemas stellt hierbei eine Option zur Optimierung dar, um Schmerzen gegen Abend und in der Nacht zu vermindern und die Erholung der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Auf der IBST gaben 50 Prozent der Befragten Schlafprobleme an. Eine genauere Betrachtung der Gründe und Rahmenbedingungen auf der IBST wäre notwendig, um für Patientinnen und Patienten gerade in der unmittelbar postoperativen Phase gute Erholungsbedingungen zu schaffen.

Patientenmerkblätter für geplante Operationen

Um Patientinnen und Patienten im UKH Steiermark Standort Kalwang bestmöglich auf die geplante Operation vorzubereiten und sie zu informieren, wurden gemeinsam mit der Unfallchirurgie, Physiotherapie und Pflege Informationsblätter für die zwölf am häufigsten durchgeführten Operationen erstellt. Die Informationsblätter beinhalten folgende Themen:

- Indikation, OP-Technik, präoperative Anästhesieambulanz und stationäre Aufnahme



## Generalsanierung der OP-Säle

Trotz der Corona Pandemie und den damit verbundenen Maßnahmen konnte die seit 2019 geplante Generalsanierung von zwei Operationssälen im AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark Standort Kalwang durchgeführt werden.

Während der Umbauzeit zwischen Juli und Dezember 2020 wurden sämtliche Eingriffe im Dienst OP geplant. Das in der OP-Planungssoftware planbare Kontingent wurde um drei Stunden verkürzt. Die Dienstzeiten aller betroffenen Berufsgruppen wurde mittels Betriebsvereinbarung für die Umbauphase angepasst.

Da nur ein OP-Saal zu Verfügung stand, mussten alle akuten Patienten so rasch wie möglich versorgt werden. Dadurch verschob sich das geplante Kontingent in die Abend- und Nachtstunden.

Es wurden Spätdienste eingeführt. Bei der OP Pflege wurden die verlängerten Dienste in dieser Phase ausgesetzt und 12-Stundendienste eingeführt.

Mit dieser angepassten Dienstplangestaltung war es möglich, zehn Stunden planbares OP Kontingent zu gewährleisten und alle akuten Operationen einzugliedern, ohne die Mitarbeitenden zu überlasten.



Abbildung von Informationsblättern

- Stationär: Rund um den OP-Tag, Mobilisation, Belastung, postoperatives Bewegungsausmaß, Physiotherapie, Wundheilung, Thromboseprophylaxe
- Entlassungsmanagement: Hilfsmittel, Unterstützung zu Hause, Rehabilitation etc.
- Poststationär: Verhalten im Alltag, Schwellungsprophylaxe, Ernährung, Autofahren, Bewegung und Sport, Beruf, Kontrollen



Operationssäle vor Umbau

Anfang Dezember 2020 fand die Grundreinigung und Rückübersiedelung statt. Am 9. Dezember 2020 gingen schlussendlich OP I und OP II in Betrieb.

Nach fünf Monaten Bauzeit stehen nunmehr zwei hochmoderne OP-Säle zur Verfügung. Dafür wurden seitens der AUVA € 1,2 Mio. in den Standort Kalwang investiert.

Im Zuge der Generalsanierung konnte in den Operationssälen auch eine optimierte Anordnung für bildgebende Diagnostik und Dokumentationssysteme geschaffen bzw. vorbereitet werden. Dies bedeutet eine weitere Optimierung der Betriebsabläufe.

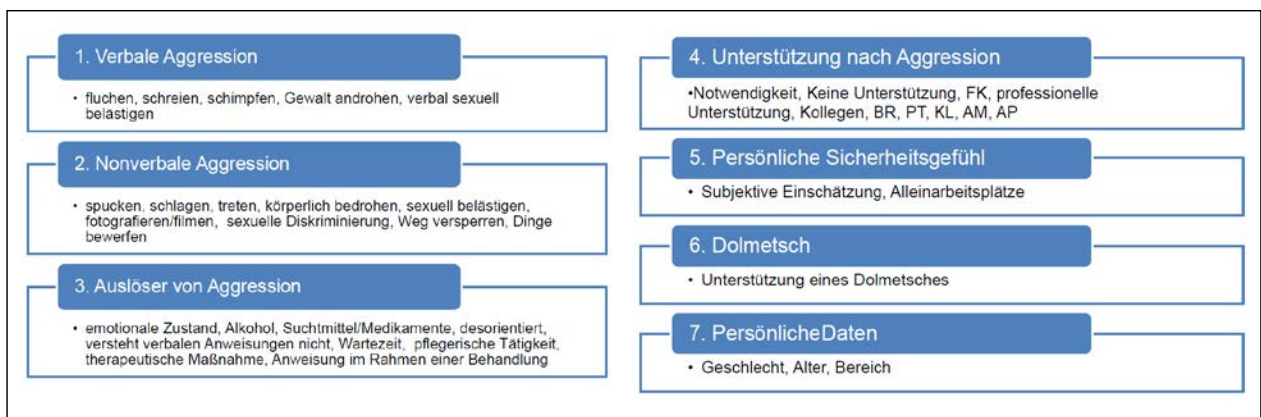


Operationssäle nach Umbau

## Projekt Sicherheit und Gewaltprävention

Im Rahmen des Projekts „Sicherheit und Gewaltprävention“ fand im November 2019 eine Befragung zum Thema Sicherheit am Arbeitsplatz statt. Alle

Mitarbeitenden konnten daran teilzunehmen. Die Rücklaufquote von fast 50 Prozent bestätigt die Wichtigkeit dieses aktuellen Themas.



### Ergebnisse der Befragung

Aggressions- ereignis	Verbale Aggression erfahren – Bereich (Angaben in Prozent)	
	Ja	Nein
Pflege	74,5	25,5
Medizin	56,3	43,7
Verwaltung	37,5	62,5
Alle (inkl. anonym)	61,9	38,1

Aggressions- ereignis	Verbale Aggression erfahren – Frau vs. Mann (Angaben in Prozent)	
	Ja	Nein
Frau	65,3	34,7
Mann	52,9	47,1

Aggressions- ereignis	Non-Verbale Aggression erfahren – Bereich (Angaben in Prozent)	
	Ja	Nein
Pflege	49,0	51,0
Medizin	25,0	75,0
Verwaltung	4,2	95,8
Alle (inkl. anonym)	33,0	67,0

Aggressions- ereignis	Non-Verbale Aggression erfahren – Frau vs. Mann (Angaben in Prozent)	
	Ja	Nein
Frau	34,7	65,3
Mann	23,5	74,5

Aggressions- ereignis	Sicherheitsgefühl am Arbeitsplatz (Angaben in Prozent)			
	Sehr sicher	Eher sicher	Eher unsicher	Sehr unsicher
Pflege	32,6	56,5	8,7	2,2
Medizin	64,3	35,7	0,0	0,0
Verwaltung	61,9	38,1	0,0	0,0
Alle (inkl. anonym)	44,0	50,0	4,8	1,2

### Implementierte Maßnahmen

- Plakat Patienten-Triage in der Ambulanz (Warum kommt man nicht in der Reihenfolge der Anmeldung dran?)

- Patienten-/Besucherverhaltensregeln als Plakat und als Film via Bildschirmen in Ambulanz
- Videoüberwachung der patientenfrequentierten Bereiche
- Angebot von Selbstverteidigungskursen
- Dienstplanmodell Probelauf Doppelnachtdienste auf beiden Bettenstationen (Februar 2020)
- Dienstplanmodell Probelauf Spätdienste auf beiden Bettenstationen (Juli 2020)
- Erstellung eines Leitfadens für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Fallbeispielen (aggressive/renitente Patienten, Besucher etc.)
- Erarbeitung eines Workflows für die Möglichkeit der Aussprache eines Hausverbotes für aggressive/renitente Patientinnen und Patienten
- Aggressionserfassungsbogen für die Meldung von Aggressionsereignissen
- Türöffnungskonzept Haupteingangstüre im Nachtdienst
- Alarmierungssystem für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (stiller Alarm)

### Noch zu implementierende Maßnahmen bis Projektende:

- Bereichsspezifische Erstellung von Plakaten mit dem Inhalt der Hausordnung in Piktogrammen – auch für Fremdsprache zu verstehen



Abbildung Handbuch Sicherheit und Gewaltprävention für MitarbeiterInnen



- Angebot von Laien-Dolmetschkursen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Schulungen für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in patientennahen Bereichen zum Thema verbale Deeskalation

Alle Maßnahmen zum Thema Sicherheit und Gewaltprävention sind im gleichnamigen Handbuch zusammengefasst.

## Fallbesprechungen innerhalb der Pflege und Pflegedokumentation

### Handbuch Pflege – Pflegedokumentation

Das Handbuch Pflege wurde überarbeitet und mit den Inhalten der „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017“ des österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) zum Thema Pflegeprozess, Assessment, Pflegediagnostik, Pflegeziele, Pflegeinterventionen, Evaluation, Pflegebericht und Nachweis der Durchführung ergänzt.

Thematisiert wird unter anderem die Vollständigkeit der pflegerischen Dokumentation, die aussagekräftige Formulierung des Pflegeberichtes, der Inhalt eines Evaluierungsberichtes und die Vorgehensweise nach einem Sturzgeschehen.

Diese Kapitel beinhalten in einfacher, verständlicher und anschaulicher Form die gesetzlichen Grundlagen und das Basiswissen zu den jeweiligen Themen.

Sie geben Auskunft, wozu die einzelnen Schritte erforderlich sind, was diese beinhalten und wie sie durchzuführen sind. Außerdem sind Formulierungshilfen für Pflegeberichtseinträge enthalten.

Somit ist dieses Handbuch ein umfassendes Nachschlagewerk und bildet eine hervorragende Grundlage zur Pflegedokumentation.



Abbildung Handbuch Pflege und Pflegedokumentation

Textlicher Auszug aus dem Handbuch:

### Formulierungshilfen für Pflegeberichtseintragungen

„Pat ist aggressiv/desorientiert.“

Der Leser weiß nicht, wie sich das „aggressive/desorientierte Verhalten“ geäußert hat. Auch gibt es keine Hinweise auf mögliche Beweggründe für das Verhalten. Möglicherweise entspricht die Formulierung einer subjektiven Wahrnehmung/Interpretation und hat somit den Status einer Wertung.

Beschreibung der Situation

Wie hat sich die Aggressivität geäußert?

Was wurde beobachtet? (ständiges Aufstehen,



Äußerung des Pat, Werfen von Gegenständen, Schreien) danach Beschreibung der gesetzten Maßnahmen.

„Pat äußert seine Ruhe zu wollen, hat beide Hände zu Fäusten geballt, lehnt die geplante Hautpflege ab, zurzeit örtlich desorientiert, erneuter Versuch in 30 min.“ „Pat steigt aus dem Bett, ist derzeit zeitlich, situativ und örtlich desorientiert, validierendes Gespräch geführt, Pat zur Toilette und zurück ins Bett mobilisiert, Pat bleibt nun im Bett liegen.“

„Pat war wenig kooperativ.“

Auch diese Aussage macht nicht deutlich, wovon das wenig kooperative Verhalten des Pat abgeleitet wird, wie es sich äußert und könnte ebenfalls eine unzulässige Wertung/Interpretation sein, die als solche (Deutung) aber nicht kenntlich gemacht wird.

Beschreibung der Situation. Wie war er kooperativ oder nicht kooperativ?

„Pat äußert ‚nicht aufstehen zu wollen‘, über die Wichtigkeit der Mobilisation informiert, Pat setzt sich nun mit Hilfe 1 PP ins Querbett.“



„AZ gleichbleibend“

Keine Aussagekraft – nachdem der Begriff „AZ“ von pflegerischer Seite in der Literatur nicht exakt definiert ist, muss genau beschrieben werden, was beobachtet wurde.

„Pat äußert weiterhin ‚müde und abgeschlagen‘ zu sein, VZ-KO im Normbereich – ad Visite“  
„SO<sub>2</sub> Sättigung weiterhin bei 85 Prozent, Pat äußert jedoch ‚ausreichend Atemluft‘ zu bekommen – ad Visite“

„Pat hat ‚gut‘ getrunken.“

Ein Unbeteiligter weiß aufgrund dieser Aussage nicht, wie viel, wann, was und wie der Betroffene getrunken hat. Er hat keine Vergleiche.

„Pat hat ‚brav‘ gegessen.“

Diese Aussage ist wertend und gehört nicht in den Pflegebericht.

Messbare Größen

„Pat hat 1l Wasser selbstständig/nach Aufforderung/unter Anleitung bis jetzt/heute getrunken.“  
„Pat hat zu Mittag 250ml Suppe, die halbe Hauptspeise und 200ml Apfelmus als Nachtisch gegessen.“

## Fallbesprechungen Pflege

Seit Ende 2019 finden in regelmäßigen Abständen Fallbesprechungen auf den Bettenstationen und der Intensivstation statt. Gemeinsam mit dem Pflegepersonal evaluiert die Stabsstelle Pflege die Pflegedokumentation in Hinblick auf Verbesserungspotentiale.

Thematisiert wird unter anderem die Vollständigkeit der pflegerischen Dokumentation, die Aussagekraft der Formulierung des Pflegeberichtes, der Inhalt eines Evaluierungsberichtes und die Vorgehensweise nach einem Sturzgeschehen. Im Team werden anschließend neue Vorgehensweisen und Verbesserungspotentiale erarbeitet:

CIRPS-Meldungen einlangten. Davon wurde nur eine einzige nicht weiterbearbeitet, da es sich um die Missachtung einer bestehenden Regelung handelte, und somit kein CIRPS-Thema vorlag. Die übrigen Meldungen betrafen Arbeitsabläufe, einen Produktmangel, eine EDV-Schnittstelle, den Medikationsprozess sowie eine potentielle Gefährdung durch orthopädische Hilfsmittel. Auch 2020 gab es im UKH Steiermark Standort Kalwang keine anonymen Meldungen – ein klarer Vertrauensbeweis für die Tätigkeit des CIRPS-Teams. Aus anderen AUVA-Gesundheitseinrichtungen wurden keine Meldungen an uns weitergeleitet, die für uns relevant gewesen wären.

CIRPS-Meldungen 2020	
Anzahl der Meldungen	7
bearbeitet	6
nicht bearbeitet	1
anonym	0
nicht anonym	7
Meldungen aus anderen AUVA-Gesundheitseinrichtungen	0

Das Vertrauensteam traf sich lediglich sechs Mal zu internen Arbeitssitzungen, wobei sich die Mitglieder regelmäßig telefonisch bzw. auf elektronischem Wege austauschten. Aufgrund der Entwicklungen der SARS-CoV-2 Pandemie wurde kein Patientensicherheitstag abgehalten.

## Beispiel einer CIRPS-Meldungsbearbeitung

**Meldung** aus dem Jahr 2019, abgeschlossen 2020: Beim Aushängen einer Radiusfraktur zur geplanten Reposition wäre einem Patienten fast ein Repositionsbügel auf den Kopf gefallen, hätte diesen nicht der Gipsassistent reflexartig aufgefangen. Der Metallbügel war durch eine gebrochene Schraube gelockert gewesen. Eine Verletzung wurde nur durch die rasche Reaktion des Gipsassistenten verhindert.

### Lösung

Die Haustechnik wurde umgehend kontaktiert und schweißte den Bügel wieder an. Die Herstellerfirma wurde kontaktiert. Sie tauschte das Produkt gegen einen den Sicherheitsnormen entsprechenden Teil aus.



Fallbesprechung Pflege

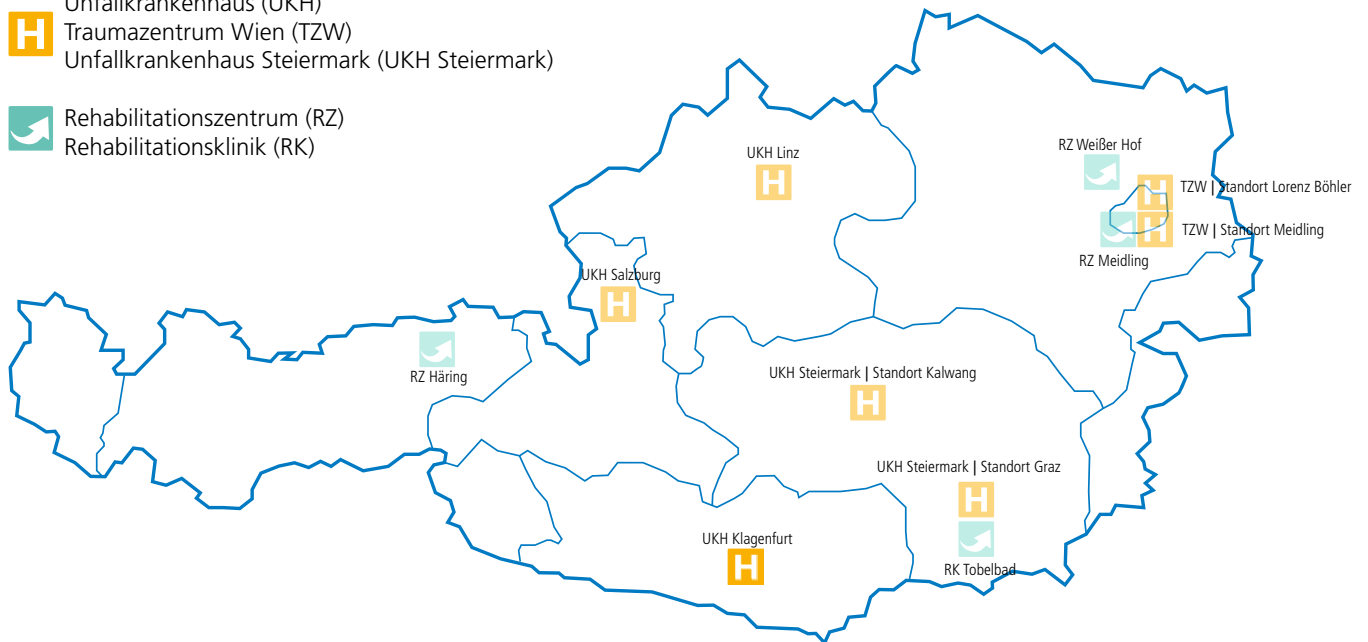
## CIRPS Jahresbericht 2020

Das Jahr 2020 stand allorts im Zeichen der SARS-CoV-2 Pandemie. Bemerkenswert ist, dass im UKH Steiermark Standort Kalwang dennoch sieben

## Unfallkrankenhäuser und Rehabilitationszentren

**H** Unfallkrankenhaus (UKH)  
 Traumazentrum Wien (TZW)  
 Unfallkrankenhaus Steiermark (UKH Steiermark)

**RZ** Rehabilitationszentrum (RZ)  
 Rehabilitationsklinik (RK)



<b>UKH</b>	AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark	
	Standort Graz, Standort Kalwang	
	<b>AUVA-Unfallkrankenhaus Klagenfurt am Wörthersee</b>	
	<b>Waidmannsdorfer Straße 35 9021 Klagenfurt Tel.: +43 5 93 93-46000</b>	100 Betten 3.753 stationäre Fälle 37.953 ambulante Fälle 3.491 Operationen 335 Mitarbeitende
	E-Mail: UKV@auva.at   www.ukhklagenfurt.at	
	AUVA-Unfallkrankenhaus Linz	
	AUVA-Unfallkrankenhaus Salzburg	
AUVA-Traumazentrum Wien		
Standort Lorenz Böhler, Standort Meidling		

<b>RZ</b>	AUVA-Rehabilitationszentrum Häring
	AUVA-Rehabilitationszentrum Wien Meidling
	AUVA-Rehabilitationsklinik Tobelbad
	AUVA-Rehabilitationszentrum Weißer Hof

# AUVA-Unfallkrankenhaus Klagenfurt am Wörthersee



Kollegiale Führung	QSK-Mitglieder	CIRPS-Vertrauensteam
<p><b>Ärztliche Leitung</b> Prim PrivDoz Dr. Vinzenz Smekal</p> <p><b>Pflegedienstleitung</b> Roswitha Guggenberger, MSc</p> <p><b>Verwaltungsleitung</b> Mag. Wolfgang Reicht</p>	<p>Roswitha Guggenberger, MSc Jürgen Huber Oliver Huber, Bakk., MA Mag. Wolfgang Reicht</p>	<p>Dr. Wilfried Beuster Jürgen Huber Hartwig Ortner Regina Penzinger Almedin Salkic Astrid Tributsch</p>
		<p><b>Hygienteam</b></p> <p>Regina Penzinger Dr. Michaela Ortner-Schmacher Dr. Manfred Windisch</p>

## PDCA-Übersicht

### I Aufnahmemanagement

Die Aufnahme erfolgt strukturiert und berücksichtigt gleichermaßen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie die Ressourcen der Gesundheitseinrichtung.

#### Plan Ziel und Indikator

Ziel	Indikator
1.2 Der Aufnahmeprozess von der Anmeldung bis zum Eintreffen auf der Station ist definiert	1.2.a Regelungen sind in der aktuellsten Version vorhanden und BQLL ist berücksichtigt
	1.2.b Anteil der Patientinnen und Patienten mit vollständigen Dokumenten

#### Do Umgesetzte Maßnahmen/vorhandene Dokumente

Dokumente/Maßnahmen	Datum
1.2 BQLL Aufnahme und Entlassung	✓
AA Präoperatives Zentrum	10.4.2019
Prozess für die elektive Aufnahme	2020 lfd.
Prozess für die akute Aufnahme	2020 lfd.
Patienteninformationsmappe	2020 lfd.
COVID-19-Handbuch UKH Klagenfurt am Wörthersee	2020 lfd.

#### Check Ergebnisse des letzten Checks und Datum für den nächsten Check

1. Bei allen stationär aufgenommenen Elektivpatientinnen wurde eine PCR-Testung durchgeführt.

Monat	Dringlichkeitsstufe	Anz. Pat. mit geplanter OP	Anz. Pat. mit geplanter OP und durchgeführter PCR-Testungen	Zielerreichung
2020/Okt.	Geplant	230	230	100 Prozent
2020/Nov.	Geplant	216	216	100 Prozent
2020/Dez.	Geplant	165	165	100 Prozent

Anzahl Operationen nach Dringlichkeitsstufen + stat. Fälle

Datenquelle: Cognos, MCC-OP, Anz. OP nach Dringlichkeitsstufen, OP+NOB

#### Act Abgeleitete Maßnahmen aus den Ergebnissen

Aufgrund des Pandemiegesehens gilt es, viele Maßnahmen mit hoher Dringlichkeit umzusetzen, weshalb diese auch laufend evaluiert und bei Notwendigkeit (Abläufe, Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten etc.) adaptiert werden.

## Neuorganisation der stationären Aufnahme

Aufgrund der im September 2020 ausgesprochenen Vorgabe der Medizinischen Direktion der AUVA, wonach alle stationär aufzunehmenden Patientinnen und Patienten auf SARS-CoV-2 zu testen sind, musste der reguläre Ablauf angepasst werden. Alle Patientinnen und Patienten, die einen geplanten stationären Aufenthalt vor sich haben, sind bereits vor stationärer Aufnahme in das UKH Klagenfurt am Wörthersee zu bestellen, um einen PCR-Test zu erhalten. Dies hat den Vorteil, dass bei stationärer Aufnahme das Testergebnis bereits vorliegt und die Patientin/der Patient regulär, sprich ohne Isolierungsmaßnahmen, aufgenommen werden kann.

Prämisse: Das PCR-Testergebnis darf bei stationärer Aufnahme nicht älter als 72 Stunden sein. Ebenso wurde entschieden, dass eine eigene Station (Allgemeinklasse) als Isolierstation fungieren soll (Bettenstation B). Dies bedeutet, dass hier die Behandlung von auf COVID-19 positiv getesteten Patientinnen und Patienten, die keine intensivmedizinische Betreuung benötigen, erfolgt.

Werden Patientinnen und Patienten akut, sprich nicht geplant, über die Erstaufnahme oder Nachbehandlung aufgenommen, sind diese unmittelbar nach Indikationsstellung zur stationären Aufnahme im jeweiligen Bereich, entweder Erstaufnahme oder Nachbehandlung, auf SARS-CoV-2 zu testen und nach Vorliegen des Testergebnisses auf die Bettenstation zu transferieren.

## COVID-19 – Das Jahr der Pandemie

Das Coronavirus hat uns und den Rest der Welt mit Anfang 2020 plötzlich und völlig unvorbereitet überrollt und vor gänzlich neue Herausforderungen gestellt. Gemeinsam war es möglich, diese Zeit mit höchster Professionalität und Geduld zu meistern.

Die rasche Reaktion unseres Trägers, Maßnahmen zur Reduktion des Patientenstromes und zur Aufrechterhaltung der Akutversorgung zu setzen, haben zusammen mit der Implementierung von Schutzmaß-

nahmen das Bild und die Abläufe des Unfallkrankenhauses Klagenfurt am Wörthersee (UK) sehr verändert: Zugangsbeschränkungen und Screening durch Sicherheitsdienste, Maskenpflicht, leere Operationsäle, leere Betten und leere Stationen.

2020 war ein Jahr der Krise, ein Jahr großer Herausforderungen, unter anderem für Wirtschaft, Bildung, Kultur und Gesundheit. Ein Jahr der Erkenntnis und des Lernens. So war dieses Jahr geprägt von großen, vor allem logistischen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung. Wir haben das erste Mal in diesem Jahrtausend erfahren, dass Globalisierung nicht nur Vorteile bringt, sondern auch mit Abhängigkeit und gesundheitlichen Risiken verbunden ist. Noch vor dem ersten Lockdown haben weltweite Verkehrsbeschränkungen zu Engpässen im Nachschub medizinischer Güter geführt. Die Tatsache, dass die ganze Welt mit Medizinprodukten aus China beliefert wird, führte sehr rasch zu innereuropäischen und globalen Spannungen. Wer hätte gedacht, dass täglich in Gebrauch befindliche notwendige medizinische Güter



Zutrittskontrolle UKH



Präventionsmaßnahmen Haupteingang

wie Masken, OP-Wäsche und Schutzausrüstung, wie wir sie brauchen, nicht verfügbar sein würden? Es war das erste Mal, dass wir zu Gunsten eines ressourcenschonenden Einsatzes Einschränkungen in der Medizinischen Versorgung in Kauf nehmen mussten. Die Folgen waren zahlreiche OP-Verschiebungen und -Absagen, um genügend Ressourcen für die Akutversorgung von verunfallten Patientinnen und Patienten bereithalten zu können.

Sehr bald stand auch unser Personal im Fokus der Sorge. Positive Fälle unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im UK führten zu vielen Kontaktpersonen und zeigten sehr bald auf, dass die Infrastruktur des Krankenhauses rasch an Ihre Grenzen kommen kann.

In Bereichen, wo es möglich war, von zu Hause aus zu arbeiten, wurde Homeoffice eingerichtet. In anderen Bereichen wurde Personal im Wechsel eingeteilt, um Mitarbeiterreserven zu schaffen. Dabei wurde keiner der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Kurzarbeit

verpflichtet. Die AUVA hat bei Quarantäne oder „Frei durch Dienstgeber wegen Wechselbetrieb“ weiterhin volle Bezüge bezahlt und damit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern große Wertschätzung entgegengebracht.

Mit strengen Einschränkungen des täglichen Lebens konnten die Wellen in Österreich erfolgreich überwunden werden. Doch mittlerweile ist uns allen klar geworden: Der Virus wird bleiben. Wir werden unser Leben anpassen müssen.

Ein Wiederhochfahren des Betriebes konnte nur stufenweise und unter Einhaltung aller Schutzmaßnahmen erfolgen, um einen Wiederanstieg der SARS-CoV-Infektionen möglichst nachhaltig zu verhindern. Sicherheitsabstände, Vermeidung überfüllter Wartezimmer, strenge Zugangsbeschränkungen, Screening im Eingangsbereich und Maskenpflicht für alle im UK befindlichen Personen wurden wegen gegenseitiger Gefährdung notwendig. Zahlreiche Richtlinien zum Umgang mit Infizierten, Verdachtsfällen und



Kontaktpersonen wurden erstellt. Wege von Verdachtsfällen und Infizierten wurden definiert, um das Kontaminationsrisiko gering zu halten. Das schrittweise Wiederhochfahren der elektiven Chirurgie unter strengsten Sicherheitsvorkehrungen war so mit enormen logistischen Aufwand verbunden.

Die Zahlen waren im Frühsommer sehr niedrig, was den Staat zur Öffnung des Landes für Tourismus unter Sicherheitsvorkehrungen veranlasste. Die zweite Welle im Herbst 2020 war ungleich stärker. Wir haben gelernt und Wege gefunden, wie wir unsere Arbeit mit strengsten Sicherheitsvorkehrungen trotzdem in gewohnter und guter Qualität verrichten können. Menschlichkeit und Expertise müssen für unsere Patientinnen und Patienten erhalten bleiben. Dafür steht das Unfallkrankenhaus in der Bevölkerung.

Die Anschaffungen von PCR-Testgeräten und Antigen-Tests sowie die Möglichkeit von externen Testungen haben es möglich gemacht, Kontrollen bei allen stationär aufzunehmenden Patientinnen und Patienten durchzuführen. Auch den Vorgaben des Gesundheitsministeriums, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Gesundheitsberufen einmal wöchentlich zu testen, konnten wir umgehend nachkommen.

So sahen die Veränderungen anfangs konkret aus:

- Getrennte Versorgungsschiene für Verdachtsfälle, vom „Schockraum“ über einen „Verdachtsfall-OP“

- bis hin zu einer „Aufnahme- und Isolierstation“
- Warteräume: die Sitzplätze wurden auf die Hälfte reduziert, um Sicherheitsabstände zwischen den Patientinnen und Patienten zu gewährleisten
- Aufteilung der Patientenströme: in der Nachbehandlung wird zeitlich unterschiedlich getaktet
- Neue Besucherregelung: Nach dem allgemeinen Besuchsverbot Übergang zur Zulassung eines Besuchers pro Patientin bzw. Patient nach vorheriger Anmeldung und Kontaktdatenerfassung
- Aufwendige SARS-CoV-2-Testverfahren für Patientinnen und Patienten sowie Personal
- Ein COVID-19-Handbuch mit zahlreichen SOPs, Hygienerichtlinien, Ablaufdiagrammen etc., welches teilweise täglich aktualisiert werden musste, wurde erstellt

### Prozessanpassungen und Umbaumaßnahmen zur Pandemieeindämmung

Das (Arbeits-)Jahr 2020 war geprägt vom Thema COVID-19 und sämtlichen damit verbundenen Maßnahmen zur Pandemieeindämmung. Nicht nur im privaten Umfeld kam es zu erheblichen Einschränkungen, sondern auch wir im Gesundheitswesen waren fast täglich mit neuen Vorschriften und Regelungen rund um SARS-CoV-2 konfrontiert.

Wichtig hierbei war es immer, alle Vorgaben so gut wie nur irgend möglich in unseren Arbeitsalltag und die Abläufe des UK zu integrieren, durch



Triage



Wartebereich neu

Kommunikation für Verständnis und Transparenz in Bezug auf die Entscheidungsfindung zu sorgen, um somit auch das notwendige Commitment aller Kolleginnen und Kollegen herstellen zu können.

Um den Überblick über alle Neuerungen in Bezug auf die COVID-bedingt adaptierten Abläufe zu bewahren, wurde ein COVID-19-Handbuch erstellt, welches allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern via Klick auf das dafür eingerichtete Desktopsymbol in elektronischer Form zur Verfügung steht. Bereits zu Beginn wurde eine Änderungstabelle in dem Dokument angeführt, sodass auf einem Blick ersichtlich ist, welche Inhalte sich geändert haben.

Neben der **Neuorganisation der stationären Aufnahme inkl. Regelung und Implementierung von Teststrategien für akute und geplant stationär aufzunehmende Patientinnen und Patienten, dem Lenken von Patienten- und Besucherströmen, dem Einführen von wöchentlichen Mitarbeiter-Antigen-Testungen inkl. Vorbereitung und Umsetzung der Mitarbeiterimpfungen** und vielem weiteren mehr, mussten auch räumliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, um gewährleisten zu können, dass alle Vorgaben der



COVID-Impfung Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Bundesministerien in Zusammenhang mit COVID-19 vollumfänglich eingehalten und erfüllt werden können.

So wurde zum Beispiel die **Ersteinschätzung** vom ersten Stock der Erstuntersuchung direkt in das Büro neben dem Haupteingang im Erdgeschoß verlagert, sodass unmittelbar nach Betreten des Hauses eine Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit erfolgen kann. Neben dieser sehr wichtigen Aufgabe fungiert die DGKP der Ersteinschätzung auch als Ansprechperson für die Kolleginnen und Kollegen der Zutrittskontrolle bei medizinisch-pflegerischen Fragestellungen, die sich bei Betreten des Hauses durch die Patientinnen und Patienten ergeben.

In diesem Zusammenhang ist auch der **neugeschaffene Wartebereich** für Frischverletzte im Erdgeschoß direkt beim Patientenlift zu erwähnen, der eine Überfüllung des Wartebereiches in der Erstuntersuchung verhindern soll. Damit verbunden ist die **Teilverbauung der Terrasse**. Hier wurden zusätzliche Warteparkplätze für Patientinnen und Patienten wie auch für Begleitpersonen geschaffen.

## Kooperation UKH – Klinikum Klagenfurt: Unfallkrankenhaus 5.0

Vor rund einem Jahr wurde die von der neuen Generaldirektion beauftragte Überarbeitung des Betriebsorganisations-Konzeptes abgeschlossen. Das darauf aufbauende Raum- und Funktionsprogramm hält nun nicht nur jedem Drittvergleich stand, es gilt darüber hinaus als Standard für weitere AUVA-Projekte und künftige Bauvorhaben. Auch die zugrundeliegenden Prozesse wurden im Laufe des Jahres evaluiert und weiter detailliert, sodass eine solide Basis, etwa für die weitere Ausarbeitung der finanziellen und rechtlichen Rahmenbedingungen, zur Verfügung steht.

Im Baubereich ist die wohl größte Neuerung angesiedelt: Im Oktober 2020 hat der AUVA-Verwaltungsrat nach eingehender neuerlicher Prüfung der Voraussetzungen beschlossen, dass ein Neubau einer Sanierung des bestehenden Gebäudes vorzuziehen ist. Dies bietet nicht nur große Vorteile in Bezug auf die Funktionalität des Hauses und die Betriebskosten,

auch das vorliegende Betriebsorganisations-Konzept wird durch die Planung als Neubau noch effizienter umsetzbar sein. Als nächster Schritt wurde das im Jahr 2019 beauftragte Bau-Vergabeverfahren mittlerweile aufgehoben, was aufgrund der Komplexität des Vorganges einen eigenen Meilenstein darstellt. Nun kann eine neue Ausschreibung mit adaptierten Rahmenbedingungen erfolgen.

Die Arbeitsgruppe Recht wurde beauftragt, eine vertiefende vertragliche Grundlage zu erarbeiten, um die anstehenden Festlegungen und Beauftragungen im Bereich des Bauprojektes auf ein noch festeres juristisches Fundament zu stellen. In der Arbeitsgruppe Medizinisches Leistungsportfolio wurden große Fortschritte erzielt, indem sich die direkt beteiligten Primarii auf ein gemeinsames Konzept zum Funktionieren des künftigen UKHs geeinigt haben. Personal, IT und Kooperationsbegleitung haben sich in den letzten Monaten eher „hinter den Kulissen“ vorbereitet, um nach der nun anstehenden Freigabe des medizinischen Konzeptes erneut durchzustarten.

Nicht zuletzt war auch die Neugestaltung und Adaptierung der Projektdokumentation und des Berichtswesens eine große Herausforderung, die nun bewältigt werden konnte. Zentral vorgegebene Rahmenbedingungen für alle AUVA-Projekte sollen so künftig Transparenz, Vergleichbarkeit und in weiterer Folge die Nutzung von Synergiepotenzialen sicherstellen.

## CIRPS-Jahresbericht 2020

### Änderungen im CIRPS-Vertrauensteam:

Mit dem wohlverdienten Pensionsantritt ist OA Dr. Wilfried Beuster im Februar 2020 als Projektleiter aus dem CIRPS-Vertrauensteam ausgeschieden. Auf diesem Wege nochmals großer Dank für die vielen



OA Dr. Wilfried Beuster

Arbeitsstunden, den unermüdlichen Einsatz und die Aufklärungsarbeit, die geleistet wurde.

Als neuer Projektleiter des CIRPS-Vertrauensteams wurde Almedin Salkić bestellt. Er ist seit 2. Jänner 2008



*CIRPS-Vertrauensteam*

als Radiologietechnologe im UKH Klagenfurt am Wörthersee tätig. Am 11. November 2019 hat er die Ausbildung zum klinischen Risikomanager und Patient Safety Officer positiv absolviert. Mit viel Energie freut er sich, die erworbene Fachkompetenz im CIRPS-VT umzusetzen und gemeinsam mit engagierten Kolleginnen und Kollegen zur Steigerung der Patientensicherheit im UKH Klagenfurt beizutragen.

### CIRPS-Meldungen 2020

Im Jahr 2020 gingen insgesamt 14 CIRPS-Meldungen ein. Diese wurden vom CIRPS-Vertrauensteam bearbeitet und der Kollegialen Führung des Hauses

zur Freigabe vorgelegt. Die CIRPS-Sitzungen haben regulär monatlich stattgefunden.

Grundsätzlich wird zwischen internen und AUVA-Meldungen unterschieden: Interne Meldungen sind alle jene Meldungen, die ausschließlich das UKH Klagenfurt betreffen. Sobald aber eine Meldung AUVA-weit relevant sein kann, wird diese als solche deklariert und die Meldung samt definiertem Lösungsansatz den CIRPS-Kolleginnen und -Kollegen in den restlichen AUVA-Einrichtungen zur Verfügung gestellt. In diesem Fall ist die Kommunikation zwischen den AUVA-Anstalten sehr wichtig – auf Prozesse mit akuten Handlungsbedarf muss dann schnell und adäquat in allen Einrichtungen reagiert werden.

#### Meldungsübersicht 2020

Meldungen	Meldungen Bearbeitbar	Meldungen anonym	Strukturveränderung	Prozessveränderung	AUVA-Meldungen	Offene CIRPS-Meldungen
14	13	6	2	1	5	7

## Ausblick 2021

„Zeit für Patientensicherheit“ ist ein Projekt, das durch interdisziplinäre Kommunikation die Patientensicherheit erhöhen soll. Dabei werden die CIRPS-Patinnen und -Paten für einen bestimmten Zeitraum (zwischen drei und sechs Monate) entsprechenden Bereichen (z.B. einer Station) im UKH Klagenfurt zugeteilt. In dieser Zeit kann sich der Pate/die Patin persönlich in diesem Bereich der patientensicherheitsrelevanten Abläufe und Themen annehmen.

Vorteile:

- Transparenz der Problematik (Patin/Pate spricht die Dinge direkt an)
- Risikofelder können im Vorfeld erkannt und besprochen und somit Fehler verhindert werden, bevor sie entstehen
- Persönlicher Informationsaustausch zwischen Patin, Pate, Mitarbeiterin und Mitarbeiter wird ermöglicht

Durch Evaluierung, Auswertung und Dokumentation der gewonnenen Daten wird ein nachhaltiges Konzept für die Zukunft erstellt.

## Publikationen und Vorträge 2020

In den nachfolgenden Tabellen werden die im Jahr 2020 veröffentlichten Publikationen und gehaltenen Vorträge dargestellt.

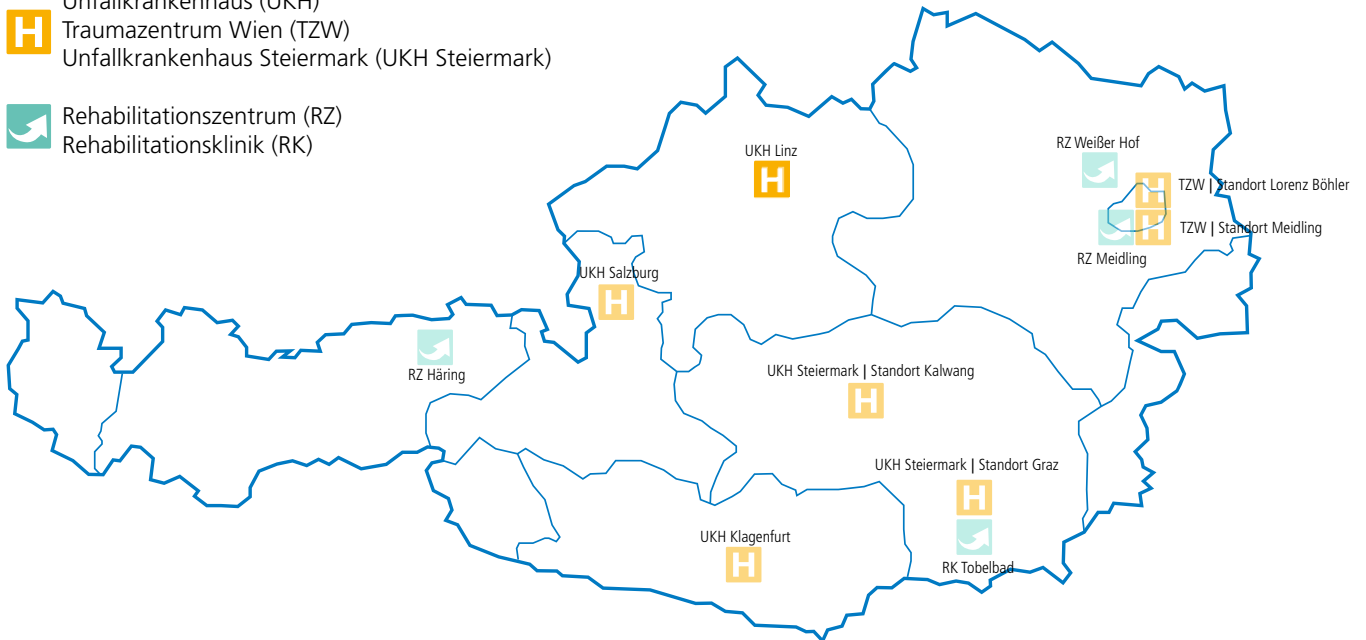
Publikationen 2020 im UKH Klagenfurt		
Titel	Journal	Autorinnen/Autoren
Lateralisierte Patella mit früher Degeneration	Orthopädie und Rheuma, Februar 2020, Jrg 23, Nr.1, Springer Verlag, 2020	<b>Attal R, Smekal V</b>
Body image, self-esteem, and quality of life in patients with primary malignant bone tumors	Arch Orthop Trauma Surg. 2020 Jan;140(1):1-10	<b>Holzer LA, Huyer N, Friesenbichler J, Leithner A</b>
Zentrale und periphere Talusfrakturen: Indikation, Behandlung und Ergebnisse	JATROS; Orthopädie & Traumatologie Rheumatologie 4/2020	<b>Schratt G</b>

Vorträge 2020		
Titel	Veranstaltung	Vortragende
1. Management der Knieluxation und akuten Multiligamentverletzung und 2. Vordere Kreuzbandrekonstruktion vs. Kreuzbandnaht	5. Operationskurs. Knie für Fortgeschrittene – VKB/HKB und Multiligamentverletzungen im Cadaverworkshop“ Februar 2020, Innsbruck	<b>Smekal V</b>
Wie ich die Trochleoplastik mache. Technik der Arthroskopische Trochleoplastik	Öffentliche Sitzung des Arbeitskreises Knie, ÖGU Jänner 2020	<b>Smekal V</b>
1. Wie ich es mache (How I do it) 2. Rückkehr zum Sport (RTS)	Öffentliche Sitzung des Arbeitskreises Knie, ÖGU Jänner 2020	<b>Riedl G</b>
Multiligamentäres Trauma am Kniegelenk	Austrian Knee Symposium, Orthopädie und Traumatologie rund um das Kniegelenk „State of the Art“ und Zukunftsperspektiven. März 2020. Med. Univ. Graz	<b>Smekal V</b>
„Versorgung von Schafffrakturen“	2. ÖGU & Ögut Webinar Mai 2020	<b>Proßnigg M</b>
„Aufbaukurs Notfallmedizin“	ÄK für Kärnten	<b>Beuster W</b>
Kinematisches Alignment in der Knie totalendoprothetik	Salesmeeting. Medacta. Pörschach Juni 2020	<b>Smekal V</b>
Kinematisches Alignment in der Knie totalendoprothetik	Medacta Surgical Days, Universitätsklinikum Graz, Oktober 2020	<b>Smekal V</b>
Allgemein Unfallchirurgische Virtuelle Ausbildung	Webinar; Oktober 2020	<b>Riedl G</b>

## Unfallkrankenhäuser und Rehabilitationszentren

**H** Unfallkrankenhaus (UKH)  
 Traumazentrum Wien (TZW)  
 Unfallkrankenhaus Steiermark (UKH Steiermark)

**RZ** Rehabilitationszentrum (RZ)  
 Rehabilitationsklinik (RK)



<b>UKH</b>	AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark	
	Standort Graz, Standort Kalwang	
	AUVA-Unfallkrankenhaus Klagenfurt am Wörthersee	
	<b>AUVA-Unfallkrankenhaus Linz</b>	
	<b>Garnisonstraße 7</b> <b>4010 Linz</b> <b>Tel.: +43 5 93 93-42000</b>	153 Betten
	E-Mail: <a href="mailto:ULV@auva.at">ULV@auva.at</a>   <a href="http://www.ukhlinz.at">www.ukhlinz.at</a>	5.032 stationäre Fälle
	AUVA-Unfallkrankenhaus Salzburg	41.070 ambulante Fälle
	AUVA-Traumazentrum Wien	3.466 Operationen
	436 Mitarbeitende	
	Standort Lorenz Böhler, Standort Meidling	

<b>RZ</b>	AUVA-Rehabilitationszentrum Häring
	AUVA-Rehabilitationszentrum Wien Meidling
	AUVA-Rehabilitationsklinik Tobelbad
	AUVA-Rehabilitationszentrum Weiber Hof

# AUVA-Unfallkrankenhaus Linz



Kollegiale Führung	QSK-Mitglieder	CIRPS-Vertrauensteam
<p><b>Ärztliche Leitung</b> Prim Dr. Klaus Katzensteiner</p> <p><b>Pflegedienstleitung</b> Michael Leitner, MBA</p> <p><b>Verwaltungsleitung</b> Mag. Hermann Kloimstein, MAS</p>	<p>Brigitte Effenberger (Moderatorin) Raimund Falkner Sonja Gruber Dagmar Leitenmüller Dr. Tomislav Mesic Sandra Schütz Sabine Seyrl Doris Thumfart Dr. Wolfgang Werner-Tutschku Gerold Witzany</p>	<p>Christian Dazingner Dr. Walter Dehmer Brigitte Effenberger Bettina Goldmann Norbert Lackner Evelin Preining</p> <p><b>Hygieneteam</b></p> <p>Dr. Christian Fadinger Dr. Markus Sinkovics Gerold Witzany</p>

## PDCA-Übersicht

### E Patientinnen- und Patientenorientierung

E4 Die Kostform ist den Ernährungserfordernissen der Patientin/des Patienten angepasst.

#### Plan Ziel und Indikator

Nr.	Ziel	Nr.	Indikator	Ergebnis	Datum
E 4.1	Die Bereitstellung notwendiger Sonderkostformen ist gewährleistet	E 4.1.a	Anzahl der richtigen Kostformen	100 Prozent der Befragten erhielten die richtige Kostform (n=62)	12/20
E 4.2	Die Verordnung/Dokumentation der richtigen Kostform erfolgt am Aufnahmetag	E 4.2.a	Anzahl der Kostform-einträge bei Aufnahme; Anteil der richtigen Kostformeinträge	Der Kostform-Eintrag war in 98 Prozent der Fälle richtig (n=62)	12/20

#### Do Umgesetzte Maßnahmen/vorhandene Dokumente

Richtlinie (RL) Sonderkostform  
RL Arzneimittelverabreichung mittels Ernährungssonde  
Leitlinie (LL) Mangelernährung  
LL Enterale Ernährung mittels Sonde  
LL Refluxprüfung und Sondenpflege  
LL OrgaCard®  
Skript Sondengängigkeit von Arzneimitteln

#### Check Ergebnis des letzten Checks und Datum für den nächsten Check

Im Rahmen des Qualitätsmanagements wurde in der KW 50 überprüft, ob Patientinnen und Patienten jene Sonderkostform erhalten, welche Sie benötigen bzw. wünschen.  
Zur Datenermittlung wurden von der Diätologin Stichproben von den Bettenstationen 2-6 in Bezug auf die Einträge in 62 Patientenakten mit den Einträgen ins OrgaCard® überprüft.  
Ergebnis: 100 Prozent der Patientinnen bzw. Patienten erhielten die gewünschte/verordnete Kostform am Aufnahmetag. Bei 98 Prozent\*) der Patientinnen und Patienten war die richtige Kostform am Aufnahmetag richtig dokumentiert.

\*) Die Patientinnen bzw. Patienten erhielten die Sonderkostform, allerdings war die Dokumentation nicht aktualisiert.

#### Act Abgeleitete Maßnahme aus Ergebnis

Das Ergebnis wurde der Kollegialen Führung und den befassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommuniziert. Sämtliche Dokumente wurden mit den befassten Berufsgruppen aktualisiert bzw. mit dem Anstaltsapotheker des Kooperationspartners Kepler Universitätsklinikum Linz adaptiert.



## Sonderkostformen



Salatportionierung  
Großküche

Das Ziel dieser Rahmenanforderung besteht darin, dass alle Patientinnen und Patienten die notwendige oder gewünschte Sonderkostform erhalten. Dieses Ziel zu erreichen erfordert einen klar geregelten Informationsfluss zwischen den bettenführenden Stationen, der Diätologie und der Küche. Die verschiedenen Vorgehensweisen sind in der Richtlinie *Sonderkostform* geregelt.

Pflegepersonen erheben mittels Pflegeanamnese die Kostform/Ernährungswünsche der Patienten und tragen die Kostform im Menübestellsystem OrgaCard® ein. Bei Sonderkostformen, welche nicht im OrgaCard® bestellbar sind, wird die Diätologin angefordert. Die Diätologin visitiert die Patientin bzw. den Patienten auf der Bettenstation. Die Essensbestellung der Sonderkostform wird aufgenommen und von der Diätologin ins OrgaCard® eingegeben.

Für eine **Diätberatung bzw. Ernährungstherapie** fordert die Pflegeperson eine Diätologin nach



Diätologin Barbara  
Fiereder-Ellinger

ärztlicher Anordnung an. Die Diätologin visitiert die Patientin bzw. den Patienten auf der Bettenstation und führt eine Diätberatung bzw. Ernährungstherapie durch. Die Änderungen werden im OrgaCard® eingetragen, und die durchgeführte Leistung wird im Krankenhausinformationssystem dokumentiert.



Richtlinie (RL)  
Sonderkostformen

Neben den Sonderkostformen spielt auf den bettenführenden Stationen der Themenkreis rund um die **Ernährungssonde** eine große Rolle. Insbesondere auf der Intensivbettenstation und der Intermediate Care Station zählt der enterale Ernährungsaufbau zur täglichen Routine. Die Vorgehensweisen dazu sind in der Leitlinie „Enterale Ernährung mittels Sonde“ sowie in der Leitlinie „Refluxprüfung und Sondenpflege“ geregelt. Ergänzend dazu liegen die RL „Arzneimittelverabreichung mittels Ernährungs-sonde“ sowie das Skript „Sondengängigkeit von Arzneimitteln“ vor.

*Intensivstation*

Die **Mangelernährung** umfasst laut der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) folgende Kategorien:

- Krankheitsassoziierter, unabsichtlicher Gewichtsverlust
- Eiweißmangel: Muskelmasseverlust/Verminderung viszeraler Proteinspeicher
- Mangel an einzelnen Nährstoffen

Eine Mangelernährung ist zu erwarten bei:

- Klinischem Verdacht auf Wundheilungsstörung
- Wiederholten operativen Eingriffen (z.B. VAC-Therapie) in Allgemeinanästhesie (lange Nüchternheitsphasen)
- Vorbestehendem reduzierten Ernährungszustand
- Operativen Eingriffen bei Patientinnen und Patienten älter als 80 Jahre (z.B. Schenkelhalsfraktur)

- Chronisch Kranken (z. B. Morbus Parkinson, Demenz)
- Schluckstörungen
- Adipösen Patientinnen und Patienten mit langem Krankenhausaufenthalt

Für eine gezielte Ernährungsintervention ist bei allen angeführten Indikationen nach ärztlicher Anordnung eine Zuweisung an die Diätologie vorgesehen. Für den aktuellen Austausch und die Weiterentwicklung ist ein interdisziplinäres Ernährungsteam unter der Leitung von OA Dr. Christian Fadinger eingerichtet.

*OA Dr. Christian Fadinger*

## COVID-19-Pandemie

*Screeningzone*

Seit Beginn der COVID-19 Pandemie hat die Krankenhausleitung mit ihren Beratern teils mehrmals wöchentliche Krisenstabsitzungen mittels Teilnahme

vor Ort bzw. mittels Online-Konferenz einberufen. Die Zusammenarbeit und die Umsetzung einheitlich verbindlicher Vorgehensweisen in allen

AUVA-Gesundheitseinrichtungen sowie die Abstimmung mit den oberösterreichischen Krankenhäusern ermöglichten eine lückenlose Versorgung während der gesamten Pandemie. Die tägliche Datenerfassung bietet einen transparenten Überblick in Bezug auf die Auslastung und die Kapazitäten der einzelnen Gesundheitseinrichtungen. Strenge Besuchsregelungen bzw. das Einhalten der geltenden Hygieneregeln stellen einerseits für alle Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige und andererseits für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine große Herausforderung dar.

Die Krankenhausleitung, die Führungskräfte und das Hygieneteam arbeiteten auf Hochtouren. In den Berufsgruppen der Ärzte, der Pflegepersonen sowie des medizinischen Schreibdienstes wurde das Tätigkeitsfeld mit zahlreichen Aufgaben erweitert und erhöht. Allen Mitarbeitenden wird viel Flexibilität abverlangt.

Neben regelmäßigen Mitarbeiterinformationen wurden zahlreiche Trainings mit verschiedensten Szenarien (z.B. Versorgung covidpositiver Patientinnen und Patienten im Schockraum, Vorgehensweise bei Operationen covidpositiver Patientinnen und Patienten etc.) abgehalten. Weiters wurde in Zusammenarbeit von Hygieneteam und Qualitätsmanagement ein Notfallhandbuch für Hochrisikoinfektionen und Pandemien erarbeitet.

### Impfstart am 13.Jänner 2021

Mit dem Ziel, der Pandemie ein frühzeitiges Ende zu bereiten, wurde am 13. Jänner 2021 mit dem Impfen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gestartet. Impfkoordinator und Betriebsarzt Dr. Heinz Schikola sowie Hygienebeauftragter Arzt OA Dr. Markus Sinkovics übernahmen die komplexe Organisation der



Hygieneteam



Notfallhandbuch



Abholen der Impfdosen



Krisenstabsitzung



COVID-19-  
Impfdosen



COVID-19-Impfung

zur Verfügung stehenden Impfdosen. Ein Expertenteam hat streng nach den vorgegebenen Kriterien, wie z.B. direkter Patientenkontakt, Tätigkeit an der „COVID-Station“ Ansteckungsrisiko, Vorerkrankungen, Lebensalter etc. die entsprechende Mitarbeiter-Auswahl getroffen.

### Interdisziplinäre Projekte

- AUVA-Projekt Sicherheitsmanagement
- Projekt Stationsassistentz
- Projekt Stützpunkumbau Bettenstationen
- Projekt Spirometrie
- Projekt PICC-Katheter
- Projekt Gewaltschutzgruppe

### Bericht der QSK

Die QSK-Arbeit 2020 umfasste die Themenschwerpunkte Alarmplan für den „Massenanfall von Schwer-



QSK-Team

verletzten“, Gewaltschutz und die Aufklärung bei operativen Eingriffen an der Hand bzw. am Fuß. Das QSK-Team hat in stabiler Besetzung gearbeitet. Covidbedingt finden die QSK-Sitzungen in reduzierter Form bis auf weiteres im Krisenstabraum der Kollegialen Führung statt.

### CIRPS Jahresbericht 2020



In diesem Jahr sind insgesamt 23 CIRPS-Meldungen eingegangen. CIRPS-Sitzungen wurden covidbedingt reduziert und die Bearbeitung erfolgt vermehrt elektronisch. Die Tabelle zeigt, dass – von insgesamt 23 Meldungen – 15 Meldungen mit CIRPS bearbeitbar waren und daraus fünf Prozess- und neun Strukturveränderungen resultierten. Die anonymen Meldungen konnten deutlich reduziert werden und Melderinnen und Melder arbeiteten in einem hohen Anteil an der Problemlösung mit.

CIRPS-Meldungen 2020	
<b>CIRPS-Meldung gesamt</b>	<b>23</b>
mit CIRPS bearbeitbar	15 (65 Prozent)
Anonyme Meldungen	3 (13 Prozent)
Prozessveränderungen	2
Strukturveränderungen	1



CIRPS-Sitzung

## Beispielhafte Bearbeitung einer AUVA-CIRPS-Meldung

Wenn mit einem neu eingesetzten Medizinprodukt Kleberreste am Trachealtubus entfernt werden, wird auch die Tubusmarkierung mitentfernt. Dadurch ist keine genaue Lagekontrolle mehr möglich. Es besteht die Gefahr der Dislokation.

## Lösung

Der Pflegedienstleiter initiierte einen Kontakt mit einem anderen UKH und die dort verwendeten Produkte wurden im UKH Linz getestet. Es erfolgte eine entsprechende Produktumstellung und eine Meldung an die Abteilung Beschaffung und Einkauf wurde veranlasst.






## Publikationen und Vorträge 2020

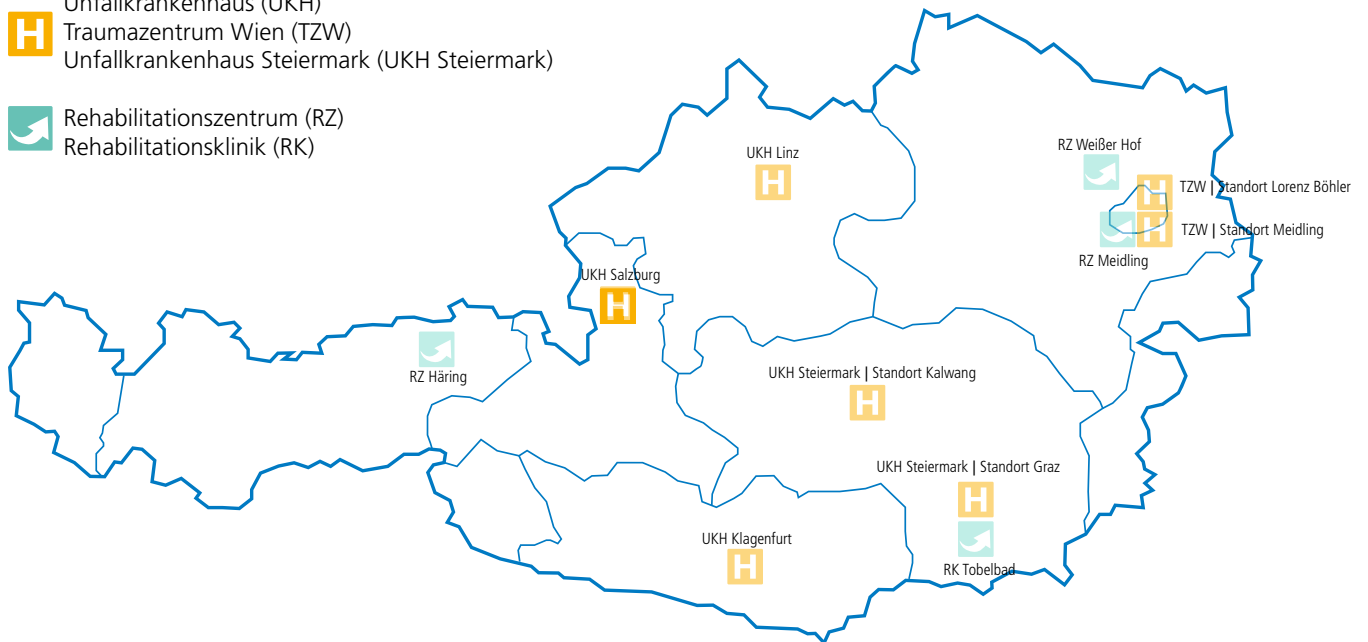
In der nachfolgenden Tabelle werden die im Jahr 2020 veröffentlichten Publikationen und gehaltenen Vorträge dargestellt.

Publikationen 2020 im UKH Linz		
Titel	Journal	Autorinnen/Autoren
Bleeding Associated with Trauma	Teruya J. (ed). Management of Bleeding Patients. 2nd Edition, Springer, 2020	<b>Schlimp CJ, Ponschab M</b>
Fibrinogen Assays	Moore HB, Moore EE, Neal MD (eds). Trauma Induced Coagulo-pathy. 2nd Edition, Springer, 2020	<b>Schlimp CJ, Schöchel H</b>
Sufficient Thrombin Generation Despite 95% Hemodilution: An In Vitro Experimental Study	Clin. Med.2020 Nov 25;9(12):3805	Gratz J , <b>Schlimp CJ</b> , Honickel M, Hochhausen N, <b>Schöchel H</b> , Grottke O
A prospective observational study of the rapid detection of clinically relevant plasma direct oral anticoagulant levels following acute traumatic injury	Anaesthesia; 2021 Mar;76(3):373-380	<b>Oberladstätter D, Voelckel W, Schlimp C, Zipperle J</b> , Ziegler B, Grottke O, <b>Schöchel H</b>
Comparison of fresh frozen plasma versus coagulation factor concentrates for reconstitution of blood: An in vitro experimental study.	Eur J Anaesthesiol 2020 37(10): -888	Gratz J, <b>Ponschab M</b> , Iapichino G, <b>Schlimp CJ</b> , Cadamuro J, Grottke O, <b>Zipperle J, Oberladstätter D</b> , Gabriel C, Ziegler B, <b>Schöchel H</b>
Effect of Fibrinogen concentrate administration on early mortality in traumatic hemorrhagic shock	J Trauma Acute Care Surg. 2020 Nov 89(5):e154-e155	<b>Schöchel H</b> , Grottke O, <b>Schlimp CJ</b>

Vorträge 2020		
Titel	Veranstaltung	Vortragende
Gerinnung und Antagonisierung	AAEM Diplomkurs für innerklinische Notfallmedizin, Wien, September 2020	<b>Schlimp C</b>
1. Near Peer Teaching; Klinische Fall-demonstrationen und Fallstellungen 2. High Fidelity Simulation; Training Notfallaufnahme/ Simulationstraining	Sigmund Freud Universität Wien	<b>Ponschab M</b>
Iatrogenic Gas Embolism: Aetiology & Mechanism of Damage	(British) Intensive Care Society's Education, Webinar, November 2020	<b>Schlimp C</b>
Regionalanästhesie und Gerinnungshemmer	Austrian International Congress of the ÖGARI, Vienna, November 2020; Workshop: Perioperatives Gerinnungsmanagement, St. Gilgen, Oktober 2020	<b>Schlimp C</b>
Hemostasis based on coagulation factors	Symposium Update in Transfusion Medicine – the Big Five, Zwolle, Netherlands, Jänner 2020	<b>Schlimp C</b>
„Palliativmedizin im UKH Linz“	Fortbildung UKH Linz	<b>Ponschab M</b>

## Unfallkrankenhäuser und Rehabilitationszentren

-  Unfallkrankenhaus (UKH)
-  Traumazentrum Wien (TZW)
-  Unfallkrankenhaus Steiermark (UKH Steiermark)
-  Rehabilitationszentrum (RZ)
-  Rehabilitationsklinik (RK)



<b>UKH</b>	AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark	
	Standort Graz, Standort Kalwang	
	AUVA-Unfallkrankenhaus Klagenfurt am Wörthersee	
	AUVA-Unfallkrankenhaus Linz	
	<b>AUVA-Unfallkrankenhaus Salzburg</b>	
	<b>Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5</b> <b>5010 Salzburg</b> <b>Tel.: +43 5 93 93-44000</b>	138 Betten 5.065 stationäre Fälle 31.655 ambulante Fälle 4.283 Operationen 394 Mitarbeitende
	E-Mail: <a href="mailto:USV@auva.at">USV@auva.at</a>   <a href="http://www.ukhsalzburg.at">www.ukhsalzburg.at</a>	
AUVA-Traumazentrum Wien		
Standort Lorenz Böhler, Standort Meidling		

<b>RZ</b>	AUVA-Rehabilitationszentrum Häring
	AUVA-Rehabilitationszentrum Wien Meidling
	AUVA-Rehabilitationsklinik Tobelbad
	AUVA-Rehabilitationszentrum Weißer Hof

# AUVA-Unfallkrankenhaus Salzburg



Kollegiale Führung	QSK-Mitglieder	CIRPS-Vertrauensteam
<p><b>Ärztliche Leitung</b> Prim UnivProf Dr. Wolfgang Voelckel, MSc</p> <p><b>Pflegedienstleitung</b> Mag. Helmut Walchshofer, MBA</p> <p><b>Verwaltungsleitung</b> Dir. Dr. Herbert Koutny</p> <p><b>Abteilungsleitung Unfallchirurgie und Orthopädie</b> Prim Dr. Alexander Schmelz (bis März 2021) Prim UnivProf Dr. Arnold Suda (ab April 2021)</p>	<p>PD Dr. Robert Bogner Werner Endl Julia Freisinger, MSc Dr. Frank Fürntrath Ricarda Hammerer, BSc Bettina Penninger Andrea Rajtora, BScN Mag. Rosa Schmidlechner, QM Dr. Lois Schwaiger Birgit Sigmund</p>	<p>Claudia Anlanger Dr. Egbert Ritter Mag. Rosa Schmidlechner Susanne Seer, BSc, VT-Sprecherin Oswald Taferner Ägidius Trickl</p> <p><b>Hygieneteam</b></p> <p>PD Dr. Markus Hell, KH-Hygieniker, extern Dr. Bodo Kirchner, HBA Bettina Penninger, HFK</p>

## PDCA-Übersicht

### Kernanforderung Aufnahmemanagement (1) Teil: Nachbehandlung

*Qualitätsanforderung: Die Nachbehandlung der Patientinnen und Patienten erfolgt strukturiert und mit der dafür erforderlichen Zeitressource.*

#### Plan Ziel und Indikator

Ziele	Indikator
Die Indikation zur Nachbehandlung erfolgt entsprechend der Bedürfnisse der Patientin/des Patienten und berücksichtigt die fachdisziplinäre und strukturelle Ressource der Klinik.	Es gibt ein aktuelles Nachbehandlungskonzept.
Die interdisziplinären Nachbehandlungsstrukturen sind koordiniert. Der ambulante Patientenstrom ist effizient gelenkt.	
Die Behandlung der Patientin/des Patienten erfolgt termingerecht.	Wartezeit auf die Nachbehandlung $\leq$ 30 Min. für 90 Prozent der Patientinnen und Patienten

#### Do Umgesetzte Maßnahmen/vorhandene Dokumente

- Ambulante Nachbehandlung. Organisation und Prozesse. SOP, 2020/2021
- Abläufe in den Gipsambulanzen, Handbuch
- Wundmanagement im UKH Salzburg, Handbuch
- AO Surgery References

#### Check Ergebnisse des letzten Checks und Datum für den nächsten Check

Mit Beginn der CoV-2-Pandemie Anfang 2020 war es eine dringende Maßnahme, die Nachbehandlungsstrukturen so zu optimieren, dass das Patientenaufkommen sowohl beim Anmeldeschalter als auch im Wartebereich mit den COVID-19 Verhaltensregeln konform geht.

Der Indikator „Wartezeit auf die Behandlung“ spiegelt die strukturierte Lenkung des Patientenstromes. Die Neubearbeitung der Nachbehandlungsprozesse erfolgte im 2. Halbjahr 2020. Mit Jänner 2021 begann die Umsetzung der Ergebnisse. Erste Kennzahlen zur Wartezeit vom März 2021 siehe Tabelle.

Wartezeiten in Nachbehandlung (in Klammer Prozentanteile)						
Wartezeit in Min.	Jänner 2021		Februar 2021		März 2021	
1 bis 29	565	(36,6)	764	(54,5)	922	(57,8)
30 bis 59	379	(24,6)	357	(25,5)	476	(29,8)
60 bis 89	294	(19,1)	155	(11,1)	156	(9,8)
mehr als 89	305	(19,8)	126	(9,0)	42	(2,6)

#### Act Abgeleitete Maßnahmen im Zuge der Neubearbeitung der „Nachbehandlung“

Im zweiten Quartal 2020 wurde eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe – unter Leitung der Qualitätsmanagerin Mag. Rosa Schmidlechner – beauftragt, den Nachbehandlungsprozess neu zu gestalten. Die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe sind insbesondere:

- Indikation zur Nachbehandlung ist in breitem Rahmen definiert
- Wiederbestellsystem (KIS Wiederbestellkalender) ist neu bearbeitet
- Gipsambulanz wird als eigenständige Terminambulanz etabliert
- Wundambulanz wird neu implementiert



## Die Nachbehandlung – strukturierte Lenkung des Patientenstromes



*Nachbehandlung*

Die ambulante Nachbehandlung stellt sicher, dass Patientinnen und Patienten, die nach der stationären Entlassung oder im Anschluss an ihre akute ambulante Behandlung noch medizinische, pflegerische oder therapeutische Leistungen benötigen, diese im erforderlichen Umfang und unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen erhalten.

Im UKH Salzburg wurden 2020 die Struktur- und Prozessqualität der ambulanten Nachbehandlung in einer Arbeitsgruppe bearbeitet.

### Hauptziel

Patientinnen und Patienten werden termingerecht und mit der für die Behandlung erforderlichen Zeitressource behandelt. Die Abläufe sind für Patientinnen, Patienten und Behandlungsteam optimiert.

### Teilziele

#### Sichern der Behandlungsqualität im Rahmen optimierter Strukturen

- Kontinuität der Nachbehandlung in den zeitlichen Intervallen gemäß AO Surgery Referencys
- Sicherstellung der Behandlungskapazität in Relation zum Patientenaufkommen
- Adäquate zeitliche Ressource für jede Patientin und jeden Patienten

### Lenkung des Patientenstromes

- Nachvollziehbare Festlegung der erforderlichen Terminkapazität
- Exakte und verbindliche Termintaktung in einem adaptierten elektronischen Wiederbestellsystem
- Effiziente Koordination innerhalb der verschiedenen Ambulanzdisziplinen

### Größtmögliche Patientensicherheit und -zufriedenheit

#### Größtmögliche Mitarbeiterzufriedenheit

### Nicht-Ziele:

- Eingriff in medizinische Behandlungskonzepte
- Eingriff in die Abläufe der Spezialambulanzen

### Ergebnisse der Arbeitsgruppe, insbesondere:

#### 1. Indikation zur Nachbehandlung

Die Wiederbestellung einer Patientin bzw. eines Patienten und die Festlegung der Nachbehandlungsintervalle liegen in der Verantwortung des behandelnden Arztes bzw. der Ärztin. Als Leitfaden hinsichtlich der Kontrolle nach Osteosynthesen dienen die AO surgery references. Die Nachbehandlung im niedergelassenen Bereich ist in Betracht zu ziehen.

## 2. Terminmanagement

Die Anzahl der erforderlichen Terminslots und die Zeitdauer für einen Slot wurden aus umfassender Analyse der IST-Kennzahlen abgeleitet. Das elektronische Terminvergabesystem wurde adaptiert. Die Behandlungsausweise sind mit Signalstempeln „Bitte halten Sie Ihren Termin ein ...“ versehen.

## 3. Gipsambulanz als eigenständige Terminambulanz

Die Gipsambulanz wird zu einer eigenständigen Terminambulanz. Bis zu 40 Patientinnen und Patienten werden pro Vormittag ohne zusätzlichen ärztlichen Kontakt in einer der Nachbehandlungskabinen behandelt und im KIS dokumentiert. Die Funktion „Ärztin/Arzt im Gipszimmer“ ist umfassender und aufgewertet. Diese Struktur schafft zeitliche Ressourcen für die Nachbehandlungskabinen.

## 4. Wundambulanz als eigenständige Terminambulanz

Die Wundambulanz wird in Verantwortung eines akademischen Wundmanagers betrieben. Patientinnen und Patienten mit schlecht heilenden Wunden

erhalten eine zeitgemäße evidenzbasierte Wundbehandlung mit einem abgestimmten Therapieplan. Die Wundambulanz wird alternierend an zwei bzw. drei Nachmittagen pro Woche betrieben. Dies schafft ebenfalls zeitliche Ressourcen für die Nachbehandlungskabinen.

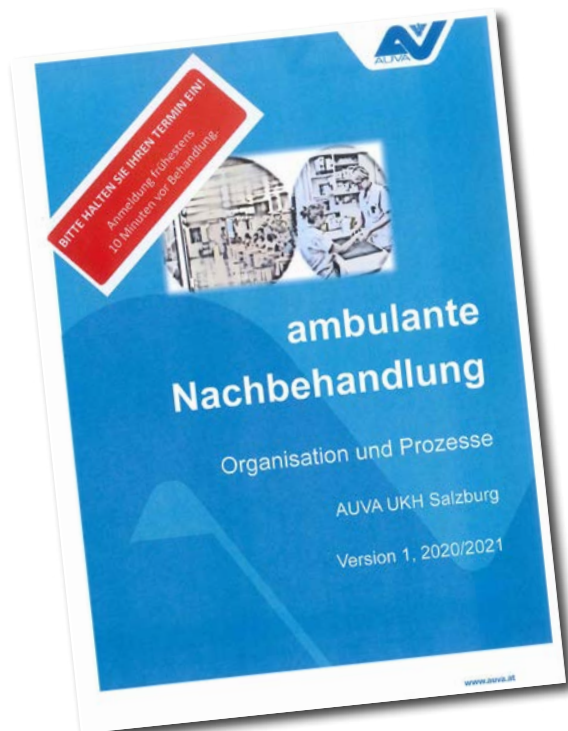
Seit Mitte Februar 2021 sind die Ergebnisse in Umsetzung. Der Elchtest – das Ende der Nummernausgabe für den Anmeldeschalter – wurde zu aller Zufriedenheit bestanden. Kein Stau vor dem Anmeldeschalter – zwischen den Wartenden fände ein juveniler Elefant Platz. Die Terminslots sind so gestaltet, dass Patientinnen und Patienten, die auf Grund von Beschwerden kommen, ohne Störung eingegliedert werden können. Evaluiert wird Mitte des Jahres 2021.

## QM-Aktivitäten 2020

### Neuorganisation der Bereiche Ambulanzen und OP als eigenständige pflegerische Organisationseinheiten

#### Ausgangslage

Die Funktionsbereiche Ambulanzen und OP sind historisch personell verzahnt. Teammitglieder arbeiten in beiden Bereichen: als OP-Assistenz im OP und als Gipsassistent in den Gipsambulanzen, die Wundversorgung war ausschließlich mit OP-Pflegekräften besetzt. Nachts, nach 22 Uhr, war eine OP-Pflegefachkraft für Wundversorgung, Erstaufnahme und Schockraum zuständig. Das führte immer wieder zu Verzögerungen in der Patientenversorgung. Zusätzlich gebot die Zunahme an zur Aggression bereiten Patientinnen und Patienten im Sinne der Patienten- und Mitarbeitersicherheit die Anwesenheit einer weiteren Pflegefachkraft im Nachtdienst. Der Rückgang an qualifizierten Bewerbern für den OP-Bereich implizierte eine Umstrukturierung der Pflegeberufe und derer Kompetenzen. Bereits 2018 wurden die Themen in einer Arge bearbeitet, die Ergebnisse sind weitgehend umgesetzt. Die weitere Qualitätssicherung erforderte ein Fortführen dieser Umstrukturierung in der Form, dass die beiden Bereiche Ambulanzen und OP bezüglich Pflegepools organisatorisch zu trennen sind.



Konzept ambulante Nachbehandlung

Im Auftrag der Pflegedienstleitung wurde die „pflegerische Neu-Organisation Ambulanzen und OP“ in einer Arbeitsgruppe unter der Leitung der Qualitätsmanagerin weiterbearbeitet.

**Das Hauptziel**

**Die Funktionsbereiche Ambulanzen und OP sind eigenständige, getrennte Organisationseinheiten bezüglich pflegerischer Abläufe und Pflegepools.**

**Die wesentlichen Ergebnisse**

**Team Ambulanzen**

Das Pflorgeteam Ambulanzen betreibt zukünftig die Nachbehandlungsambulanz, die Erstuntersuchung mit der Ersteinschätzung nach Manchester Triage, die Wundversorgungsambulanz (neu), die Gipsambulanzen (neu) und die Präanästhesieambulanz (ANA).

Skill and grade mix: DGKP, Gipsassistenzen, medizinische Fachassistenzen

- Mitarbeitende der Assistenzberufe arbeiten entweder im OP oder in den Ambulanzen
- Gipsassistenten arbeiten im Rahmen ihres Berufsbildes auch in der Erstaufnahme und in der Wundversorgung. Eine dafür erarbeitete Arbeitsplatzbeschreibung bietet die Basis. Die Ausbildung zum diplomierten medizinischen Fachassistent (neu), als „Upgrade“ für medizinische Assistenzberufe ist als freiwillige Ausbildung für 1-2 Mitarbeiter pro Jahr möglich
- Zur Gipsassistenten ausgebildete DGKP betreiben die Gipsambulanz der Nachbehandlung und arbeiten zunehmend in der Gipsambulanz im Akutbereich
- Die Wundversorgung (24 h/7 Tage) wird aus dem Pflegepool Ambulanzen besetzt
- Der Skill and grade mix ermöglicht einen flexiblen Personaleinsatz innerhalb des umfassenden Funktionsbereichs Ambulanzen
- Als wesentlicher Meilenstein kann durch Verschieben von Dienstposten ein weiterer Nachtdienst gestellt werden

**Team OP**

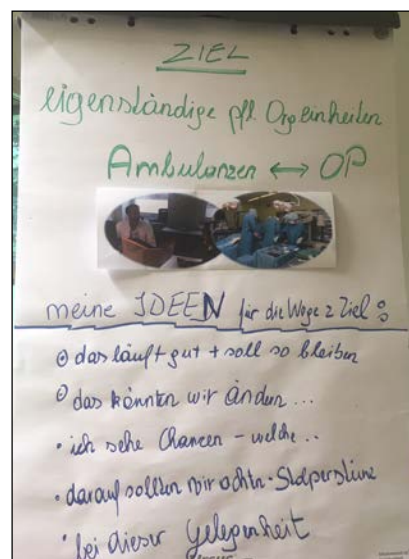
Der Tätigkeit im OP-Bereich wird zunehmend anspruchsvoller durch komplexe OP-Methoden, OP-Systeme, Lagerlogistik u.v.a. Das Projekt ermöglicht dem Team OP die Konzentration auf die Kernaufgaben im Bereich OP.

Skill and grade mix: DGKP, OP-Assistenzen, Operationstechnische Assistenzen (OTA)

- Die Wundversorgung wird vollständig an das Team Ambulanzen abgegeben. Das Schockraumteam wurde in Folge für das OP-Pflege-Team neu definiert



OP-Ambulanzen: Agenda der Kick Off Sitzung



OP-Ambulanzen: Teilergebnis des Brainstormings

- Die Nachbesetzung freiwerdender Stellen mit OTA wird angestrebt
- DGKP erhalten eine Einschulung für OP-Assistenz-tätigkeiten, wie zum Beispiel Lagerung von Patientinnen und Patienten. OP-Assistenten erhalten eine Einschulung für Beidiensttätigkeiten. Dies ermöglicht eine flexible Zusammenarbeit innerhalb des Teams OP-Pflege

Die Umsetzung erfolgt schrittweise bis zum 4.Quartal 2022.

## 2020 war fast durchgehend SARS-CoV-2 Pandemie

Sonntag, 8. März 2020 war im UKH Salzburg die „Kick off Sitzung“ des Pandemie-Krisenteams. SARS-CoV-2 kam näher. Für die Teams im UKH Salzburg folgte ein permanenter Wechsel von agieren und reagieren, auf Zeiten der Anspannung folgten Zeiten, welche die Pandemiesituation im Klinikbetrieb zu einem „business as usual“ machten. Der ärztliche Leiter, Prim UnivProf Dr. Wolfgang Voelckel, ist als Mitglied im Krisenstab des Bundeslandes Salzburg ein wichtiges Bindeglied zu Politik, Infektiologen und den anderen Kliniken. Im ersten Lockdown erfolgte auch die Übergabe in der Abteilungsleitung Ortho-Traumatologie: Prim Dr. Alexander Schmelz verabschiedete sich mit 31. März in den Ruhestand. Prim UnivProf Dr. Arnold Suda kam mit Elan und Triagezelt mitten in das Pandemie-Geschehen.

### Die Rolle des UKH Salzburg während der ersten SARS CoV-2 Welle

- Das UKH Salzburg übernahm die gesamte Traumaversorgung (24 h/7 Tage) für den Großraum Salzburg
- Das UKH Salzburg hatte erfolgreich zum Ziel, Covid-freies Krankenhaus zu sein. SARS-CoV-2 positive getestete Patientinnen und Patienten wurden an die Covid-Station der SALK zur weiteren Behandlung transferiert
- Die frühzeitige Ausrollung der Antigen-Schnelltests führte zu einer raschen Vorselektion und beeinflusste die Wahl der Behandlungsstrategie vor dem Eintreffen der PCR-Testergebnisse

- Seit der zweiten Pandemiewelle im Herbst 2020 werden SARS-CoV-2 positiv getestete Patientinnen und Patienten, so wie in allen Salzburger Kliniken, auch im UKH behandelt
- Patientinnen und Patienten werden sicher, entsprechend ihrer Bedürfnisse und der vorhandenen Ressourcen, versorgt. Die Pandemie erforderte ein Hintanstellen nicht zwingender elektiver Eingriffe
- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind der Situation angepasst informiert und – wo erforderlich – speziell geschult

### Kontrollierter Zutritt

Eine Zutrittskontrolle findet der Situation angepasst statt. Anfangs im Zelt mit Triage, Infektscreening und KIS-Anmeldung mit Ärztin, Arzt, Pflegefachkraft und Schreibkraft.



Aufnahmestation, Stv. Stationsleiterin in Schutzausrüstung

### Bestmöglich Covid-frei

Das primäre Ziel, Covid-freies Haus zu sein, konnte u.a. durch den Umbau einer Station zur Aufnahme-station erreicht werden. Patientinnen und Patienten wurden erst nach negativem SARS-CoV-2 PCR Test-ergebnis zur weiteren Behandlung außerhalb dieser Station freigegeben. Patientinnen und Patienten, bei denen ein operativer Eingriff zwingend indiziert war, waren davon ausgenommen.

Das Krisenteam tagte anfangs täglich. Hygiene-konzepte und SOPs wurden erarbeitet, der Umgang mit Schutzausrüstung geschult. Das Team des Einkaufs war wertvoller Partner in der Beschaffung von Schutzausrüstung. Trotz anfänglicher Liefer-empässe wurden alle Mitarbeiterinnen und Mit-arbeiter adäquat ausgerüstet.



Schulung Intubation unter COVID-19



COVID-19 Schutzausrüstung im Schockraum

### Mitarbeiterinformation

Die Mitarbeiterinformation erfolgte anfangs täglich in den unterschiedlichen Konstellationen. COVID-19 Newsletter (bis Jahresende 14 Ausgaben!), tages-aktuell verfasst, wurden persönlich in die Bereiche gebracht und diskutiert. Eine Mitarbeiter-Hotline, anfangs 24 Stunden am Tag besetzt (Hygienefach-kraft, FA für innere Medizin, Arbeitsmedizinerin), war hilfreiches Informationstool für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.



COVID-19 Newsletter zur Mitarbeiterinformation

### AUVA-weite COVID-19 Antikörperstudie

Nach der ersten CoV-2 Welle bestand großes Interesse an der AUVA-weiten SARS-CoV-2 Antikörper Sero-Prävalenzstudie. In zwei Durchgängen wurden bei den Probanden Antikörper-Schnelltests durchgeführt, der begleitende Fragebogen lässt Rückschlüsse auf Mobilität, Risikofaktoren und Umfang der sozialen Kontakte zu. Die Publikation steht bevor.

### SARS-CoV-2 Testung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Zu jedem Zeitpunkt der Pandemie bestand für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Möglichkeit, die aktuell zur Verfügung stehenden SARS-CoV-2 Testverfahren über das UKH Salzburg durchführen zu lassen. Seit November 2020 werden alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gemäß „CoV-19-Notmaßnahmenverordnung“ wöchentlich getestet. Die Testungen erfolgen unter anderem in der dafür eingerichteten Abstrich-Ambulanz.

### SARS-CoV-2 Impfung

Im Jänner 2021 fand die erste Impfkation statt. Knapp mehr als die Hälfte der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konnte geimpft werden. Die Impfatmosphäre war geprägt von Freude, Dankbarkeit und dem Bewusstsein, Teil eines historischen Ereignisses zu sein. Die zweite Impfkation fand im März 2021 statt.

### COVID-19 – so haben wir die erste Welle erlebt

Im Frühsommer 2020 sanken die SARS-CoV-2 Fallzahlen. In der Phase der Rückkehr zu einer Art



COVID-19 Antigen-Routinetestung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter



Impfteam. Die COVID-19 Impfungen für Mitarbeitende starteten am 8. Jänner 2021

Normalität befragten wir unsere Mitarbeiter, wie sie den ersten Lockdown erlebt haben. Dass weitere kommen würden war vorerst nur eine Möglichkeit. Die Befragten kamen gut durch die Krise, sie war jedoch eher psychisch belastend als physisch. Das deckt sich mit einem Stimmungsbarometer, das Patientinnen, Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Tag der Patientensicherheit befüllten.

Tabelle: Befragung Bewältigung 1. Welle COVID-19-Pandemie

Bewältigung 1. Welle COVID-19 Pandemie 2020 im UKH Salzburg; n= 144	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht
1.1 Wie haben Sie den 1. Lockdown physisch empfunden? (in Klammer Prozentanteil)	71 (49)	55 (38)	15 (11)	3 (2)
1.2 Wie haben Sie den 1. Lockdown psychisch empfunden? (in Klammer Prozentanteil)	32 (22)	77 (54)	32 (22)	3 (2)
3.1 Wie beurteilen Sie die COVID-19-Management im UKH Salzburg? (in Klammer Prozentanteil)	67 (47)	57 (39)	18 (13)	1 (1)

Nennungen (Auswahl): „Ich war stolz auf mich, das alles gemeistert zu haben“, „Mitarbeiter gingen achtsamer miteinander um“, „Der Egoismus Einzelner war erschreckend“, „Sehr gute Organisation des Patientenstromes außerhalb des Hauses“, „Sehr positiv das Aufnahmemanagement Station A“, „Bestens das Management beim beatmeten Intensivpatienten, Möglichkeit zum Covid-Test“, „Sehr positiv habe ich die Hotline erlebt“, „Unser Reinigungsteam hat sehr gute Arbeit geleistet“, „Die Abstimmung UKH und SALK hinsichtlich der Abgrenzung COVID und NON-COVID Patienten war die beste Lösung in ganz Österreich“, „COVID-19 Newsletter wurde von Fr Schmidlechner und Prim Voelckel persönlich auf die Station gebracht und wichtige Punkte besprochen“, „Von Seiten der Hygiene immer kompetent beraten“.

### Erfolgreiches Re-Audit zum Überregionalen Traumazentrum (ÜTZ)

Am 11. September 2020 wurde das UKH Salzburg zum zweiten Mal erfolgreich re-auditiert. Auditor Dr. Ali Dadashi hält im Auditbericht fest: „Die Klinik war sehr gut auf das Audit vorbereitet. (...) Sehr gute Durchdringung und Engagement des gesamten Schockraumteams. (...) Sehr gute Intranet-basierte Dokumentation der SOPs mit guter Dokumentenstruktur. Schockraumanmeldung wird nie infrage gestellt. Hohe innerklinische Kooperationsbereitschaft zur Bereitstellung der Ressource (...)“

Das überregionale Traumazentrum (ÜTZ) AUVA UKH Salzburg wird die bereits bestehende Kooperation mit dem Uniklinikum weiter intensivieren. Die Vorbereitungen, auf dem Campus der Uniklinik ein Ortho-Traumazentrum unter der Betriebsführung der AUVA zu errichten, nehmen nach einer Corona-bedingten Pause wieder Fahrt auf.



Re-Audit zum überregionalen Traumazentrum, Begehung Schockraum

### Wie erleben Notärzte die Übergabe Schwerstverletzter an das Schockraumteam im UKH?

Die Qualität der Patientenübergabe durch den Notarzt an das Schockraumteam ist ein Indikator für die Patientensicherheit. Unmittelbar nach Eintreffen des Schwerverletzten im Schockraum, bevor er von der Hubschrauberliege auf die Schockraumliege umgelagert wird, herrscht für wenige Minuten absolute Ruhe. Die Notärztin/der Notarzt macht

Tabelle: Auszug der Daten aus dem Traumaregister, Berichtsjahr 2019

Kennzahlen	UKH Salzburg	DGU-Traumaregister
Gesamtzahl dokumentierte Patienten	70	36 699
Altersschnitt in Jahren (Mittelwert)	47,9	53,4
Schwerverletzte ISS $\geq$ 16, Anteil in Prozent	74,3	52,3
ISS Mittelwert	24,1	18,2
Intensivtherapie, Anteil in Prozent	97	86,1
Zeit von Aufnahme bis Ganzkörper-CT	21 min	25 min
Zeit bis 1. Notfalleingriff	59 min	71 min
Verstorben (beobachtete Letalität) in Prozent	4/7,3	9,5
Letalitätsprognose, Anteil in Prozent	7	9,3
Differenz Letalitätsprognose zu tatsächlicher Letalität, Anteil in Prozent	0,3	-0,2

Die angegebenen niedrigen Fallzahlen sind der Datenschutzgrundverordnung geschuldet und repräsentieren nicht die tatsächliche Anzahl Schwerstverletzter im UKH Salzburg

Tabelle: Befragung der Notärzte zur Übergabe in Schockraum UKH Salzburg

Übergabe Schockraum UKH Salzburg: Notärzte; n=47	sehr gut	gut	Befriedigend	Genügend	Nicht genügend
Die Abläufe im Schockraum des UKH Salzburg erlebe ich strukturiert. (In Klammer Prozentanteil)	39 (83)	6 (13)	2 (4)	0	0
Meine Patientenübergabe wird konzentriert aufgenommen. (In Klammer Prozentanteil)	36 (78)	8 (18)	2 (4)	0	0
Ich erhalte immer ein adäquates Feedback. (In Klammer Prozentanteil)	14 (31)	15 (33)	13 (28)	2 (4)	2 (4)
Im Schockraum herrscht ein ruhiges Arbeitsklima. (In Klammer Prozentanteil)	35 (75)	7 (15)	2 (4)	2 (4)	1 (2)

eine knappe, strukturierte Übergabe. Dann beginnt die konzentrierte und routinierte Diagnostik und Therapie. Im Rahmen der Vorbereitungen für das Re-Audit zum überregionalen Traumazentrum wurde das Notärztenteam befragt, wie es diese initialen Abläufe erlebt.

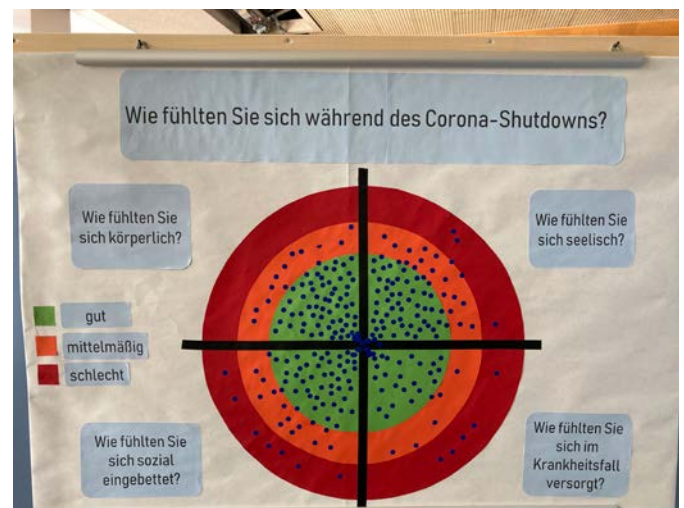
### Traumakoordinator implementiert

Gerade die COVID-19 Pandemie hat gezeigt, dass die Abstimmung von Ressourcen ein wichtiges Steuerungselement ist, um strukturelle Überlastungen zu vermeiden. Seit November 2020 gibt es für die beiden ÜTZ UKH Salzburg und SALK einen gemeinsamen Traumakoordinator. Die Funktion wird abwechselnd von einem Unfallchirurgen der Häuser wahrgenommen. Der Traumakoordinator hat stets Kenntnis über die aktuellen Kapazitäten in den OP-Bereichen, den Intensivstationen sowie den Personalressourcen beider Kliniken. Er ist Ansprechpartner der Rettungsleitstellen und der Kliniken im Traumanetzwerk. Er entscheidet unmittelbar, in welchem der beiden ÜTZ Schwerverletzte aufgenommen werden. Er kann auf strukturelle und personelle Kapazitätsveränderungen der Kliniken rasch reagieren und die situativ beste Behandlungsoption auswählen. Arbeitsunfälle werden gemäß Versorgungsauftrag im UKH aufgenommen und behandelt.

### Mit Resilienz die Krise meistern

Am 17. September 2020 wurde zum sechsten Mal der Internationale Tag der Patientensicherheit begangen. Der Tag stand diesmal unter dem Motto „COVID-19 – mit Resilienz die Krise meistern“. Resilienz ist die

Fähigkeit, schwierigen Lebenssituationen und Ereignissen mit einer gewissen Flexibilität und Akzeptanz begegnen zu können.



Stimmungsbarometer



Mitglieder der QSK und des CIRPS-Teams mit dem ärztlichen Leiter Prim Dr. Wolfgang Voelckel und Prim. Arnold Suda vor dem Stimmungsbarometer





Szene beim Info-Point zum Patientensicherheitstag

Der Tag wurde im UKH Salzburg im Eingangsbereich mit Aktionen für Besucherinnen, Besucher, Patientinnen, Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter begangen. Es gab einen Büchertisch zum Schmökern und selbst gestaltete Poster und Flyer, die für das Thema Resilienz sensibilisierten. Mitglieder der QSK und des CIRPS-Teams führten Gespräche, verteilten Bücher, Flyer und gesunde Snacks. Alle „Passanten“, deren Interesse geweckt war, wurden gebeten, ihr Erleben des ersten Lockdowns in ein Stimmungsbarometer einzutragen. Wir konnten sichtbar machen, wie sich Menschen körperlich, seelisch, sozial eingebettet und im Krankheitsfall versorgt gefühlt haben. Der Großteil gab an, gut durch die Krise gekommen zu sein. Alle teilnehmenden Personen empfanden die Krise körperlich weniger belastend als seelisch.

## CIRPS Jahresbericht 2020

Im Sommer 2020 übernahm Susanne Seer, BSc die Funktion der CIRPS-Vertrauensteam-Sprecherin. Sie löste Dr. Egbert Ritter ab, der das Team weiterhin als Mitglied unterstützt.

Das CIRPS-Vertrauensteam trifft sich seit 2020 jeden ersten Dienstag im Monat. Bei den Sitzungen 2020 konnten zwanzig CIRPS-Meldungen bearbeitet werden. Die Meldungen werden in der Vertrauens-

team-Sitzung als Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse vorbereitet. In einer nachfolgenden Sitzung mit der Kollegialen Führung wurden gemeinsam Maßnahmen zur Risikominimierung und Fehlervermeidung erarbeitet und beschlossen.

Verteilung der Meldungen nach gemeldeter Berufsgruppe:

- Acht Meldungen von Ärztinnen
- Sieben Meldungen aus der Pflege
- Fünf Meldungen anonym

Einige gemeldete Ereignisse fanden auf Grund der Nicht-Beachtung vorhandener SOPs statt. In diesen Fällen wurde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Teambesprechungen die Beachtung der gültigen SOPs wieder eingefordert.

Zwei Meldungen wiesen auf das Verwechslungsrisiko von Look-Alike-Produkten hin. Bei einer Look-Alike-Situation eines Arzneimittels wurde ein Quick-Alert versendet. Ein Look-Alike-Pflegeprodukt wurde aus dem Sortiment genommen.

Neben der Bearbeitung von Meldungen hat das CIRPS-Vertrauensteam mit Unterstützung der QSK den Patientensicherheitstag zum Thema Resilienz gestaltet.

## Publikationen und Vorträge 2020

In den nachfolgenden Tabellen werden die im Jahr 2020 veröffentlichten Publikationen und gehaltenen Vorträge dargestellt.

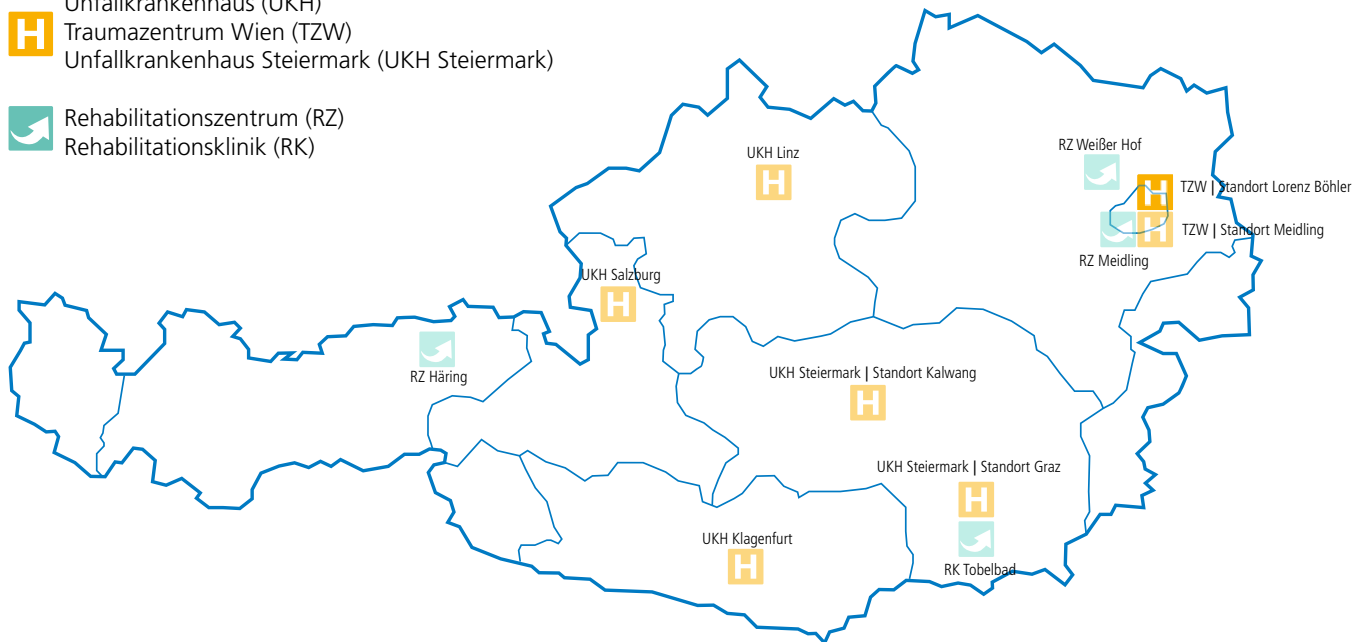
Publikationen 2020 im UKH Salzburg		
Titel	Journal	Autorinnen/Autoren
Bone segment transport for defects of the tibia: Technique with unilateral fixator and plate	Unfallchirurg 2020 Sep 123(9):687-693	<b>Suda AJ</b>
„Terror awareness“ bei Humanmedizinstudierenden im 5. Jahr des Mannheimer Reformierten Curriculums Medizin plus PubMed ID: 32.347.370	published online ahead of print, 2020 Apr 28]. Unfallchirurg. 2020	<b>Suda AJ, Höppchen I</b>
En-Bloc Resection of Metastases of the Proximal Femur and Reconstruction by Modular Arthroplasty is Not Only Justified in Patients with a Curative Treatment Option-An Observational Study of a Consecutive Series of 45 Patients.	J Clin Med 2020 Mar 11 9(3).	Bischel OE, <b>Suda AJ</b> , Böhm PM, Lehner B, Bitsch RG, Seeger JB
Comparison of fresh frozen plasma vs. coagulation factor concentrates for reconstitution of blood: An in vitro study.	Eur J Anaesthesiol. 2020 Oct 37(10): -888.	<b>Gratz J, Ponschab M, Iapichino GE, Schlimp CJ, Cadamuro J, Grottke O, Zipperle J, Oberladstätter D, Gabriel C, Ziegler B, Schöchel H</b>
Effectiveness of prothrombin complex concentrate for the treatment of bleeding: A systematic review and meta-analysis.	J Thromb Haemost. 2020 Oct 18(10):2457-2467	van den Brink DP, Wirtz MR, Neto AS, <b>Schöchel H</b> , Viersen V, Binnekade J, Juffermans NP.
Effect of fibrinogen concentrate administration on early mortality in traumatic hemorrhagic shock: A propensity score analysis	J Trauma Acute Care Surg. 2020 Nov 89(5):e154-e155	<b>Schöchel H, Grottke O, Schlimp CJ</b>
Computer tomographic assessment of gastric volume in major trauma patients: impact of pre-hospital airway management on gastric air.	Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2020 Jul 28 28(1)	<b>Mitteregger T, Schwaiger P, Kreutziger J, Schöchel H, Oberladstätter D, Trimmel H, Voelckel WG</b>
Trauma-Induced Coagulopathy and Massive Bleeding: Current Hemostatic Concepts and Treatment Strategies.	Hamostaseologie; 2020 Sep 7	Gratz J, <b>Oberladstätter D</b> , Schöchel H
A prospective observational study of the rapid detection of clinically-relevant plasma direct oral anticoagulant levels following acute	Anaesthesia. 2020 Sep 18.	<b>Oberladstätter D, Voelckel W, Schlimp C, Zipperle J, Ziegler B, Grottke O, Schöchel H</b>
Efficacy of prehospital administration of fibrinogen concentrate in trauma patients bleeding or presumed to bleed (FlinTIC): A multicentre, double-blind, placebo-controlled, randomised pilot study	Eur J Anaesthesiol. 2021 Apr 1;38(4):348-357	Ziegler B, Bachler M, Haberfellner H, Niederwanger C, Innerhofer P, Hell T, Kaufmann M, Maegele M, Martinowitz U, Nebl C, Oswald E, <b>Schöchel H</b> , Schenk B, Thaler M, Treichl B, <b>Voelckel W</b> , Zykova I, Wimmer C, Fries D; FlinTIC study group
Sicherheitskultur in der Orthopädie und Unfallchirurgie. Unfallchirurg (2020). Sicherheitskultur in der Orthopädie und Unfallchirurgie: Eine qualitative Untersuchung der ärztlichen Perspektive	Unfallchirurg. 2020 Nov 10	Höppchen I, Ullrich, C, Wensing, M, Poß-Doering R, <b>Suda AJ</b>
Global Characterisation of Coagulopathy in Isolated Traumatic Brain Injury (iTBI): A CENTER-TBI Analysis	Neurocrit Care. 2020 Dec 11	Böhm JK, Güting H, Thorn S, Schäfer N, Rambach V, <b>Schöchel H</b> , Grottke O, Rossaint R, Stanworth S, Curry N, Lefering R, Maegele M CENTER-TBI Participants and Investigators
Sufficient Thrombin Generation Despite 95% Hemodilution: An In Vitro Experimental Study	Clin Med 2020 Nov	Gratz J, <b>Schlimp CJ</b> , Honickel M, Hochhausen N, <b>Schöchel H</b> , Grottke O
Pathophysiological Response to Trauma-Induced Coagulopathy: A Comprehensive Review	Anesth Analg. 2020 Mar;130(3):654-664	Duque P, Mora L, Levy JH, <b>Schöchel H</b>

Vorträge 2020		
Titel	Veranstaltung	Vortragende
Hemostatic disorders associated with massive bleeding – Vortrag: Coagulation management in trauma with traumatic brain injury,	Point of care course Hospital Santa Creu I Sant Pau, Barcelona Feb 2020	Schöchl H
Gerinnungsmanagement unter DOACs – ein Update,	23. Tagung Gerinnungsarbeitskreis Celle, Jänner 2020	Schöchl H
1. FFP oder Konzentrate – Vor- und Nachteile	J Clin Med 2020 Mar 11 9(3).	Bischel OE, Suda AJ, Böhm PM, Lehner B, Bitsch RG, Seeger JB
2. European Trauma Guidelines – Update 2019	15. Kurs Gerinnung in Anästhesie und Intensivmedizin, Jänner 2020, Königstein, Deutschland	Schöchl H
PCC and its current role in management of severe bleeding,	Ostrava, Jahrestagung der Tschechischen Intensivmediziner, Czech Republic, Jänner 2020	Schöchl H
Was gibt es neues in der Reanimation	Notarzkurs, Notarzt Refresherkurs St. Gilgen	Schöchl H
Schuß- und Explosionsverletzung	Ärztchamber Salzburg, Online; November 2020	Suda A
Coagulopathy in trauma patients with brain injury, Thromboelastometric guided hemostatic management	Manejo de los trastornos de la hemostasia asociados al sangrado masivo, Barcelona, Spain	Schöchl H
Gerinnungsmanagement unter DOACs – ein Update.	Gerinnungszirkel Südheide, Deutschland	Schöchl H
Blutungen und oralen Antikoagulantien – Was kann ich tun.	21. Tagung des Norddeutschen Arbeitskreises "Perioperative Gerinnung mit Herz", Hannover, Deutschland	Schöchl H
Präklinisches Management des Thoraxtraumas; Polytrauma Management; Der Ertrinkungsunfall, Der Tauchunfall.	Notarzausbildungskurs Bad Hofgastein	Schöchl H
Diagnosis and Treatment of Trauma Patients on DOACs.	Europ Soc Intensive Care, Webinar	Schöchl H
Platelet function testing in emergency medicine.	Europ Congress of Anaesthesiology Webinar	Schöchl H
FFP zwischen Leitlinien und off label use. Gerinnungstherapie bei schwerem Trauma.	Potsdamer Kolloquium Perioperatives Gerinnungsmanagement, Potsdam, Deutschland	Schöchl H
Monitoring von Antikoagulantien und Antithrombotika; Gerinnungsmanagement bei Polytrauma	ÖGARI Kurs für Antikoagulation und PBM, St. Gilgen	Schöchl H
Schädel-Hirn-Trauma unter gerinnungshemmender Therapie	Austrian Consensus Guidelines. Klosters, Schweiz	Schöchl H
Gerinnungsmanagement bei Trauma und schwerer Blutung.	Hämostaseologiekurs 2020, Wien	Schöchl H
Basics in Pediatric Trauma	European Med Ski Cup Bad Hofgastein; Februar 2020	Hirzinger C

## Unfallkrankenhäuser und Rehabilitationszentren

**H** Unfallkrankenhaus (UKH)  
 Traumazentrum Wien (TZW)  
 Unfallkrankenhaus Steiermark (UKH Steiermark)

**RZ** Rehabilitationszentrum (RZ)  
 Rehabilitationsklinik (RK)



<b>TZW</b>	AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark	
	Standort Graz, Standort Kalwang	
	AUVA-Unfallkrankenhaus Klagenfurt am Wörthersee	
	AUVA-Unfallkrankenhaus Linz	
	AUVA-Unfallkrankenhaus Salzburg	
	<b>AUVA-Traumazentrum Wien</b>	
<b>Standort Lorenz Böhler</b>		
<b>Donaueschingenstraße 13</b>		128 Betten
<b>1200 Wien</b>		4.349 stationäre Fälle
<b>Tel.: +43 5 93 93-41000</b>		47.003 ambulante Fälle
E-Mail: <a href="mailto:UBV@auva.at">UBV@auva.at</a>   <a href="http://www.ukhlorenzboehler.at">www.ukhlorenzboehler.at</a>		3.413 Operationen
		434 Mitarbeitende

<b>RZ</b>	AUVA-Rehabilitationszentrum Häring
	AUVA-Rehabilitationszentrum Wien Meidling
	AUVA-Rehabilitationsklinik Tobelbad
	AUVA-Rehabilitationszentrum Weißer Hof

# AUVA-Traumazentrum Wien | Lorenz Böhler



Kollegiale Führung	QSK-Mitglieder	CIRPS-Vertrauensteam
<p><b>Ärztliche Leitung TZW</b> Prim UnivProf Dr. Christian Fialka, MBA</p> <p><b>Ärztliche Standortleitung TZW Lorenz Böhler</b> Prim PD Dr. Thomas Hausner</p> <p><b>Pflegedienstleitung TZW</b> Petra Wolfgang, MSc</p> <p><b>Standortleitung Pflege</b> Anita Aichinger, MSc (bis Sept. 2020) Petra Wolfgang (ab Okt. 2020)</p> <p><b>Verwaltungsleitung TZW</b> Mag. Simone Teichert, MBA</p>	<p>Dr. Thomas Draskovits Regina Gödel Maria Hermanky, BSc, MSc Christine Krammer Mag. Elisabeth Lichtenwagner, MBA Prim Dr. Nikolaus Neuhold Alexandra Nikitscher Dr. Josef Porta Karin Rauscher Ernst Reitbichler Manuela Riesel, BSc Dr. Maya Skala-El Alami Eva Spielvogel, MSc Sandra Spreizer Dr. Irene Tambornino</p>	<p>Daniela Brizic Amanda Gaspar Martina Hasibar Alexandra Nikitscher Niklas Oberkofler Dr. Yves Schaden</p> <p><b>Hygieneteam</b></p> <p>Christine Krammer Dr. Daniel Lahner Monika Schmidt Dr. Philipp Trost</p>

## PDCA-Übersicht

### I Aufnahmemanagement

Die Aufnahme erfolgt strukturiert und berücksichtigt gleichermaßen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie die Ressourcen der Gesundheitseinrichtung.

#### Plan Ziel und Indikator

	Ziel	Indikator
1.1	Die Behandlung der Patientinnen und Patienten erfolgt nach medizinischer Dringlichkeit	1.1.a Zeitspanne von Anmeldung bis Erstkontakt < 30 Min. im Durchschnitt 1.1.b Richtigkeit der Dringlichkeitszuordnung
1.2	Der Aufnahmeprozess von der Anmeldung bis zum Eintreffen auf der Station ist definiert	1.2.a Regelungen sind in der aktuellsten Version vorhanden und BQLL ist berücksichtigt 1.2.b Anteil der Patientinnen und Patienten mit vollständigen Dokumenten

#### Do Umgesetzte Maßnahmen/vorhandene Dokumente

	Dokumente/Maßnahmen	Datum
1.1	Evaluation: Richtigkeit der Dringlichkeitszuordnung Kontroll-Liste bei Medizinischer Verwaltungsassistenz EU	Dezember 2020
1.2	Aufnahmeprozesse ambulant, stationär, geplant, ungeplant, Tag/Nacht Verfahrensanweisung Zusatz eingefügt über Dokumentengebahrung bei verschobener OP Stichprobe: Vollständigkeit der Dokumente durch QM	Februar 2020 Dezember 2020

#### Check Ergebnisse des letzten Checks

1. Anzahl der nach Dringlichkeit richtig zugeordneten Patientinnen und Patienten in der Erstaufnahme: **98,5 Prozent (n = 179)** siehe **1.1.b**
2. Anteil der Patientinnen und Patienten mit vollständigen Dokumenten: **94 Prozent (n = 130)**.  
Fehlende Dokumente betreffen verschobene OP. Siehe **1.2.b**

#### Act Abgeleitete Maßnahme aus dem Ergebnis

Ad **1.2.b** Der Zusatz zur Dokumentengebahrung bei verschobenen Operationen wurde nach eingehender Diskussion in der QSK-Standortleitungssitzung in die Verfahrensanweisung zu den Aufnahme-  
prozessen eingefügt. Die Verfahrensanweisung wurde an die betroffenen Bereiche ausgesendet und  
steht im Intranet allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung.

## Aufnahmeprozess im TZW Lorenz Böhler

Die verschiedenen Aufnahmeprozesse (ambulante und stationäre Aufnahme, gehende Patienten, per Rettung, Schockraum und Nachaufnahme) von der Anmeldung bis zum Eintreffen auf der Station wurden in einem interprofessionellen Team strukturiert erarbeitet.

**Beteiligt waren alle ausführenden Rollen bzw. die jeweiligen Führungskräfte:** DGKP Station, Unfallchirurgie, Medizinische Verwaltungsassistenz im Ambulanzbereich, Röntgen, OP-Assistenz, interner Transportdienst (ITD), Anästhesie-Ärztinnen und Ärzte inkl. Anästhesie Pflegepersonal, Nachaufnahme-Pflegepersonal, stationärer Schreibdienst

**Prozesszugehörigkeit: I Aufnahmemanagement**

**Geltungsbereich:**

Erstuntersuchung (EU), Nachbehandlung (NB), Schockraum, Röntgen, Stationen, Gipszimmer, Wundversorgung, Nachaufnahme (NAA), Schreibstube



DGKP Anja-Lena Pfnaisl

**Auszug aus der Verfahrensanweisung, Seite 1 von 4:**

### **Ambulante Aufnahme**

- **Anmeldung am Erstaufnahmeschalter:** Aufnahme von persönlichen Daten, Angaben über Unfallhergang/Region, Gewicht, Größe wegen Strahlenschutzverordnung aus 2021, Telefonnummer wegen Verständigungsmöglichkeit
- **Einreihung nach Dringlichkeit** durch Medizinische Verwaltungsassistenz am Erstaufnahmeschalter (Kriterien: Kinder, offensichtliche Frakturen, blutige Verletzungen)
- **Ad Ärztin bzw. Arzt:** Klinische Untersuchung, Zuweisung ev. ad Röntgen, ad Wundversorgung, ad EU-DGKP
- **Vorbereitung für Röntgen:** Körperstelle freimachen, ev. temporäre Ruhigstellung von verletzter Körperregion (SAM Splint Schienen, Schaumstoffstiefel, Dreieckstuch und ev. Schmerztherapie lt. Schmerzfolder LBK 2015)
- **EU-DGKP bringt sitzende bzw. liegende Patientin bzw. Patienten in das Röntgen**

Röntgenaufnahme, danach retour in EU, Befundung durch Unfallchirurgin bzw. -chirurgen in EU, Diagnose und Behandlungsanweisung oder weitere Diagnoseverfahren wie Ultraschall, weitere Röntgenuntersuchungen wie CT, MR, Labor lt. Anweisung durch Ärztin bzw. Arzt. Transport der Patientin bzw. des Patienten durch ITD.



DGKP Anja-Lena Pfnaisl

- Version 1: Versorgung durch EU-DGKP, Patient erhält Patientenausweis von DGKP, (Zeitbestätigung oder Turnbefreiung vom EA-Schalter) Behandlungsende
- Version 2: Gegebenenfalls Behandlung ad Wundversorgung bzw. Gipszimmer, dann Patientenausweis beim Erstaufnahmeschalter holen und Behandlungsende
- Heimtransport mit Transportdienst (Vermerk in Krankengeschichte): Anmeldung des Transports am EA-Schalter 7-22 Uhr, Mo-So. Außerhalb dieser Zeiten liegt die Organisation bei der Nachtaufnahme-DGKP. Transportschein liegt beim EA-Schalter, Patientin bzw. Patient wartet bei der letztbehandelnden Stelle

Corona Maßnahmen: PCR Tests sind vor jeder stationären Aufnahme durchzuführen. Bei geplanten Operationen erfolgt dies 48 Stunden vor Aufnahme morgens zwischen 7-8 Uhr im Rettungsannahmeraum/Erdgeschoß. Alle anderen Aufnahmen werden ebenfalls im Regelfall gleich im Erdgeschoß getestet und bis zum Ergebnis isoliert.

## QM-Aktivitäten 2020

### Bildverstärker gezielte Infiltrationen

Im Frühjahr 2020 wurde eine Verfahrensanweisung zum Prozess der Bildverstärker gezielten Infiltrationen erarbeitet mit dem **Geltungsbereich: Unfallchirurgie, Orthopädie, Radiologie, Stationspflege, Verwaltung**

#### Kurzbeschreibung/Ziel

Die exakt gezielte Einspritzung eines Betäubungsmittels (Lokalanästhetikum) und eines entzündungshemmenden Medikaments (Cortison-Präparat) soll die Entzündung, Schwellung und die damit verbundenen Schmerzen beseitigen oder zumindest lindern. Durch eine strukturierte Vorbereitung der Patientin/ des Patienten bzw. der Behandlung soll der reibungslose Ablauf der Behandlung gewährleistet werden. Bei der Bildverstärker (BV)-gezielten Infiltration werden unter BV-Kontrolle Nervenwurzeln und Wirbelgelenke mit Hilfe von Schmerzmitteln blockiert.



Dr. Daniel Sternal



Diese Möglichkeit der Intervention besteht ausschließlich für stationäre Patientinnen und Patienten.

In der Morgen- oder Mittagsbesprechung wird die Indikation für die BV gezielte Infiltration, akkordiert durch Unfallchirurgie und Radiologie, festgelegt.

Das stationäre Pflegepersonal dokumentiert nach Anweisung durch den Arzt/die Ärztin eine BV-Zuweisung mit Fragestellung im EDV-System. Der Patient/die Patientin erhält auf der Station vom anordnenden Arzt/der anordnenden Ärztin zur Erstinformation den Aufklärungs-/Anamnese- und Einwilligungsbogen und kann sich im Vorfeld mit Fragen an sie/ihn wenden.

Der Patient/die Patientin muss über den Behandlungsablauf aufgeklärt werden. Der Aufklärungsbogen für Interventionen muss ausgefüllt und unterschrieben zur Untersuchung mitgebracht werden.

Der Patient/die Patientin wird nach Rücksprache mit der Radiologie vom behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin zur BV-Infiltration bestellt. In der Zwischenzeit ist für den Patienten/die Patientin die nötige Bedenkzeit gegeben.

### Prozesszugehörigkeit

#### **IV Leitlinienkonformes Arbeiten: 4.1 Es gibt interdisziplinär abgestimmte Behandlungsstandards für definierte Diagnosen.**

##### **Ausführende Rollen**

Unfallchirurg, Orthopäde, Röntgenpersonal, Stations-DGKP, Schreibdienst.

##### **Anmerkungen**

Diese Behandlung ist derzeit ausschließlich bei stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten vorgesehen und wird daher keine zusätzlichen personellen Ressourcen benötigen. Geplante Anzahl der Eingriffe: maximal 4-6 pro Monat.

##### **Indikation**

- Nervenwurzelkompressionssyndrome aufgrund einer Diskusprotrusion oder aufgrund eines Diskusprolapses OHNE SCHWERWIEGENDE NEUROLOGISCHE AUSFÄLLE. Dies kann auch

traumatisch aggravierte Diskusprotrusionen/-prolapse beinhalten

- Akuter/chronischer Rückenschmerz mit pseudo-radikulärer Symptomatik
- Stenose des Spinalkanals, des Neuroforamens oder des Recessus lateralis mit radikulärer Symptomatik (z. B. ösär bedingt bei Degenerationen, Kompression durch Zysten...)
- Epidurale Narbe mit radikulärer Symptomatik nach Discus-OP (=Postnukleotomiesyndrom)

### Anästhesiologie und Intensivmedizin

Um die Abläufe und die Qualität der Versorgung zu erhöhen, wurde vom geschäftsführenden OA Dr. Bernhard Eller unter anderem die Erarbeitung von Versorgungsstandards in Angriff genommen. Außerdem gab es im Materialbereich einiges zu tun, um für eine bessere Struktur zu sorgen.

Da es in einem Krankenhaus schier unmöglich ist, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter persönlich gleichzeitig zu erreichen, hatte er die Idee, regelmäßig die relevantesten Informationen in strukturierter Form als „Newsletter“ per Mail auszusenden.

Bei den umgesetzten Veränderungen stehen einerseits die Patientinnen und Patienten und deren Sicherheit im Mittelpunkt, andererseits auch die Etablierung der aktuellen medizinischen Standards im Bereich der Anästhesie und Intensivmedizin.

So wurden beispielsweise die Zuleitungen für Motorspritzen, mit denen kreislaufwirksame Medikamente kontinuierlich verabreicht werden, in Rot angeschafft. Die Kehlkopfmasken, die zur Beatmung dienen, wurden auf zwei Modelle reduziert, die den aktuellen Empfehlungen entsprechen. Ebenso wurden die Regionalanästhesiematerialien durch Materialien ersetzt, die dem neuen ISO-Standard entsprechen. Dies hat sich durch administrative Herausforderungen und firmenbedingte Lieferschwierigkeiten verzögert und wurde mit 1. März 2021 umgesetzt.

Die bestehenden Standards wurden auf ihre Aktualität überprüft, adaptiert und in einem Dokument

zusammengefasst. Für Bereiche, wo es noch keine gab und wo in Gesprächen Bedarf identifiziert wurde, hat man neue erstellt. Für die Kolleginnen und Kollegen gibt es sowohl in analoger als auch in digitaler Form eine Notfallcheckliste, in der die häufigsten Notfälle abgebildet sind und deren Abarbeitung hausspezifisch angepasst beschrieben ist.

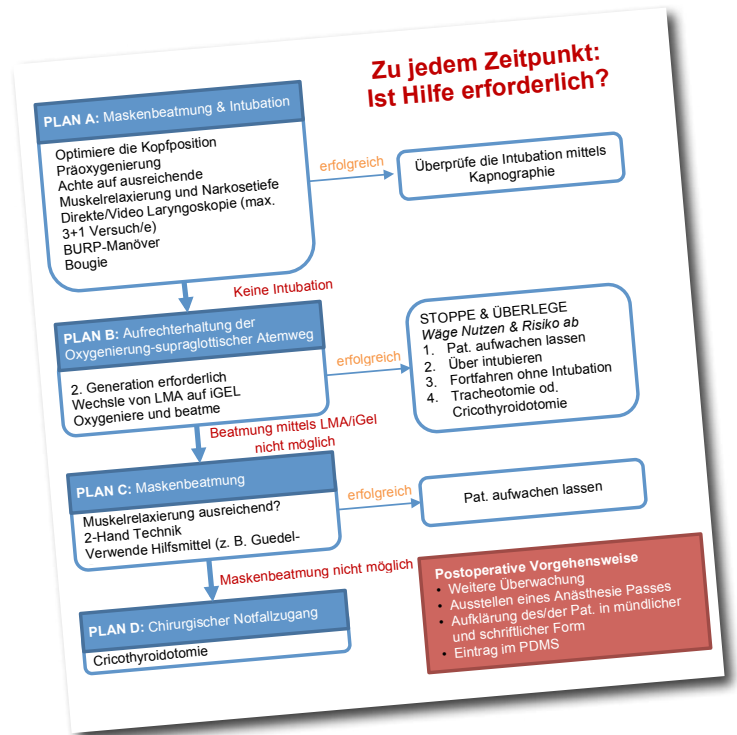
Siehe Inhaltsverzeichnis und Beispiel unten:



### Neuigkeiten UB-AN/IBST 04/ 2020

**Inhalt**

- Defi ..... 2
- Midline ..... 2
- Liegendvorbereitungen ..... 2
- Unterschrift im Suchtgiftbuch ..... 2
- Zalviso ..... 3
- Dynastat ..... 3
- Ibuprofen 200mg ..... 3
- Venflon – US gezielte Punktion ..... 3
- SVD (Supervisordienst) ..... 3
- ROTEM ..... 3
- Standards ..... 3
- Skalenusblockade | Schulter OP's ..... 4
- COPRA ..... 4
- Standards ..... 4



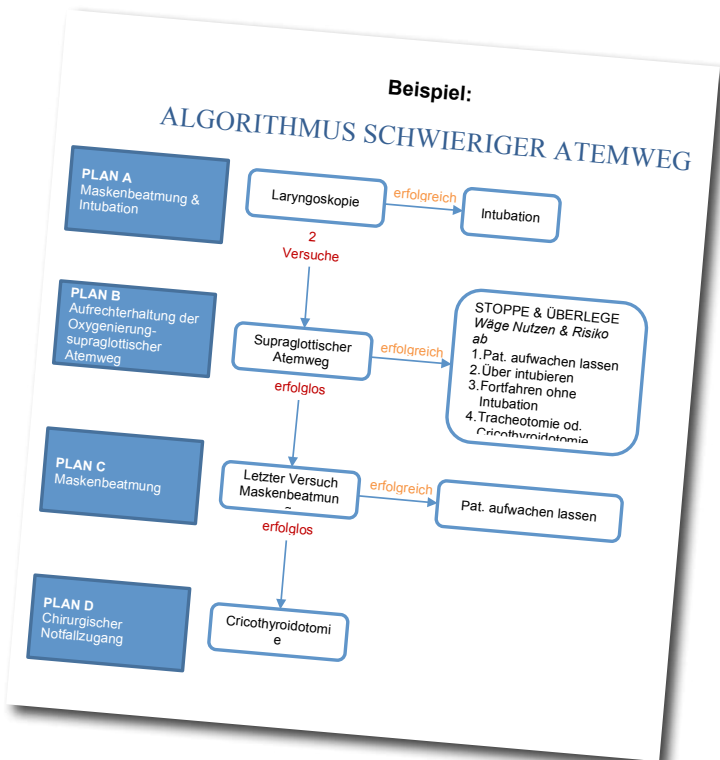
### Vernetzung des Wundmanagements im TZW



Wundmanagerin Katrin Tischler (Archivbild aus Zeit vor COVID-19)

Im letzten Quartal des Jahres 2020 war es das Ziel der Wundmanagerinnen und des Wundmanagers, die Wunddokumentation der beiden Standorte Meidling und Lorenz Böhler des Traumazentrums Wien (TZW) zu vereinheitlichen. Wunden sowie pflegerisch relevante Hautveränderungen sollen bei Patientinnen und Patienten des TZW einheitlich beschrieben werden.

Fotos: M. Riesel



Bei einem Treffen wurden die Dokumentationen beider Standorte kritisch beleuchtet und umfassend diskutiert. Von Seiten der Stabstelle Pflegeentwicklung erfolgte zusätzlicher pflegewissenschaftlicher Input. Nach einer Einigung auf alle relevanten, dokumentationswürdigen Inhalte wurde ein gemeinsames Wundprotokoll für beide Standorte erstellt. So ist es möglich, in der täglichen Pflegepraxis einfach, unkompliziert und mit wenig Zeitaufwand, jedoch qualitativ hochwertig und fachlich korrekt Wunden und Hautveränderungen von Patientinnen und Patienten zu dokumentieren.

Damit die neue Dokumentation vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege umgesetzt werden kann, wurde von den Wundmanagerinnen und dem Wundmanager eine Ausfüllhilfe zum Wundprotokoll sowie für die Dokumentation von Hautveränderungen erstellt. Diese sind an beiden Standorten im Intranet zu finden.

Damit das Wundprotokoll und die Dokumentation von pflegerelevanten Hautveränderungen erfolgreich implementiert werden können, stehen die Wundmanagerinnen und der Wundmanager für Fragen jederzeit zur Verfügung. Zudem wird in den Schulungen zur Pflegedokumentation auf das neue Wundprotokoll sowie die Dokumentation von pflegerelevanten Hautveränderungen, wie beispielsweise Rötungen, Intertrigo oder Analfissuren, eingegangen.

Am „Tag des Wundmanagements“ (16. September 2020) haben die Wundmanagerinnen und der Wundmanager den Kolleginnen und Kollegen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege das neue Wundprotokoll sowie die Dokumentation von pflegerelevanten Hautveränderungen vorgestellt und erläutert. Die Stationsleitungen und deren Stellvertretungen wurden im Zuge einer Bereichsleitungssitzung bezüglich der neuen Wund- und Hautveränderungsdokumentationen informiert und geschult.

## Arzneimittelhandbuch und Schockraum-Statut: Prüfung auf Aktualität

### Arzneimittelhandbuch

Das Arzneimittelhandbuch dient dazu, auf Basis der gesetzlichen Grundlagen die notwendigen Struktu-

ren und Prozesse (inkl. verantwortlicher Personen) im Umgang mit Arzneimitteln transparent, klar und eindeutig darzustellen.

Das Arzneimittelhandbuch regelt alle Strukturen und Prozesse, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Bestellung, Lagerung, Verordnung, Vorbereitung und Verabreichung von Arzneimitteln stehen und definiert die Aufgaben zur Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen.

Da für alle Gesundheitseinrichtungen der AUVA die Verpflichtung besteht, ein für alle beteiligten Berufsgruppen gültiges Arzneimittelhandbuch zu verfassen und dieses alle zwei Jahre auf Aktualität zu prüfen, haben wir das Handbuch 2020 in einer interprofessionellen Gruppe im TZW Lorenz Böhler evaluiert und einige Änderungen, sei es die automatisierte Kühlung und Prüfung der Temperatur betreffend oder auch die Gebarung bei der Verabreichung, durchgeführt.



Arzneimittelhandbuch



DGKP Anja-Lena Pfneisl mit einer Kollegin

## Schockraumstatut

Das Traumazentrum Wien Lorenz Böhler ist ein regionales Traumazentrum im Sinne des Weißbuchs der DGU. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tragen zum Behandlungserfolg von schwer verletzten Patientinnen und Patienten bei. Die optimale Zusammenarbeit und Ablauforganisation im Schockraum ist dabei von zentraler Bedeutung. Daher hat die interprofessionelle Projektgruppe Schockraum bereits 2016 das erste Schockraumstatut verfasst. Mittlerweile wurde dieses Dokument mehrfach angepasst, so auch 2020.

Für die medizinisch fachliche Leitung der Behandlung von Schockraumpatienten zeichnen die Unfallchirurgie und die Anästhesie gemeinsam verantwortlich. In jedem Behandlungsfall muss ein Konsens zwischen dem angestrebten operativen Versorgungsumfang und der anästhesiologisch definierten Operationsfähigkeit hergestellt werden.

Das von der Projektgruppe Schockraum erarbeitete Dokument bildet die Grundlage für den regelhaften Schockraumeinsatz.

Die Teilnahme an ETC-Kursen und an Schockraum-Trainings ist für alle im Schockraum verantwortlich tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Medizin und Pflege jedenfalls anzustreben.

## Praxismentoring – Die Auszubildenden von heute sind unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von morgen



Praxismentorin Barbara Kopsa mit Regina Leuz

- 1. Grundsatzvereinbarung Major Trauma Management
- 2. Alarmphase
  - 2.1. Patientenanmeldung
  - 2.2. Alarmplan
  - 2.3. Vorbereitungen Schockraum
    - 2.3.1. Schockraumteam
    - 2.3.2. Medizinisch-Technische Vorbereitungen
    - 2.3.3. Checkliste Standard-Schockraummedikamente
- 3. Schockraummanagement
  - 3.1. Patientenübergabe
  - 3.2. Basis-Check Anästhesie (ABC)
  - 3.3. CT-Diagnostik
  - 3.4. UCH -> Festlegung des weiteren Vorgehens
  - 3.5. Ende der Schockraumphase
- 4. Labor
- 5. Bildgebung
  - 5.1. Computertomographie
  - 5.2. Sonographie
- 6. Schutzbekleidung
- 7. Hausinterner Schockraumalarm

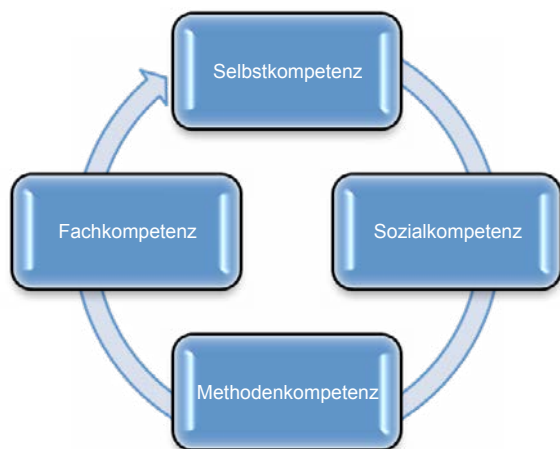
Seite 2/10  
1200 Wien • Donaueschingenstraße 13 •

LEK

Schockraumstatut Inhaltsverzeichnis

Die AUVA-QM-Landkarte fordert unter Punkt F der Rahmenanforderungen (Mitarbeiterentwicklung und -beteiligung), dass Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter, Studierende, Auszubildende, Praktikantinnen und Praktikanten entsprechend ihrer Ausbildungsgrade gefördert werden.

Um dieser Forderung professionell nachzukommen, wurde im September 2018 die zentrale Praxismentorenstelle im TZW Lorenz Böhler eingerichtet, die Niklas Oberkofler, BSc innehatte. Mit Juni 2020 wurde diese Funktion von mir, Barbara Kopsa, BSc, MSc für das gesamte Traumazentrum Wien übernommen. Während meines Bachelorstudiums in Gesundheits- und Krankenpflege sowie anschließendem Masterstudium Advanced Nursing Education an der FH Campus Wien habe ich bereits großes Verbesserungspotenzial im Bereich des Praxismentoring erkannt. Seit 2017 arbeite ich im Traumazentrum Wien Meidling im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. Da ich die Arbeit mit und für Auszubildende immer schon als meine



Kernaufgabe gesehen habe, war es mir eine große Freude ab Februar 2019 das Praxismentoring am Standort Meidling mit aufzubauen. Umso erfreulicher ist es, im Sinne einer standortübergreifenden Funktion, die Tätigkeit als zentrale Praxismentorin in beiden Häusern übernehmen zu können. Sowohl am Standort Lorenz Böhler, als auch am Standort Meidling erhalte ich Unterstützung durch Regina Leuz und Verena Bözlbauer, die jeweils zehn Stunden für das Praxismentoring freigestellt sind.

Regina Leuz Karriere begann in den 1990er Jahren als Pflegehelferin auf Station 5. Bereits ein paar Jahre später machte sie die Ausbildung zur DGKP. Nachdem sie in der Einschulung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehr positives Feedback bekam, nutzte sie ihr Potenzial und schloss 2013 die Weiterbildung zur Praxisanleiterin ab, um Auszubildende optimal begleiten zu können. Da Regina neben ihrer stellvertretenden Leitungsfunktion immer den Fokus auf den Auszubildenden hat, nutzt sie die Möglichkeit, das Praxismentoring am Standort Lorenz Böhler weiter zu entwickeln. Regina Leuz sagt selbst von sich: *„Ich habe eine Chance gesehen, noch mehr an der Seite unserer Auszubildenden zu stehen, sie im Praktikum zu unterstützen und ihnen unseren schönen Beruf näher zu bringen.“*

Ein bereits implementierter Info-Flyer, welcher über unsere Homepage abrufbar ist, beantwortet die wichtigsten Fragen rund um das Praktikum. Ist das Interesse geweckt, kann die Bewerbung über das Online-Formular umgehend übermittelt werden.



Bereits vor Praktikumsbeginn erfolgt ein Erstgespräch mit der zentralen Praxismentorin. Dies entlastet einerseits die Stationen und gibt andererseits den Auszubildenden die Möglichkeit, Erfahrungen, Erwartungen und persönliche Lernziele zu besprechen.

Ziel des zentralen Praxismentorings ist es, die Auszubildenden sowie Kolleginnen und Kollegen auf die neuen Herausforderungen in der Pflege, welche durch den demographischen Wandel entstehen, vorzubereiten. Gleichzeitig soll eine Minimierung der Theorie-Praxis-Probleme erzielt werden.

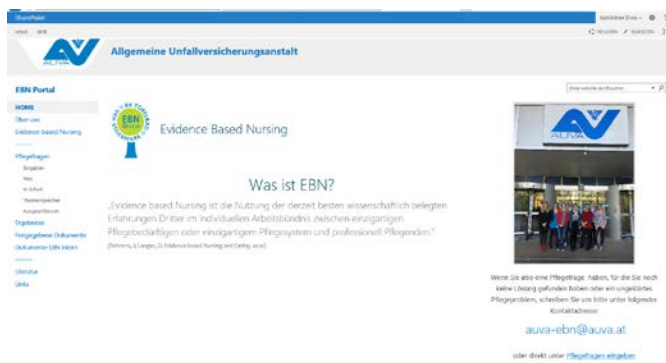
### Konzept und Ausblick

- Im Rahmen des Erstgesprächs soll im TZW zukünftig eine einheitliche Informationsmappe überreicht werden. Diese soll als optimale Unterstützung im selbstständigen Lernprozess dienen. Die Mappe enthält zusätzlich einen Feedbackbogen, welcher der Qualitätssicherung und somit einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess dient.
- Mit Oktober 2020 wurde eine Art „Rotationsystem“ eingeführt, wodurch die zentralen Praxismentorinnen auf jeder Station arbeiten können. Sie sind immer zusätzlich und nur mit der/dem

Auszubildenden eingeteilt. Gemeinsam werden Teilaspekte eines Stationstages übernommen und dem jeweiligen Ausbildungsstand angepasst. Somit kann der bestmögliche Profit für alle Auszubildenden ermöglicht werden. Um ein effizientes Praxismentoring gewährleisten zu können, ist eine Interaktion zwischen Praxismentorin und dem diensthabenden Team von besonderer Bedeutung.

Je besser wir die Auszubildenden heute anleiten und schulen, desto erfolgreicher wird die Zusammenarbeit mit unseren Kolleginnen und Kollegen von morgen.

## Evidence Based Nursing



Grafik EBN Sharepoint



Evidence Based Nursing Gruppe

Unter Evidence Based Nursing (EBN) ist nach Behrens und Langer (2010) „[...] die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen Dritter im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigem Pflegebedürftigen oder einzigartigem Pflegesystem und professionell Pflegenden“ zu verstehen.

Um unsere Patientinnen und Patienten stets nach neuesten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen betreuen zu können, wurde die AUVA-EBN Gruppe gegründet. Im Jahr 2020 formierte sich die Gruppe neu und setzt sich seither aus Personen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege mit Bachelor- und/ oder Masterabschluss der Rehabilitationsklinik Tobelbad, des Traumazentrums Wien Standort Meidling sowie des Traumazentrums Wien Standort Lorenz Böhler, unter der Leitung der Medizinischen Direktion-Pflegekoordination zusammen.

EBN bietet die Möglichkeit, das in der Praxis bereits vorhandene Fachwissen zu strukturieren und effiziente sowie qualitativ hochwertige Arbeitsweisen zu gewährleisten. Fragen aus der Pflegepraxis werden nach EBN-Kriterien beantwortet. Zudem wird die täglich gelebte Praxis kritisch hinterfragt, um neue Handlungswege und Erkenntnisse zu generieren. Jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter der AUVA kann über den AUVA-EBN-SharePoint eine pflegerelevante Frage stellen.

Seit Oktober 2020 beschäftigt sich die AUVA-EBN-Gruppe damit, evidenzbasierte Inhalte zu finden, um ein Delir im Akutkrankenhaus zu verhindern sowie zu erkennen. Eine Kollegin beschäftigt sich im Zuge ihrer Masterarbeit mit Assessmentinstrumenten, welche die Einschätzung eines Delirs ermöglichen. Gleichzeitig führt die Gruppe heuer das erste Mal eine Anwenderbeobachtung durch, um feststellen zu können, wie sich die Basale Stimulation bei Patientinnen und Patienten nach Amputationen auswirkt. Sobald Ergebnisse zu den Fragestellungen generiert wurden, werden diese am AUVA EBN-Sharepoint zu finden sein.

Damit die EBN-Gruppe stets am neuesten pflegewissenschaftlichen Stand bleibt, fand im April 2020 eine Fortbildung statt, um das Wissen auffrischen sowie vertiefen zu können.

Die AUVA-EBN-Gruppe freut sich auf pflegerelevante Fragestellungen und ist bemüht, aussagekräftige Studien zu jedem Anliegen zu finden! Die AUVA-EBN-Gruppe blickt positiv in das Jahr 2021 und freut sich schon sehr auf monatliche Treffen, wo für die Recherche nun auch Datenbanken zur Verfügung stehen!



Logo Evidence Based Nursing

## Weitere Evaluationen der AUVA-QM-Landkarte

Aus dem Bereich der Kernanforderungen:

### II 2.4.a Diagnostische Verfahren/Befunderhebung

wurde die zeitgerechte Übermittlung der Laborbefunde überprüft. Diese Erhebung ergab, dass 100 Prozent der Laborbefunde innerhalb der Zeitvorgaben übermittelt wurden.

Aus dem Bereich Rahmenanforderungen:

### Patientinnen- und Patientenorientierung

(E 5.1.a durchschnittliche Wartezeit unter 100 Minuten bei 50 Prozent der Transporte) führten wir eine Messung zu den externen Transportdiensten durch, da es im Spätsommer und Herbst 2020 teilweise zu erheblichen Wartezeiten kam. Im Durchschnitt betrug die Wartezeit bei 92 externen Transporten 97 Minuten. Bei 18 Transporten wurden 100 Minuten überschritten, die maximale Wartezeit betrug 260 Minuten.

Unsere Recherchen haben ergeben, dass einerseits die Personalknappheit (Wegfall von Studierenden) bei den Transportdiensten, andererseits der erhöhte Reinigungsaufwand durch Corona wichtige Ursachen für diese Ergebnisse waren. Außerdem wurden Fahrerinnen bzw. Fahrer zusätzlich für Antigentest-Fahrten und Ähnliches gebraucht. Zumindest konnte geklärt werden, dass es sich um eine temporäre, intern nicht beeinflussbare Erscheinung handelte.

## OGK-Bericht 2020

### OGK-Ereignis Terroralarm Wien Innenstadt/2. November 2020

#### (Organisation von Großschadensereignissen und Katastrophen)

Aufgrund der zu Beginn schwer einzuschätzenden Lage am Schadensort und nach Rücksprache des Ärztlichen Leiters Prim. PD Dr. Thomas Hausner mit der Einsatzleitung der MA 70 vor Ort wurde beschlossen, OGK-Alarm über den Alarmserver zur Rekrutierung von zusätzlichem Personal auszulösen.

Sehr positiv ist zu vermerken, dass innerhalb kürzester Zeit rund 150 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zusätzlich zur Verfügung standen. Unter der Leitung vom Hauptdienst OA Dr. Jürgen Reichetseder wurde dann strukturiert und exzellent gearbeitet. Vier schwer verletzte Patientinnen und Patienten trafen vom Schadensort ein und wurden gemäß den Planungen für ein OGK-Ereignis MANV (Massenanfall von Verletzten) versorgt. Auch bei diesem „Ernstfall“ konnten einige Verbesserungsmöglichkeiten, vor allem betreffend Ablauf der Alarmierung, erkannt und bereits umgesetzt werden.

Die Kommunikation innerhalb des Lorenz Böhler sowie zwischen den TZW-Standorten und mit der internen PR-Agentur betreffend Weitergabe von Informationen hat effizient und rasch funktioniert. Dieser Einsatz hebt nochmals die Notwendigkeit hervor, auf Schadensereignisse jederzeit bestmöglich vorbereitet zu sein.

Die Standortleitung bedankt sich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die umfassende Bereitschaft zur Unterstützung!

## OGK-Thema „Brand“

Nach der Ausarbeitung der Planungen zum MANV (Massenanfall an Verletzten) erging der Auftrag der Kollegialen Führung, den Ablauf zum Thema BRAND zu regeln, wobei hier aufgrund eines Brandgeschehens vor einiger Zeit bereits auf Vorerfahrung zurückgegriffen werden konnte.



*ARGE OGK  
Terror-  
alarm und  
Brand*

Als Schritt 1 wurde eine Arbeitsgruppe gegründet und erste Treffen fanden statt. Unter Koordination der Stabstelle OGK des TZW wird auch eine häuserübergreifende Ablaufplanung berücksichtigt. Bisher wurden mögliche Abläufe überlegt und vor allem die für einen Brandfall benötigten Materialien festgelegt, welche an beiden TZW-Standorten ident auf einem Brandschutzwagen bereitgehalten werden sollen. Dazu zählen: Bergetücher, Brandfluchthauben, Löschdecken, Feuerlöscher 9 l (Schaumlöscher AB), Brandhandschuhe, Kabeltrommel, Keile, ev. Werkzeug. Warnwesten für das Interventionsteam sollen Ansprechpartner für die Feuerwehr erkennbar machen.

Eine laufende Vernetzung mit der Feuerwehr sorgt für eine realistische Umsetzung der Überlegungen, am Ende der Planung soll der festgelegte Prozess in gemeinsamer Übung mit der zuständigen Feuerwehr auf Praxistauglichkeit überprüft werden.

## Übung Amoklage

Die gemeinsam mit dem Einsatzkommando COBRA, dem zuständigen Stadtpolizeikommissariat und der MA 70 für Juni 2020 vorgesehene Übung zur „Amoklage“ musste leider aufgrund der COVID-Situation kurzfristig abgesagt werden, soll aber jedenfalls sobald als möglich nachgeholt werden. Vor allem die Kommunikation mit den Einsatzkräften bietet wertvolle Erfahrungen – wir freuen uns auf dieses spannende Szenario!





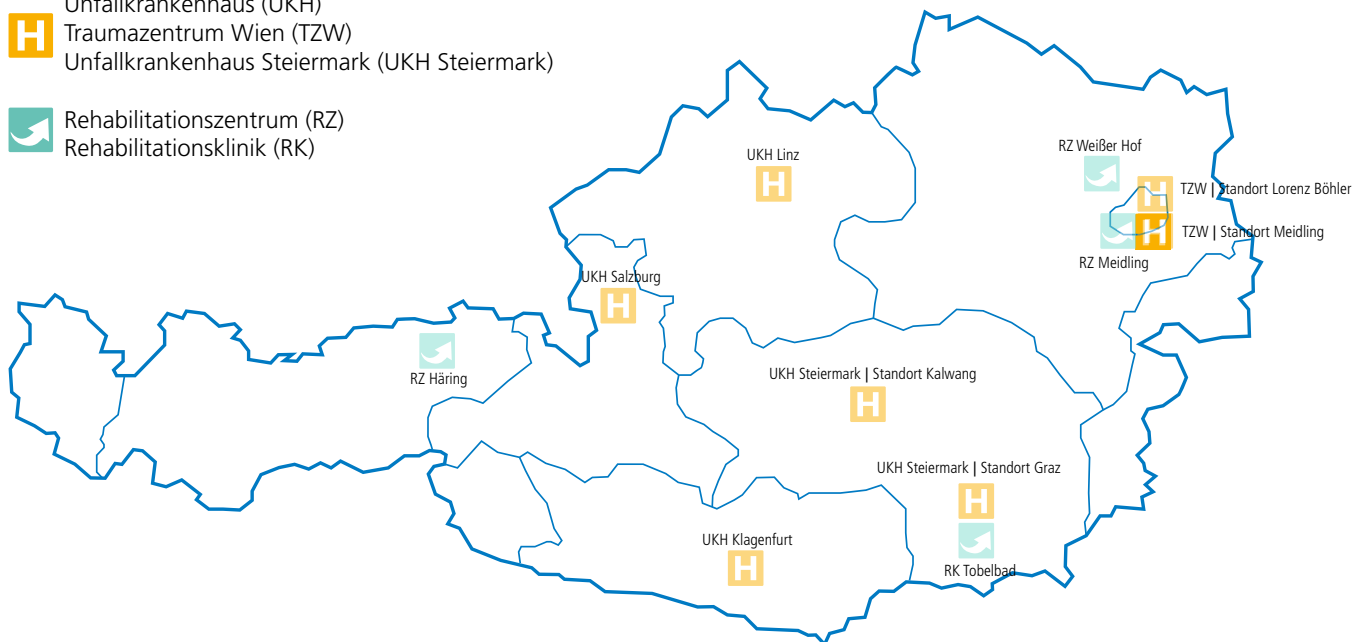
## Publikationen 2020

In der nachfolgenden Tabelle werden die im Jahr 2020 veröffentlichten Publikationen dargestellt.

Publikationen 2020 im TZW Standort Lorenz Böhler		
Titel	Journal	Autorinnen/Autoren
Infraglottic versus supraglottic jet-ventilation for endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration: A randomised controlled trial	Eur J Anaesthesiol. 2020 Nov;37(11)	Anwar M, Fritze R, Base E, Wasserscheid T, Wolfram N, Koinig H, Hackner K, Lambers C, Schweiger T, Errhalt P, Hoda MA
Functional and radiological outcome of distal radius fractures stabilized by volar-locking plate with a minimum follow-up of 1 year	Arch Orthop Trauma Surg., 2020 Jun; 140(6):843-852	<b>Quadlbauer S, Pezzei C, Jurkowitsch J, Rosenauer R, Pichler A, Schättin S, Hausner T, Leixnering M</b>
Biomechanical considerations on a CT-based treatment-oriented classification in radius fractures.	Arch Orthop Trauma Surg. 2020 May;140(5):595-609	Hintringer W, Rosenauer R, Pezzei C, <b>Quadlbauer S, Jurkowitsch J, Keuchel T, Hausner T, Leixnering M</b> , Krimmer H
Rehabilitation after distal radius fractures: is there a need for immobilization and physiotherapy?	Arch Orthop Trauma Surg.; 2020 May;140(5):651-663	<b>Quadlbauer S, Pezzei C, Jurkowitsch J, Rosenauer R, Kolmayr B, Keuchel T, Simon D, Beer T, Hausner T, Leixnering M</b>
Indications, surgical approach, reduction, and stabilization techniques of distal radius fractures	Arch Orthop Trauma Surg. 2020 May;140(5):611-621	<b>Leixnering M, Rosenauer R, Pezzei C, Jurkowitsch J, Beer T, Keuchel T, Simon D, Hausner T, Quadlbauer S</b>
Complications after operatively treated distal radius fractures.	Arch Orthop Trauma Surg. 2020 May;140(5):665-673	<b>Rosenauer R, Pezzei C, Quadlbauer S, Keuchel T, Jurkowitsch J, Hausner T, Leixnering M</b>
Salvage procedure after malunited distal radius fractures and management of pain and stiffness.	Arch Orthop Trauma Surg. 2020 May;140(5):697-705	<b>Keuchel-Strobl T, Quadlbauer S, Jurkowitsch J, Rosenauer R, Hausner T, Leixnering M, Pezzei C</b>
Current management of distal radius fractures and their complications.	Arch Orthop Trauma Surg. 2020 May;140(5):593-594	<b>Quadlbauer S, Leixnering M</b>
Palmar radioscapholunate arthrodesis with distal scaphoidectomy.	Oper Orthop Traumatol. 2020 Oct;32(5):455-466	<b>Quadlbauer S, Leixnering M, Rosenauer R, Jurkowitsch J, Hausner T, Pezzei C</b>
Skaphoidpseudarthrose (mittleres Drittel) Schrauben/Plattenosteosynthese.	In: Unglaub F (ed) Meister- techniken in der operativen Orthopädie und Unfallchirurgie – Hand und Handgelenk. 2020: Springer Berlin Heidelberg, Heidelberg, pp 81–92	<b>Quadlbauer S, Jurkowitsch J, Leixnering M</b>
Palmare Radioscapholunäre (RSL)-Arthrodesese.	In: Unglaub F (ed) Meister- techniken in der operativen Orthopädie und Unfallchirurgie – Hand und Handgelenk. 2020: Springer Berlin Heidelberg, Heidelberg, pp 191-201	<b>Quadlbauer S, Pezzei C</b>

## Unfallkrankenhäuser und Rehabilitationszentren

-  Unfallkrankenhaus (UKH)  
Traumazentrum Wien (TZW)  
Unfallkrankenhaus Steiermark (UKH Steiermark)
-  Rehabilitationszentrum (RZ)  
Rehabilitationsklinik (RK)



<b>TZW</b>	AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark	
	Standort Graz, Standort Kalwang	
	AUVA-Unfallkrankenhaus Klagenfurt am Wörthersee	
	AUVA-Unfallkrankenhaus Linz	
	AUVA-Unfallkrankenhaus Salzburg	
	<b>AUVA-Traumazentrum Wien</b>	
<b>Standort Meidling</b>		
<b>Kundratstraße 37</b> <b>1120 Wien</b> <b>Tel.: +43 5 93 93-45000</b> E-Mail: <a href="mailto:UMV@auva.at">UMV@auva.at</a>   <a href="http://www.ukhmeidling.at">www.ukhmeidling.at</a>		174 Betten 6.231 stationäre Fälle 51.675 ambulante Fälle 3.535 Operationen 540 Mitarbeitende

<b>RZ</b>	AUVA-Rehabilitationszentrum Häring	
	AUVA-Rehabilitationszentrum Wien Meidling	
	AUVA-Rehabilitationsklinik Tobelbad	
	AUVA-Rehabilitationszentrum Weißer Hof	

## AUVA-Traumazentrum Wien | Meidling



Kollegiale Führung	QSK-Mitglieder	CIRPS-Vertrauensteam
<p><b>Ärztliche Leitung</b> Prim UnivProf Dr. Christian Fialka, MBA</p> <p><b>Pflegedienstleitung</b> Petra Wolfgang, MSc</p> <p><b>Verwaltungsleitung</b> Mag. Simone Teichert, MBA</p>	<p>Daniel Ackwono Gabriele Brunner Eva Klein-Wolf Nicole Kunczer-Ristl Michaela Letofsky Helga Lippa Ursula Meissl Prim Dr. Nikolaus Neuhold Melanie Reisch Dr. Joachim Renner Susanne Steinwender Markus Strassl</p>	<p>Karin Balogh Karin Gerger Dr. Thomas Kral Helga Lippa PrivDoz Dr. Rainer Mittermayr Dr. Joachim Renner Angelika Stadler-Wallig</p> <p><b>Hygieneteam</b></p> <p>HFK Michaela Bernsteiner Ursula Meissl (bis 5/2020) Helga Lippa (seit 8/2020) Dr. Christoph Riedl</p>

## PDCA-Übersicht

### I Aufnahmemanagement

*I Die Aufnahme erfolgt strukturiert und berücksichtigt gleichermaßen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und die Ressourcen der Gesundheitseinrichtung.*

#### Plan *Ziel und Indikator*

	Ziel	Indikator
1.1	Die Behandlung der Patientinnen und Patienten erfolgt nach medizinischer Dringlichkeit.	1.1.b Richtigkeit der Dringlichkeitszuordnung

#### Do *Umgesetzte Maßnahme/vorhandene Dokumente*

Externe Schulung der DGKP, welche die Ersteinschätzung (EES) vornehmen, erfolgt.

Literatur/Dokumente:

- Ersteinschätzung in der Notaufnahme – Das Manchester-Triage-System; Kevin Mackway-Jones, Janet Marsden, et al.; 4. Auflage
- Abschlussarbeit aus 2020 „MTS/Ersteinschätzung in der Unfallerstuntersuchung – erforderliche Strategien in der Führung“ von DGKP Sandra Preh
- Evaluierungsbogen

#### Check *Ergebnisse des letzten Checks und Datum für den nächsten Check*

Zwei Mal jährlich erfolgt durch eine DGKP mit abgeschlossenem „Ersteinschätzungs-Kurs“ die Evaluation mittels Erhebungsbogen (erstellt in Anlehnung an die Vorlage des Deutschen Netzwerks Ersteinschätzung) an einem Stichtag im 4-Augen-Prinzip retrospektiv. Dies erfolgt anhand von zehn Einträgen im Krankenhausinformationssystem ASTRA pro triagierender DGKP.

22.644 Patientinnen und Patienten wurden 2020 mittels EES erfasst. 131 davon wurden evaluiert, das entspricht 0,57 Prozent. Die empfohlene Erhebungsrate von zwei Prozent der Gesamtanzahl konnte aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht erreicht werden.

*Ersteinschätzung vollständig und korrekt durchgeführt n=131*

Ungenau	Unvollständig	Vollständig und korrekt	k. A.
8 (6 Prozent)	12 (9 Prozent)	109 (83 Prozent)	2 (2 Prozent)

Der häufigste Grund für die Kategorisierung „ungenau“ und „unvollständig“ war die fehlende oder falsche Schmerzeinschätzung (acht Mal).

#### Act *Abgeleitete Maßnahmen aus dem Ergebnis*

- Einzelgespräche im Sinne eines kollegialen Dialogs mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- Evaluierung der Einschätzungen neuer Kolleginnen und Kollegen nach zwei Monaten
- Steigerung der Schulungsrate von derzeit 40 Prozent auf 80 Prozent (abhängig von der Entwicklung der Pandemie) im Jahr 2021
- Steigerung der Evaluierung auf zwei Prozent der Gesamtpatientenanzahl im Jahr 2021

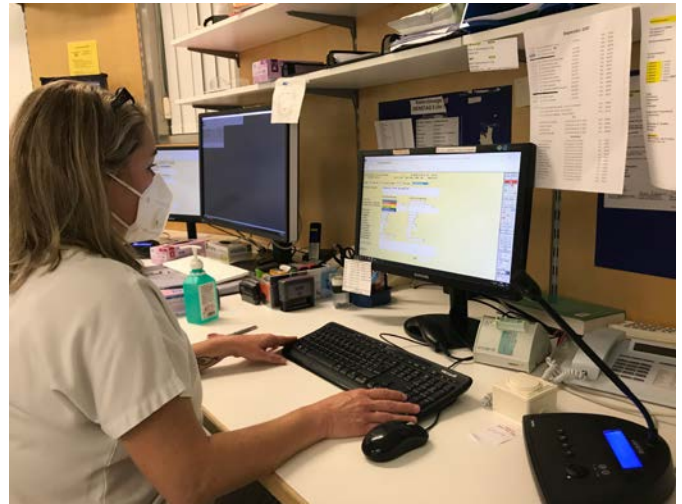
## I Aufnahmemanagement – 1.1 Die Behandlung der Patientinnen und Patienten erfolgt nach medizinischer Dringlichkeit

Das Manchester-Triage-System (MTS)<sup>®</sup> ist ein standardisiertes Verfahren zur Ersteinschätzung des Zustandes der Patientinnen und Patienten in einer Notaufnahme. Die Notwendigkeit der Implementierung ergibt sich aufgrund steigender Patientenzahlen sowie der Zunahme der sich selbst einweisenden Patientinnen und Patienten mit und ohne unfallchirurgischem Behandlungsbedarf. Das Patientenaufkommen in der Erstuntersuchung (EU) ist nicht planbar, oft entstehen durch zeitlich nahe beieinanderliegende Notfall-Ereignisse längere Wartezeiten. Um die bestmögliche Behandlung – entsprechend der jeweiligen Verletzung – zu gewährleisten, werden eintreffende Patientinnen und Patienten von einer speziell ausgebildeten DGKP anhand ihrer Beschwerden in fünf Kategorien eingeteilt. Je nach Dringlichkeit der Behandlung ist die jeweilige Zuordnung mit einer maximalen Wartezeit hinterlegt. Um die Einschätzung zu unterstützen, können mögliche Symptome – sog. Indikatoren – zugeordnet werden z.B. Thoraxschmerz.

Dringlichkeitsstufen Triage	
<b>Sofort</b>	<b>0 Minuten</b>
<b>Sehr dringend</b>	<b>10 Minuten</b>
<b>Dringend</b>	<b>30 Minuten</b>
<b>Normal</b>	<b>90 Minuten</b>
<b>Nicht dringend</b>	<b>120 Minuten</b>

Die Anmeldung erfolgt an einem der drei Anmelde-schalter, die je nach Bedarf geöffnet werden. Nach der Administration und dem Aufruf in die Kabine erfolgt die Dokumentation seitens der DGKP im elektronischen Dokumentationssystem. Nachdem die Patientin bzw. der Patient Fragen zu ihrem bzw. seinem Gesundheitszustand beantwortet hat und – falls erforderlich – eine Verbandabnahme erfolgt ist, wird sie/er je nach Dringlichkeit sofort behandelt oder aufgefordert, wieder im Wartebereich Platz zu nehmen.

Werden Personen mittels Rettung in unser Trauma-zentrum gebracht, gelangen sie direkt von der Rettungszufahrt über einen eigenen Lift in den inneren Bereich der EU und werden umgehend von der übernehmenden DGKP ersteingeschätzt.



DGKP bei Ersteinschätzung

Das Instrument der MTS<sup>®</sup> ermöglicht die sichere Einschätzung der Patientinnen und Patienten mit gleichbleibender Qualität, unabhängig von der einschätzenden DGKP. Um dies zu gewährleisten, erfolgt die regelmäßige Evaluierung der Einschätzungen anhand eines Erhebungsbogens.



Evaluierungsbogen Ersteinschätzung

## Ordination für Allgemeinmedizin im TZW

Nach erfolgreichem Probetrieb nahm am 10. Dezember 2020 die Ordination Dr. Klaus Klapper ihren Betrieb in unserem Haus auf.



*Ordinationsbetrieb im TZW Meidling*

Patientinnen und Patienten werden werktags von 12 bis 17 Uhr im Bereich der Nachbehandlung vom Team der Primär-Versorgungseinheit Meidling erstbegutachtet und nur jene Personen weitergeleitet, deren Beschwerden eine Behandlung in der Erstuntersuchung erforderlich machen.

Dieses weitere Versorgungsangebot stellt sicher, dass der Bereich Erstuntersuchung nur noch von Patientinnen und Patienten genutzt wird, die tatsächlich einer unfallchirurgischen-fachärztlichen Beurteilung bedürfen.

## Bericht der QSK

2020 mussten wir uns von DGKP Ursula Meissl sowohl als Hygienefachkraft als auch als QSK-Mitglied verabschieden. Wir bedanken uns für die gute Zusammenarbeit und wünschen ihr alles Gute für die Zukunft!

Als neue Kollegin in der QSK konnten wir DGKP Helga Lippa gewinnen. Seit 2017 ist sie im Traumazentrum Wien-Meidling tätig und seit August 2020

unverzichtbarer Teil des Hygieneteams. Aufgrund ihrer Tätigkeit in der Nachbehandlung und im CIRPS-Vertrauensteam bringt sie einen breiten Erfahrungsschatz mit.



*DGKP Helga Lippa*

Helga Lippa ist in Chile geboren, bringt Berufserfahrung sowie im Ausland absolvierte Fortbildungen mit und ist international hervorragend vernetzt. Der „Blick über den Tellerrand“ ist ihr ein besonderes Anliegen und eine große Bereicherung für QSK.

Ausgleich zur herausfordernden beruflichen Tätigkeit findet sie bei Reisen und ausgedehnten Aufenthalten in der Natur.

## Neues Mitglied in der Kollegialen Führung des TZW

Mag. Simone Teichert, MBA durften wir mit 1. Mai 2020 als Verwaltungsleiterin des Traumazentrums Wien (TZW), begrüßen. Sie folgt Johannes Wald nach, welcher die Verwaltungsleitung des RZ Meidling übernommen hat. Wir bedanken uns an dieser Stelle ganz herzlich für die jahrzehntelange Unterstützung und wünschen ihm alle Gute für die Zukunft!



*Mag. Simone Teichert, MBA*

Mag. Simone Teichert hat ihre Tätigkeit in der AUVA im Rehabilitationszentrum Tobelbad im Jahre 1995 begonnen. Danach konnte sie in unterschiedlichen Funktionen in der Innenrevision bzw. der medizinischen Direktion umfassende Kenntnisse über die eigenen Einrichtungen der AUVA erlangen.

Herzlich willkommen! Wir freuen uns auf gute Zusammenarbeit!

## QM-Aktivitäten 2020

### Traumanetzwerk Österreich Ost

Die 2019 erfolgte Auditierung zum Überregionalen TraumaZentrum des TZW Meidling fordert, um den hohen Qualitätsstandard zu halten und zu erhöhen, die kontinuierliche Evaluierung von Prozessen und gegebenenfalls die Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung. 2020 wurde in Vorbereitung auf das Re-Audit zum TraumaZentrum 2022 unter anderem eine Befragung der Rettungsdienste durchgeführt. Die Mehrheit der Notärzte und des Rettungspersonals stellte uns in Bezug auf die vorgefundenen Begebenheiten im Schockraum (Kommunikation, Vorbereitung) ein sehr gutes Zeugnis aus.

### Hygiene

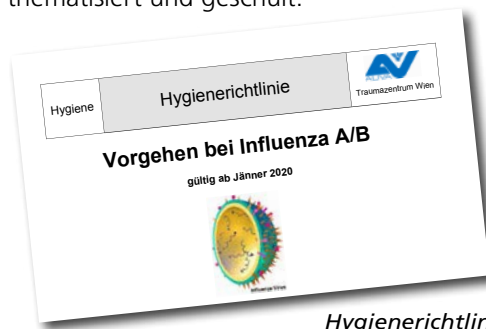
2020 war aufgrund der COVID-19 Pandemie für das Hygieneteam ein äußerst herausforderndes Jahr. Um Patientinnen, Patienten und das Personal vor einer SARS-CoV 2-Infektion mittels entsprechenden Hygienemaßnahmen zu bewahren und die dadurch stark gestiegene anfallende Arbeit bewältigen zu können, bildeten die Hygienefachkräfte mit den Qualitätsmanagerinnen des TZW und RZ Meidling Teams. Somit konnte eine kontinuierliche Unterstützung durch die Hygieneteams sichergestellt werden.



Automatischer Händedesinfektionsmittelspender

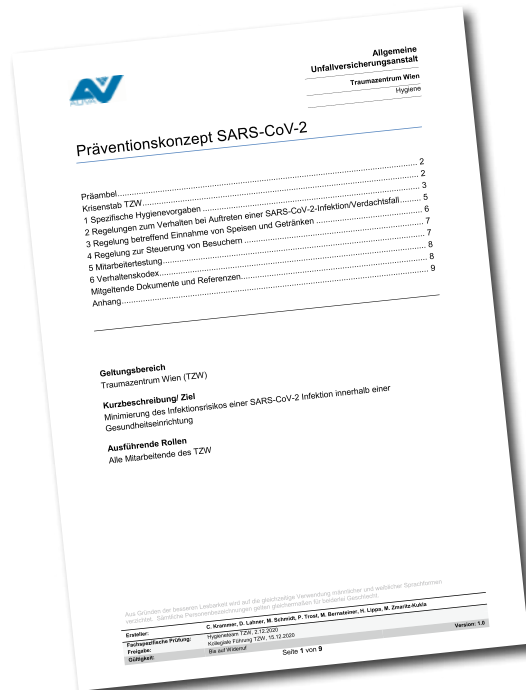
Als Mitglieder des erweiterten Krisenstabes – welcher sich je nach Bedarf zwei Mal pro Tag zusammenfand und interdisziplinär besetzt war – kamen die Hygienefachkräfte ihrer beratenden Funktion nach.

Aufgrund der bereits zu Jahresbeginn 2020 in Kraft getretenen Influenzarichtlinie waren wir im TZW, ohne zu ahnen, dass uns eine Pandemie bevorsteht, sehr gut vorbereitet. Es wurde beispielsweise die Anzahl der Händedesinfektionsmittelspender erhöht, die Handhabung persönlicher Schutzausrüstung thematisiert und geschult.



Hygienerichtlinie Influenza

Im TZW Präventionskonzept SARS-CoV-2 wurden u.a. Regelungen betreffend spezifischer Hygienevorgaben, dem Verhalten bei Auftreten einer Infektion bzw. eines Verdachtsfalls, die Einnahme von Speisen und Getränken, die Steuerung von Besucherinnen und Besuchern sowie die Testung des Personals zusammengefasst.

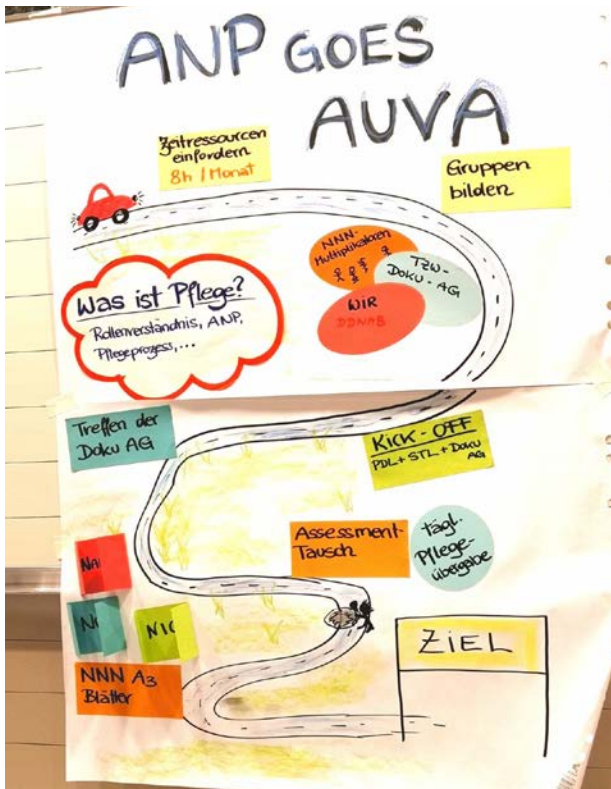


Präventionskonzept SARS-CoV-2 b

## NNN – ein Instrument des Pflegeprozesses

Akkurate Pflegediagnosen zu stellen verlangt nicht nur Wissen, sondern auch ein Klassifikationssystem, das den Anforderungen der wissenschaftlichen Gütekriterien entspricht. So hat die AUVA entschieden, die NANDA-I Pflegediagnosen mit dazugehörigen Pflegezielen (NOC, für „Nursing Outcomes Classification“) und Pflegemaßnahmen (NIC für „Nursing Intervention Classification“), kurz NNN, zu implementieren. NNN bietet Pflegepersonen die Möglichkeit, die Vielfältigkeit der Pflege aufzuzeigen und zu unterstreichen, dass Pflege eine eigenständige Profession ist, die internationale Vergleichbarkeit fordert.

NIC beschreibt, was Pflegenden tun müssen, um den Gesundheitszustand der zu Pflegenden beeinflussen zu können. Unter NOC werden Zustands-, Verfassungs-, Verhaltens- und Wahrnehmungsveränderungen von Patientinnen und Patienten oder pflegenden Angehörigen verstanden, die sich aufgrund von Pflegeinterventionen ergeben. Durch die Evaluierung wird festgestellt, in welchem Ausmaß die Pflegeziele, NOC, erreicht wurden.



Plakat Advanced Nursing Process



Workshop

Damit NNN als neues Instrument des Pflegeprozesses verstanden und implementiert werden kann, haben sich 2020 aus jeder AUVA-Gesundheitseinrichtung Kolleginnen und Kollegen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege gefunden, welche an der Fortbildung „Teach The Teacher: Advanced Nursing Process and Critical Thinking“ in Salzburg teilnahmen. In acht Fortbildungstagen wurde die Notwendigkeit von Pflegediagnosen und kritischem Denken erörtert.

Seit Jänner 2021 besuchen diese Kolleginnen und Kollegen einen Workshop, um jene Diagnosen, Ziele und Maßnahmen festzulegen, die in den Einrichtungen der AUVA benötigt werden, um die Patientinnen und Patienten ganzheitlich, individuell und umfassend pflegen zu können.

## Praxismentoring in Zeiten einer Pandemie

Das Jahr 2020 war auch für die Ausbildung in der Pflege eine besondere Herausforderung. Umso erfreulicher war es daher, dass die Auszubildenden schon Mitte 2020 ihre Praktika im TZW wieder in gewohntem Umfang aufnehmen konnten. Das Konzept des zentralen Praxismentorings im stationären Bereich konnte an beiden Standorten erfolgreich umgesetzt werden. Ziel des Konzepts ist es, ausschließlich mit der/dem Auszubildenden







*Fruchtessig und Salatdressing*

Hervorzuheben ist an dieser Stelle die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit unseren Lieferanten. Entwickelt von Helmut Urban und einem unserer Zulieferer entstand sogar eine eigene Produktlinie für Fruchtessig, welche in allen vom Speisenverbund Ost belieferten Einrichtungen der AUVA höchst beliebt zum Einsatz kommt. Für unsere Patientinnen und Patienten entstanden in Kooperation mit einem steirischen Start Up Salatdressings in praktischen Einmalverpackungen mit innovativem Knickverschluss.

Um unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch während der Pandemie das wohlverdiente Mittag-



*Mitarbeiterin im Speisesaal*

essen zu ermöglichen wurde der Speisesaal „corona-sicher“ gemacht. U.a. darf pro Tisch nur eine Person Platz nehmen, das Besteck ist einzeln verpackt, die Selbstbedienung bei der Essensausgabe deutlich eingeschränkt und die regelmäßige Flächendesinfektion des Mobiliars eine Selbstverständlichkeit.

## QM-Ausblick 2021

Um die ständig wachsenden Anforderungen im Bereich des Datenschutzes zu bewältigen, werden 2021 Schulungen für die an den Datenverarbeitungsvorgängen beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stattfinden. Zudem sind Datenschutzaudits geplant, um die Rechtskonformität und den Datenschutz zu gewährleisten.

Die Angebote der Betrieblichen Gesundheitsförderung mussten aufgrund der Pandemie sehr eingeschränkt werden. Dennoch ist es gerade jetzt wichtig, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein abwechslungsreiches Programm zur Verfügung zu stellen, welches sich mit den individuellen Lebensumständen gut vereinbaren lässt. Daher ist es für 2021 unser Ziel, im Schulterschluss mit Landes- und Hauptstelle die bisher gut angenommenen Online-Angebote möglichst vielfältig auszubauen.

## CIRPS-Jahresbericht 2020

### OGK

Das OGK-Team im TZW Standort Meidling war beim Schadensereignis vom 2. November 2020 „Terrorangriff in Wien“ bereit, die OGK-Alarmierung über den Alarmserver auszulösen. Zum Glück war es nicht notwendig, zusätzliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einzuberufen, weil keine weitere Zuteilung von Verletzten erfolgte.

Anlässlich dieses Szenarios wurden die Daten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche sich zur freiwilligen Einberufung gemeldet haben, aktualisiert. Die detaillierte Anleitung, wie im Falle einer Verständigung über den Server (Echtfall oder Alarmierungsübung) vorzugehen ist, ist für alle unter dem OGK-Icon abzurufen.

Dieses Ereignis verdeutlichte einmal mehr die Wichtigkeit strukturierter Informationsweitergabe, funktionierender technischer Ausstattung verknüpft mit innovativen EDV-Tools (z. B. Pop Up Fenster) sowie das kollektive Bekenntnis, Ausnahmesituationen gemeinsam bestmöglich zu bewältigen. Obwohl unser Standort – trotz avisiertem Schockraumpatienten und bereitstehenden Schockraumteams – nicht direkt betroffen war, liefern die gewonnenen Erkenntnisse einen wichtigen Input zur Verbesserung


unserer Abläufe in Vorbereitung auf ein Großschadensereignis.

Um im Katastrophenfall die vereinbarte und bewährte Verkehrsregelung in Zusammenarbeit mit der Polizei effektiv und effizient umzusetzen, wurde das dafür benötigte Material ergänzt. Dieses wird auf einem eigenen Wagen einsatzbereit zentral in einem separaten Raum in der Rettungshalle gelagert.

OGK

CHECKLISTE

Vorgehen für MA  
bei OGK-Alarmierung  
über Alarmserver



Traumazentrum Wien  
Standort Meidling

**➔** Tel.Nr. des Alarmserver zum Einspeichern in das private Mobiltelefon:  
für Sprachanruf **+43 59393 154510** / für SMS **+43 676 8006600**

Bitte nicht vergessen, etwaige Änderungen Ihrer im Alarmserver hinterlegten Daten zu melden!

1) OGK-ALARM

Automatisch durch Alarmserver:	Aufgabe Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter:
Alarmierung erfolgt <b>per Sprachanruf</b> . <i>Fettgedruckter Text wird von einem Tonband abgespielt!</i>	
<b>Im Traumazentrum Meidling wurde ein OGK-Alarm ausgelöst – bitte bestätigen Sie den Empfang dieser Meldung mit der Taste 3.</b>	→ Drücken der Taste 3
<b>Bitte geben Sie die ungefähr mögliche Ankunftszeit bekannt. Drücken Sie die Taste 0 für nicht möglich oder für ich befinde mich bereits im Dienst, Taste 3 für 30 Minuten, Taste 6 für 60 Minuten oder Taste 9 für 90.</b>	→ Drücken der Taste 0 oder 3 oder 6 oder 9
<b>Danke für Ihre Auswahl. Sie haben den Alarm bestätigt – bitte warten Sie auf weitere Informationen.</b>	→ auflegen, warten, Alarmserver alarmiert die ganze Berufsgruppe u. wartet auf diesbezügliche Rückmeldungen!
<b>Entweder neuerlicher Anruf - Einberufung:</b> <b>Sie werden in der Mannschaft Ihrer Berufsgruppe benötigt – bitte jetzt in das TZW Meidling kommen und bei der Personalsammelstelle melden!</b>	→ d.h. <b>JETZT zur Dienststelle kommen!</b>
<b>oder neuerlicher Anruf - Nicht-Einberufung:</b> <b>Die Mannschaft Ihrer Berufsgruppe konnte bereits besetzt werden. Bitte kommen Sie derzeit nicht in das TZW Meidling, aber bleiben Sie für eventuelle Ablösen erreichbar!</b>	→ d.h. <b>NICHT zur Dienststelle kommen!</b>
<b>Neuerlicher Anruf - notwendige Ablöse:</b> <b>Im TZW Meidling wurde ein OGK Alarm ausgelöst. Jetzt wird für Ihre Funktion eine Ablöse benötigt. Bitte bestätigen Sie den Empfang dieser Meldung und warten Sie auf weitere Informationen!</b>	→ auflegen, warten, Alarmserver alarmiert die ganze restliche Berufsgruppe u. wartet nochmals auf diesbezügliche Rückmeldungen!

OGK TZW Meidling      A.Stadler-Wallig/J.Renner      04.11.2020/wlg

OGK Checkliste

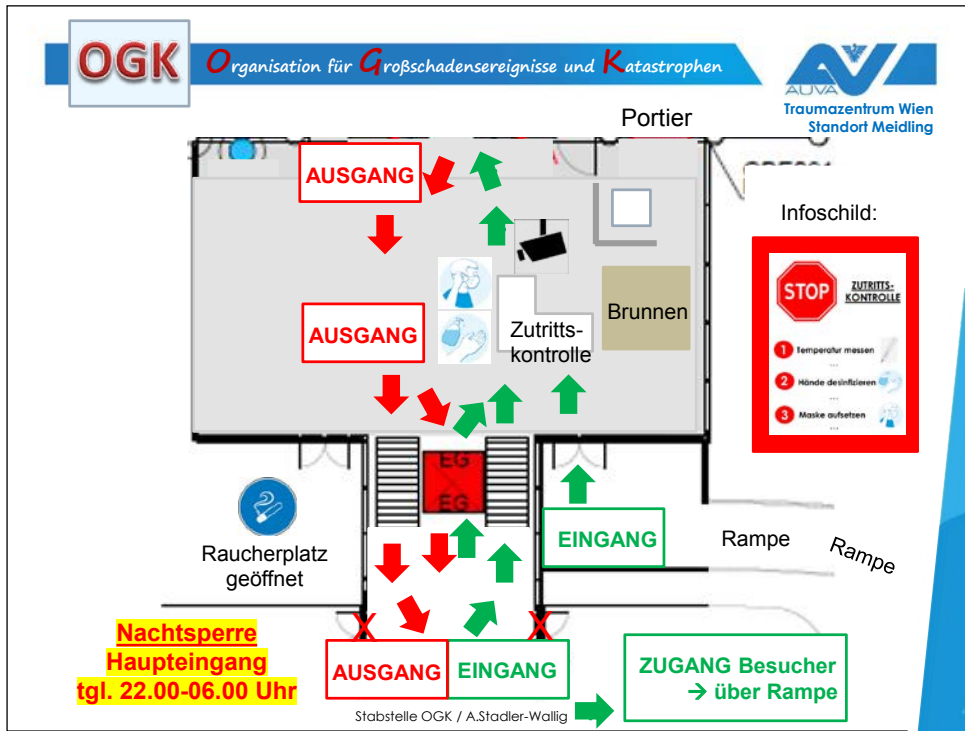


Wagen mit OGK-Material

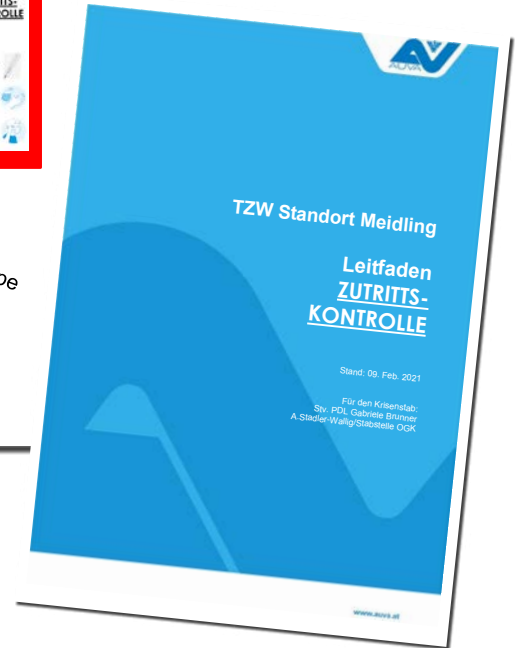
## Zutrittskontrolle

Aufgrund der Pandemie ist es erforderlich, den Zutritt zum TZW und RZ Meidling streng zu kontrollieren und zu reglementieren. Zwei Mit-

arbeiter übernehmen diese verantwortungsvolle Aufgabe im Eingangsbereich des TZW Meidling. Unterstützt werden sie von den Mitarbeitern des Security-Dienstes bzw. unseren Zivildienstleistenden.



Plan des Zugangsbereiches



Leitfaden Zutrittskontrolle

Was passiert also, wenn eine Person das Haus betritt?  
Im Leitfaden „Zutrittskontrolle“ – Handlungsgrundlage für die dort tätigen Mitarbeiter – werden sämtliche Maßnahmen abgebildet.



Patient in der Zutrittskontrolle

## CIRPS-Meldungen 2020

	Anzahl CIRPS-Meldungen	Meldungen bearbeitbar	Meldungen anonym	Strukturveränderung	Prozessveränderung
2018	22	16	7	8	11
2019	35	22	13	8	17
2020	24	15	6	7	11

Insgesamt 24 von unterschiedlichsten Bereichen und Berufsgruppen als patientengefährdend eingegebene Meldungen wurden vom Vertrauensteam gesichtet. Davon konnten 15 kritische Ereignisse als CIRPS-relevant eingestuft und in weiterer Folge bearbeitet werden.

Drei Meldungen betrafen die Schockraumtelefonie. Nachdem das System einmalig einen ganzen Tag lang ausfiel wurden Überlegungen zur effizienten und zukunftsorientierten Adaptierung angestellt. Die technische Umstellung der Schockraumtelefone wurde mittlerweile beauftragt und wird terminlich mit der Schockraumsperrung aufgrund der Bauarbeiten der Hubschrauberplattform koordiniert.

Auch zwei Meldungen betreffend die Rufanlage in der Nachbehandlung beanspruchten eine längere Bearbeitungszeitspanne, da umfassender Evaluierungsbedarf des IST-Zustandes ersichtlich wurde. Hierbei wurde u.a. festgestellt, dass die primäre Programmierung der Rufanlage im Bereich der Sanitärräume der Nachbehandlung der derzeitigen räumlichen Aufteilung angepasst werden muss.

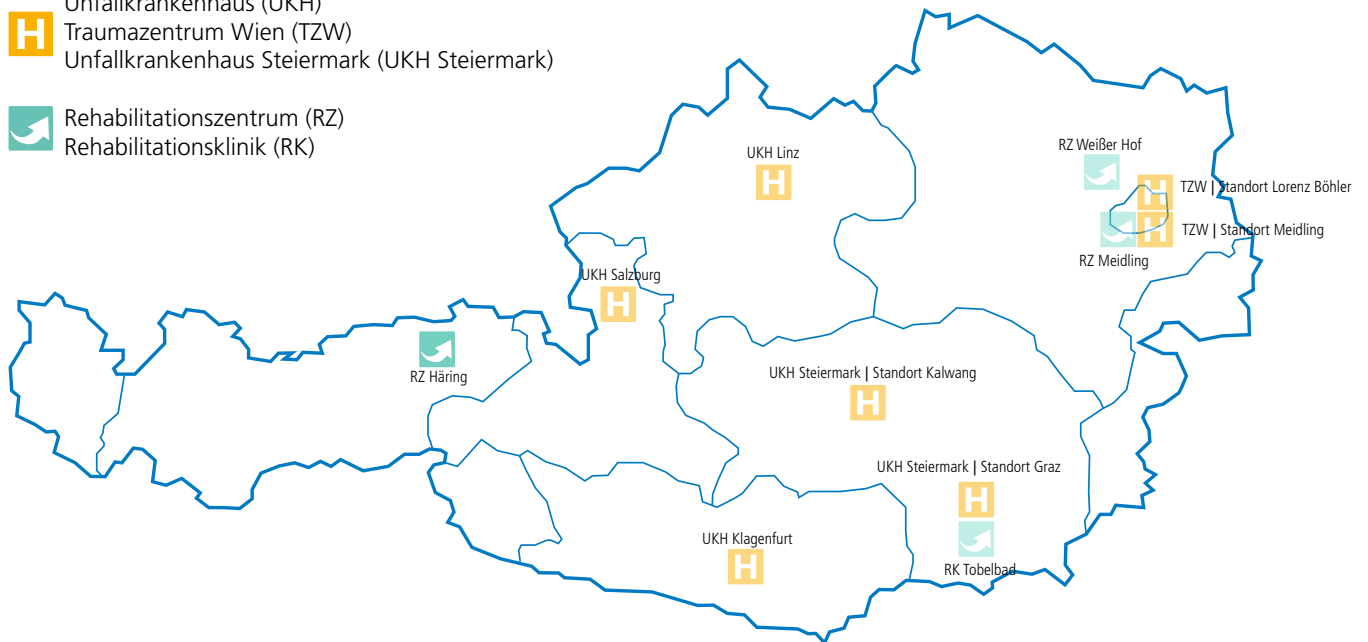


*Notruftaster*

## Unfallkrankenhäuser und Rehabilitationszentren

**H** Unfallkrankenhaus (UKH)  
 Traumazentrum Wien (TZW)  
 Unfallkrankenhaus Steiermark (UKH Steiermark)

**RZ** Rehabilitationszentrum (RZ)  
 Rehabilitationsklinik (RK)



<b>UKH</b>	AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark
	Standort Graz, Standort Kalwang
	AUVA-Unfallkrankenhaus Klagenfurt am Wörthersee
	AUVA-Unfallkrankenhaus Linz
	AUVA-Unfallkrankenhaus Salzburg
	AUVA-Traumazentrum Wien
	Standort Lorenz Böhler, Standort Meidling

<b>RZ</b>	<b>AUVA-Rehabilitationszentrum Häring</b>	
	<b>Rehaweg 1</b>	136 Betten
	<b>6323 Bad Häring</b>	804 stationäre Fälle
	<b>Tel.: +43 5 93 93-52000</b>	197 Mitarbeitende
	E-Mail: <a href="mailto:RHV@auva.at">RHV@auva.at</a>   <a href="http://www.rzhaering.at">www.rzhaering.at</a>	
	AUVA-Rehabilitationszentrum Wien Meidling	
	AUVA-Rehabilitationsklinik Tobelbad	
	AUVA-Rehabilitationszentrum Weißer Hof	

# AUVA-Rehabilitationszentrum Häring



Kollegiale Führung	QSK-Mitglieder	CIRPS-Vertrauensteam
<p><b>Ärztliche Leitung</b> Prim Dr. Burkhard Huber</p> <p><b>Pflegedienstleitung</b> Josef Steiner, MSc</p> <p><b>Verwaltungsleitung</b> Dipl. KH-Bw. Andreas Edenhauser (bis 30. 9. 2020) Dr. Herbert Koutny (ab 1. 10. 2020)</p>	<p>Yvonne Bachner Jochen Gruber Andreas Hauser Franziska Juffinger-Höck Kathleen Kern, BSc, MSc Dr. Maria-Magdalena Krismer, MSc Nikolaus Mayr, BScN Walter Sarkletti Judith Stegmaier Mag. Katrin Wittmann</p>	<p>Dr. Christian Bittner Bianca Brennstener Margit Embacher Nadine Hauser, BSc Franziska Juffinger-Höck Kathleen Kern, BSc, MSc Christian Lettenbichler Mag. Katrin Wittmann</p>
		<p><b>Hygieneteam</b></p> <p>Herbert Turri Dr. Siegmund Wanner</p>

## PDCA-Übersicht

### III OP-Management

Die operative Versorgung erfolgt strukturiert und berücksichtigt gleichermaßen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie die Ressourcen der Gesundheitseinrichtung. Die Vereinbarungen sind im OP-Statut verschriftlicht.

#### Plan Ziel und Indikator

Nr.	Ziel	Nr.	Indikator
3.7	Die Vereinbarungen zur Erreichung der internationalen Patientensicherheitsziele im OP werden eingehalten.	3.7 a	Sign In, Team Time Out, Sign Out korrekt durchgeführt und dokumentiert.
		3.7 b	Pfeilmarkierung vorhanden
		3.7 c	Prä OP-Checkliste ist vorhanden (im RH konkretisiert mit korrekt/vollständig ausgefüllt)
3.8	Alle relevanten Informationen für die Sicherstellung der kontinuierlichen postoperativen Betreuung sind zum definierten Zeitpunkt (innerhalb von zehn Minuten) vorhanden.	3.8 a	Medikation (Schmerztherapie, Ab, Sonstiges,..)
		3.8 b	Mobilisation/Belastung
		3.8 c	Heil-/Hilfsmittel
		3.8 d	Laborkontrollen
		3.8 e	Röntgenkontrollen
RH	Das OP-Programm wird rechtzeitig erstellt	3.11	mindestens drei Tage vor dem geplanten OP-Termin
RH	Jede OP-Aufklärung ist mindestens 24 Stunden vor Eingriff unterfertigt.	3.12	Anteil der unterfertigten Aufklärungen

#### Do Umgesetzte Maßnahmen/vorhandene Dokumente

- Arbeitsanweisung zur Markierung von OP-Bereichen
- OP-Checkliste nach WHO
- OP-Statut
- Prä- und postoperatives Vorgehen für Ärzte
- Prä- und postoperatives Vorgehen für Pflege
- Prä- und postoperatives Vorgehen für OP-Pflegepersonal
- Präoperative Checkliste
- OP-Aufklärungsbogen



**Check** *Ergebnisse des letzten Checks*

Jahr	Nr.	Ergebnis
2018	3.7 a	Stichprobe von 64 Operationen: bei 70 Prozent war Sign In, Team Time out und Sign Out korrekt durchgeführt und dokumentiert
	3.7 b	Stichprobe von 64 Operationen: bei 93,8 Prozent war die Pfeilmarkierung vorhanden
	3.7 c	Stichprobe von 63 Operationen: bei 71,4 Prozent war die präoperative Checkliste korrekt und vollständig ausgefüllt
	3.8 a-e	Stichprobe von 64 Operationen: bei 87,5 Prozent waren alle Informationen zur postoperativen Betreuung innerhalb von zehn Minuten nach OP vorhanden
	RH 3.11	Stichprobe von 63 Operationen: bei 65 Prozent wurde das OP-Programm mindestens drei Tage vor OP-Termin erstellt
	RH 3.12	Stichprobe von 64 Operationen: 97 Prozent der Anästhesieaufklärungen waren mindestens 24 Stunden vor Eingriff unterfertigt 76,6 Prozent der OP Aufklärungen waren mindestens 24 Stunden vor Eingriff unterfertigt

**Act** *Abgeleitete Maßnahmen aus den Ergebnissen*

2020 wurde genutzt, um anhand der AUVA-QM-Landkarte die Kernanforderung OP-Management komplett zu überarbeiten. Formuliere Ziele wurden diskutiert, in einen Evaluationsprozess eingebunden und gegebenenfalls adaptiert z.B. wurden die beiden RH eigenen Ziele 3.11. sowie 3.12. anhand der Evaluierung von 2018 noch einmal gemeinsam im QM OP-Management-Team analysiert. Das Ergebnis ist eine Adaptierung bzw. Ergänzung der Ziele:

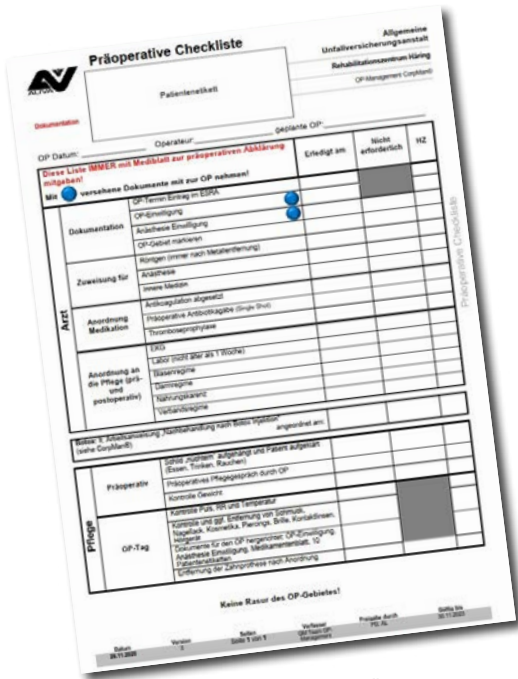
RH	Das OP-Programm wird rechtzeitig erstellt	3.11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mindestens drei Tage vor dem geplanten OP-Termin bei <b>unfallchirurgischen OP</b></li> <li>• <b>mindestens ein Tag vor dem geplanten OP-Termin bei urologischen OP</b></li> </ul>
RH	Jede OP-Aufklärung ist mind. 24h vor geplanten Eingriff unterfertigt. <b>Bei dringender Notwendigkeit des Eingriffes z. B. Setzen eines zentralen Venenkatheters (Subclavia-Katheters) ist die Aufklärung auch am Tag des Eingriffes möglich!</b>	3.12	Anteil der unterfertigten Aufklärungen

Erläuterungen zu den Zieladaptierungen bzw. -ergänzungen: Da urologische Operationen oft erst kurzfristig angesetzt werden, wurde das Ziel 3.11. diesbezüglich ergänzt. Außerdem wurde beim Ziel 3.12. die dringliche Notwendigkeit hinzugefügt.

## OP-Management – OP-Statut

Das OP-Statut wurde in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe neu adaptiert und ergänzt. Alle Prozesse, die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem operativen Eingriff einer Patientin oder eines Patienten stehen, wurden analysiert und neu überdacht, vereinfacht, verändert bzw. verbessert. Das OP-Statut ist Handlungsgrundlage für alle Beteiligten und stellt eine verbindliche Dienstanweisung dar.

Es wurden alle vorhandenen Dokumente zum OP-Management gesichtet, überarbeitet bzw. neue Dokumente erstellt. Aufgrund der Evaluierung von 2018 wurde besonderes Augenmerk auf die beiden Dokumente präoperative Checkliste und OP-Checkliste gelegt. Diese wurden hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit und Benutzerfreundlichkeit geprüft und neu strukturiert, sodass sie nun praktikabler sind.



*Überarbeitete  
Präoperative Checkliste*

Für eine der häufigsten Operationen im RZ Häring, die Botox Injektion in den Blasenmuskel, wurde ein neuer Nachbehandlungsstandard erstellt, da Informationen zur postoperativen Behandlung bisher selten erfasst wurden. Durch den neuen Nachbehandlungsstandard erfolgt die ärztliche Verordnung der postoperativen Behandlung einfach mit Handzeichen des Urologen und Datum auf der präoperativen Checkliste.

Eine Evaluierung der gesamten Kernanforderung OP-Management ist für 2021 vorgesehen.

## QM-Aktivitäten 2020

2020 war ein ganz besonderes Jahr! Die COVID-19 Pandemie hat flächendeckend und in allen Lebensbereichen, rund um den Globus, Veränderungen gebracht. Auch das RZ Häring als Gesundheitseinrichtung wurde vor gänzlich neue Herausforderungen gestellt. Geplante QM-Projekte mussten aufgrund der Pandemie zurückgestellt werden, doch besonders während dieser Krise zeigte sich die Bedeutung eines funktionierenden Qualitätsmanagements deutlich. Mit den vom QM-Team definierten Standards war es für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglich, sich auf das Wesentliche zu fokussieren und die Arbeits-

prozesse liefern weiter standardisiert ab. Somit hat das „besondere Jahr“ 2020 den hohen Stellenwert von Qualitätsmanagement im RZ Häring bestätigt.

## Bericht der QSK

Im Jahr 2020 gab es einige personelle Änderungen:

Nachdem Dipl. KH-Bw. Andreas Edenhauser, Verwaltungsleiter seit 2010, mit Oktober 2020 als Geschäftsführer in die AUVB wechselte, übernahm Dr. Herbert Koutny die Verwaltungsleitung. Als Direktor der Landesstelle Salzburg sowie Verwaltungsleiter des UKH Salzburg weist er viel Erfahrung und eine enorme Expertise im Bereich der AUVA auf.



*Dipl. KH-Bw. Andreas  
Edenhauser*



*Dr. Herbert Koutny*

Auch innerhalb der Qualitätssicherungskommission (QSK) kam es zu personellen Änderungen. Qualitätsmanagerin Kathleen Kern BSc, MSc ging mit Mitte August 2020 in Karenz und wurde durch ihre Vertretung Mag. Katrin Wittmann ersetzt.



*Kathleen Kern BSc, MSc*



*Mag. Katrin Wittmann*

Die QSK besteht somit weiterhin aus neun Personen verschiedener Disziplinen. Die Kombination von

verschiedenen Vorstellungen und Denkansätzen sorgt dafür, dass das Team in der Lage ist, Problemstellungen zu bearbeiten und zu lösen, an denen einzelne Disziplinen alleine scheitern würden.

2020 hat sich das Team mit der Konkretisierung der Ziele und Indikatoren der AUVA-QM-Landkarte beschäftigt und die zu bearbeitenden Ziele priorisiert. Ein weiterer Themenschwerpunkt war die Evaluierung und Überarbeitung des Handbuchs zur Wahrung der Intimsphäre der Patientinnen und Patienten. Im Zuge dessen wurde der Prozess zur Informationsweitergabe an Externe über den Aufenthalt von Patientinnen und Patienten im RZ Häring genau analysiert. Es konnte festgestellt werden, dass alle am Prozess Beteiligten den Ablauf kannten und einhielten. Somit besteht kein Handlungsbedarf.

Eine detaillierte Evaluierung ist im Rahmen der Patientenbefragung 2021 geplant.

### Dokumentenlenkungssystem

2015 wurde ein Informations- und Dokumentenlenkungssystem (DLS) im RZ Häring eingeführt. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wichtige und zur Ausübung ihrer Funktionen im RZ Häring notwendige Informationen werden dort bereitgestellt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen schnell und ohne großen Aufwand zu sämtlichen relevanten Informationen kommen. Das System ist seit 2015 befüllt worden und laufend gewachsen. Über die Jahre entstanden dadurch aber einige Herausforderungen:

- Das System wurde teilweise unübersichtlich
- Es befanden sich veraltete Dokumente im DLS
- Die Bereichszuordnung war teilweise unpassend
- Die „Beschlagwortung“ der Dokumente war nicht immer treffsicher, somit wurde die Suche nach bestimmten Dokumenten erschwert

Bereits 2019 wurde begonnen, das System bzw. die gewachsene Struktur zu analysieren und neu zu ordnen. Während des 1. Lock-Downs im Frühling 2020 konnte die Überarbeitung zügig voranschreiten und die Implementierung von „DLS NEU“ im Herbst 2020 abgeschlossen werden.

Bisher basierte die Einordnung der Dokumente vor allem auf Bereichen (z.B. Medizin, Verwaltung) und Dokumentenarten bzw. richtete sich nach dem Alphabet. Die neue AUVA-QM-Landkarte, mit der Einteilung der Prozesse in sechs Kernanforderungen und sechs Rahmenanforderungen, gab eine neue, in sich logische Struktur für die Einordnung der Dokumente vor. Für eine bessere Übersicht wurden die Dokumente mit einem eindeutigen, selbstsprechenden Dokumentennamen versehen (siehe Tabelle).

Vorteile durch die neue Bereichszuordnung und Benennung mit Themenschwerpunkten

- Dokumente, die thematisch zueinander gehören, sind untereinander gelistet
- Klare, eindeutige Bezeichnung des Dokuments
- Verbindung zu den Qualitätsstandards der AUVA werden hergestellt (ohne diese vordergründig kennen zu müssen)
- Beschlagwortung ist treffsicherer

### Zusätzliche Verbesserung

Ein häufiger Kritikpunkt an der Dokumentenlenkung war, dass Änderungen nur schwer nachvollziehbar waren und man wiederholt ein möglicherweise recht langes Dokument lesen musste, ohne am Ende konkret zu wissen, was sich wirklich geändert hatte.

Daher wurden alle neuen und überarbeiteten Dokumente mit einem Änderungsverzeichnis versehen.

	Dokument	Dokumentenart	Bereich	Status
Aktuell	HLL Pflege Medikamente	Handlungsleitlinie	Pflege	Freigegeben
Neu	Medikamente: Vorbereitung und Verabreichung	Handlungsleitlinie	Leitlinien konformes Arbeiten/ Behandlungsstandards	Freigegeben

Dort sind die Versionen mit Änderungen in einer Übersicht dargestellt. Alle vorgenommenen Änderungen sind mit einem roten Strich im Dokument markiert.

Datum	Änderungen
11.2018	Version 1, NEU erstelltes Dokument
22.10.2020	<b>Version 2</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• inhaltliche Änderung siehe Strich-Markierung linker Rand</li> <li>• Umbenennung des Dokumentes MA Handbuch Externe Befunde → Diagnostische Verfahren/ Befunderhebung: Handbuch Anforderungen und Organisation externer Befunde</li> </ul>

### Innerbetriebliches Vorschlagswesen „Ideenwerkstatt“

In der AUVA-QM-Landkarte wird gefordert, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Entwicklung der Gesundheitseinrichtung strukturiert zu beteiligen.

Das RZ Häring hat erkannt, dass das große Potential der zahlreichen Ideen der eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem innerbetrieblichen Vorschlagswesen genutzt werden kann und Anfang 2020 die „Ideenwerkstatt“ implementiert.



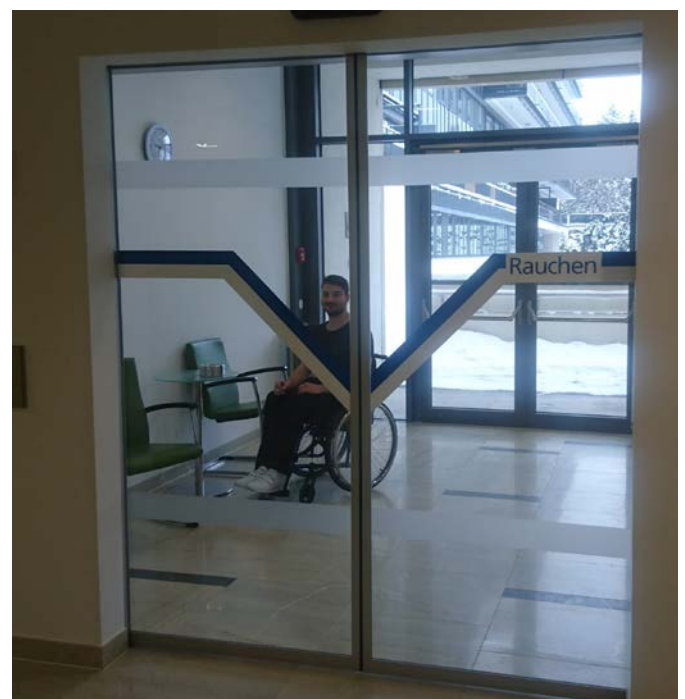
Logo zum innerbetrieblichen Vorschlagswesen „Ideenwerkstatt“

Durch systematische Erfassung, transparente Auswertung und unbürokratische, schnelle Umsetzung der Verbesserungsvorschläge von Personen „am Geschehen“ können Dienstleistungen und Abläufe unseres Hauses verbessert werden. Die täglichen praktischen Erfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter führen zu Ideen, welche zum Erfolg des Rehabilitationszentrums, dem Ansehen in der Bevölkerung und dem Steigern der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit beitragen können. Für qualitätsverbessernde Vorschläge, die in die Praxis umgesetzt werden können, wird die meldende Person mit einer Anerkennung belohnt.

Außerdem eröffnet die Ideenwerkstatt die Möglichkeit, dass sich jede einzelne Mitarbeiterin und jeder einzelne Mitarbeiter in die Gestaltung der Rahmenbedingungen und der täglichen Praxis einbringt. Das stärkt zusätzlich die Mitarbeitermotivation und erhöht die Identifikation mit dem eigenen Unternehmen.

### Beispiele für umgesetzte Ideen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:

**Raucherraum:** Geraucht wurde bisher vor dem Haupteingang des RZ Häring, was einen wichtigen Fluchtweg blockieren könnte und eine Rauchbelastung für alle Besucherinnen und Besucher darstellt. Der Raucherraum lag ebenfalls gleich beim Haupteingang. Die Idee einer Mitarbeiterin, den Raucherraum sowie den Raucheraußenbereich in einen Erker, welcher mit dem Außenbereich verbunden werden kann, in der Nähe der Besucher-WCs zu verlegen, wurde von der Kollegialen Führung dankend angenommen und umgesetzt. Der Umbau wurde gleichzeitig als Chance genutzt, den Raucherraum mit einer modernen Filteranlage auszurüsten, die 99,96 Prozent aller Partikel ab 0,1 µ filtert. Somit werden Bakterien, Viren (auch Coronaviren) und Aerosole zuverlässig aus der Raumluft beseitigt.



Der neue Raucherraum konnte im Jänner 2021 fertiggestellt und in Betrieb genommen werden

Foto: Juffinger-Höck

**Freizeitangebot für Patientinnen und Patienten:**

Da Patientinnen und Patienten in Zeiten von Corona Urlaubs- und Ausgangssperre hatten, meldete eine Mitarbeiterin die Idee ein, für diese am Wochenende ein Freizeitangebot bereitzustellen. Diese Idee wurde von allen Mitgliedern der Kollegialen Führung befürwortet und so entstand ein samstägliches Angebot wie beispielsweise ein Spielenachmittag, ein Sportnachmittag und ein Kinoabend. Die Abwechslung wurde von den Patientinnen und Patienten dankend angenommen.



*Spielenachmittag für die Patientinnen und Patienten als Abwechslung zum Corona-Alltag*

**Weitere Aktivitäten im RZ Häring**

**Internationaler Aktionstag für Querschnittgelähmte**

Auch 2020 rückte ein engagiertes Team aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vom RZ Häring anlässlich des internationalen „Spinal Cord Injury Day“ (SCI-Day) querschnittgelähmte Personen in den Mittelpunkt und organisierte vom 5. September 2020 bis 5. September 2021 die #RZkurbelchallenge. Das Ziel ist, Aufmerksamkeit zu erregen und vor allem Bewusstsein für Menschen mit Verletzungen, Einschränkungen und bleibender Behinderung zu schaffen. Das Team verbindet, zeigt Inklusion und nimmt die Scheu, eine Gesundheitseinrichtung wie das Rehabilitationszentrum Häring zu betreten, um mit von teils schweren Schicksalsschlägen geprägten Menschen in Kontakt zu treten.

Fotos: Dörflinger-Huber, Sefiqua

Zum Kick-Off wurde ein Promotion-Video mit Unterstützung von Lukas Müller (ehem. Skispringer und Patient im RZ Häring) und Felix Leitner (Biathlet des ÖSV) zur #RZkurbelchallenge gedreht.



*Promotion-Videodreh zur #RZkurbelchallenge anlässlich des SCI-Days 2020*

Freiwillige oder nominierte Personen bzw. Firmen erkurbelten mit dem E-Bike oder dem Handbike in der im RZ Häring errichteten Kurbelstation Kilometer bzw. spendeten Geld und nominierten weitere Personen oder Firmen.

Leider hat Corona bei dieser Aktion Einschränkungen mit sich gebracht, sodass der Großteil der erkurbelten Kilometer von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie den Patientinnen und Patienten erbracht werden musste. Dadurch entwickelte sich eine RZ Häring-interne Teamchallenge, denn die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden von der Firma eines ehemaligen Patienten: „Hans Pötscher Service – Ihr Profi für Car



*Prim Dr. Burkhard Huber erkurbelt die letzten Kilometer der Teamchallenge*

Wash!“ nominiert, bis 31. Dezember 2020 3.000 km zu erkurbeln. Dafür spendete die Firma 3.000 Euro. Dank dem Ehrgeiz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konnte die Teamchallenge erfolgreich absolviert werden und das Spendenkonto wurde gefüllt.

Das bei der Aktion gespendete Geld wird für einen querschnittbezogenen Zweck verwendet. Insgesamt wurden bis Dezember 2020 7.312 km erkurbelt und 3.404,12 Euro gespendet.

## QM-Ausblick 2021

Das Jahr 2021 wird für den Bereich Qualitätsmanagement sehr herausfordernd. Beide Qualitätsmanagerinnen sind in Karenz.

Daher beschränken wir uns auf die Evaluierung einiger Ziele der AUVA-QM-Landkarte, z. B. der kompletten Kernanforderung OP-Management.

## Hygienejahresbericht 2020

Die „Hygienearbeit“ 2020 war auch im RZ Häring sehr von COVID-19 geprägt, deswegen wird hier im Anschluss an die Hygiene-Routinetätigkeiten zusätzlich ein Einblick über Abläufe und Organisation in Bezug auf COVID-19 gegeben.

### Hier eine beispielhafte Darstellung der „Hygiene-Tätigkeiten“ und Leistungen im RZ Häring:

2020 wurde dem RZ Häring zum dritten Mal das 2018 von der Sektion für Hygiene und medizinische Mikrobiologie der Universität Innsbruck eingeführte Tiroler Hygienezertifikat verliehen.

Die jährliche Visitation der Behörde (sanitäre Einschau) beinhaltet auch die Hygiene und ist in den letzten drei Jahren immer sehr positiv verlaufen.

Im Frühjahr und im Herbst 2020 fanden Hygienekommissionssitzungen statt. Bei diesen wurden gemeinsam mit dem Hygieneteam und der kollegialen Führung relevante Hygienethemen besprochen sowie Strategien festgelegt.

Die jährlichen Hygienevisiten in den pflegerischen/medizinischen Bereichen sowie in der Hauptküche wurden sehr gut angenommen. Feedback und Empfehlungen wurden umgesetzt.

Zusätzlich wurden hygienerelevante Themen bei den Bereichsleitungssitzungen angesprochen. Die Weitergabe an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fand im Rahmen der Stationsbesprechung durch die Stationsleitung statt.

Weitere Tätigkeiten des Hygieneteams (beispielhaft):

- Hygienefortbildung zum Thema „Isolierung im Rehabilitationsbereich“ wurde durchgeführt. Bei dieser Fortbildung wurden bei Teilnahme zwei ÖGKV PFP® (Pflegefertigungspunkte) und ein Zertifikat vergeben (Eintragung ins Berufsregister)
- Hautschutzpläne wurden gemeinsam mit BK 19 (Berufserkrankung Haut) und dem Arbeitsmediziner aufbauend auf den neuesten Guidelines überarbeitet und für die verschiedenen Bereiche (technischer Dienst, Küche, Pflege, medizinischer Bereich und Büroarbeitsplätze) umgesetzt

## COVID-19 Bericht

Die COVID-19-Pandemie begleitet uns seit März 2020 und wird uns auch noch 2021 beschäftigen. Das Resümee aus Sicht der Hygiene ist für das RZ Häring sehr positiv.

Relativ früh wurde von der Kollegialen Führung ein Krisenstab eingerichtet. Dieser setzte sich zusammen



*Krisenstab (von links nach rechts): HFK Herbert Turri, VD Andreas Edenhauser, PD Josef Steiner, ÄD Prim Dr. Burkhart Huber, HBA Dr. Siegmund Wanner*

aus dem Kernteam: ÄD Prim Dr. Burkhard Huber, PD Josef Steiner, VD Andreas Edenhauser/Dr. Herbert Koutny und HFK Turri, beratend standen ÄD Dir. Stv. Dr. Peter Seewald, OA Dr. Maria Magdalena Krismer und HBA Dr. Siegmund Wanner zur Verfügung.

Alle Sitzungen des Krisenstabs wurden in einer Art Checkliste protokolliert. Der Arbeitsplan des Protokolls (Checkliste) wurden vom Krisenstab systematisch abgearbeitet.

Durch den regelmäßigen Kontakt der Kollegialen Führung mit der Hauptstelle, dem Gesundheitsministerium, der Landessanitätsdirektion Tirol, sowie der medialen Berichterstattung in Tirol/Italien, konnten im Vorfeld Konzepte erstellt werden, um auf alle möglichen Szenarien vorbereitet zu sein. Erschwerend kam hinzu, dass sich die aktuelle Situation laufend rasch veränderte.

Schon zu Beginn der Krise wurde eine Begehung mit der Sektion für Hygiene und medizinische Mikrobiologie der Universität Innsbruck durchgeführt. Auf Basis dieser Begehung wurde ein Konzept für einen Isolationsbereich erstellt. Die Organisation und die Prozesse für den Isolationsbereich wurden definiert, besprochen und vorbereitet. Das Personal wurde umfassend informiert und geschult.

Nachdem die Situation in Tirol mit Ausgangssperren und der Aufforderung soziale Kontakte zu reduzieren sowie sportliche Tätigkeiten einzustellen, immer prekärer wurde, war das Anlass, die bereits vorbereiteten Szenarien ab März 2020 im RZ Häring umzusetzen.

Folgende Maßnahmen wurden im RZ Häring getroffen:

- Wenn es möglich war, wurden Patientinnen und Patienten entlassen
- Das Personal wurde in Teams eingeteilt
- Ein Triagebereich wurde definiert
- Die Reinigung wurde auf Desinfektion umgestellt
- Das Personal wurde instruiert, zu Hause auf Symptome und Temperatur zu achten
- Alle Eingänge bis auf den Haupteingang wurden gesperrt
- Beim Haupteingang wurde vor Dienstbeginn nochmals die Temperatur des Personals gemessen
- Mund-Nasen-Schutz (MNS) wurde ausgeteilt

- Auf die geltenden Hygienemaßnahmen wurde immer wieder aktiv hingewiesen (Abstand halten, Händehygiene usw.)

Unserer besonderen Verantwortung gegenüber Patientinnen und Patienten mit Querschnittsymptomatik waren wir uns im RZ Häring immer bewusst, deswegen wurden Patientinnen und Patienten auch während des Lockdowns aufgenommen. Der Ärztliche Leiter und der Pflegedirektor erstellten gemeinsam mit den Stationsleitungen Patienten-Prioritätenlisten für die Wiederaufnahme von abgesagten bzw. nach Hause geschickten und neu aufzunehmenden Patientinnen und Patienten.

Ein weiteres Ziel war, das Personal laufend zu informieren, aber nicht mit Informationen zu überfordern. Es wurde ein ICON-Button (COVID-19) auf dem Desktop jedes Arbeitsplatzes installiert. Dort wurde das Personal immer mit den aktuellsten und wichtigsten Informationen versorgt. Begleitend stand die Hygienefachkraft (HFK) als Ansprechperson immer aktiv für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung.

Die Tatsache, dass Materialien der persönlichen Schutzausrüstung am Anfang der Krise nicht mehr lieferbar waren, wurde zum Anlass genommen, die dezentralen Lager in jedem Bereich aufzulassen und die Lagerung zu zentralisieren. Die Abgabe erfolgte nur in kleineren Mengen, um einen ressourcenschonenden Umgang mit den knappen Materialien zu erreichen.

Durch die unmittelbare Bedrohung wurden wir im RZ Häring täglich nachdrücklich auf die Bedeutung und Wichtigkeit der Hygienemaßnahmen hingewiesen. Diese eigentlich „normale Hygiene“ (Verhaltensregeln zum Infektionsschutz) sollte uns nach der Krise vor Infektionen bewahren und unbedingt beibehalten werden – der Virus als „Erzieher“.

Die Zunahme von Umweltkatastrophen, Epidemien, Pandemien, Antibiotikaresistenzen und nosokomialen Infektionen wird für die Hygiene zur immer größeren Herausforderung. Der Stellenwert der Hygiene im 21. Jahrhundert hat sich geändert und muss neu überdacht werden.

## CIRPS Jahresbericht 2020

Ziel aller Aktivitäten im Zuge von CIRPS ist es, eine Fehlerkultur zu schaffen, die unterstützt, dass unerwünschte Ereignisse, Fehler und Beinahe-Schäden ohne Angst vor Sanktionen an Vertrauenspersonen gemeldet und so fachübergreifend bearbeitet werden können. Erkenntnisse aus dem Fehlermanagementsystem sollen in das QM-System des RZ Häring einfließen.



Im Vordergrund stehen die Steigerung des Bewusstseins gegenüber potentiellen Gefahrenquellen in der Patientenbehandlung und die Erfassung möglicher Fehlerquellen – bevor tatsächlich ein Fehler passiert!

Das CIRPS-Vertrauensteam blickt auf ein ereignisreiches Jahr 2020 zurück. Personell gab es einige Änderungen. Durch die Elternkarenz der Qualitätsmanagerin Kathleen Kern kam im Juli 2020 ihre Vertretung Katrin Wittmann in das CIRPS-Vertrauensteam. Weiters unterstützen seit Herbst/Winter 2020 Bianca Brennteiner und Nadine Hauser das Team und bringen wertvolle Inputs aus dem Pflegebereich ein. Das CIRPS Vertrauens-team besteht somit aus sieben Personen:



*Christian Lettenbichler*



*Nadine Hauser, BA*



*Mag. Katrin Wittmann*



*Franziska Juffinger-Höck*



*Dr. Christian Bittner*



*Bianca Brennteiner*



*Margit Embacher*

## Workshop Dezember 2020

Um die neuen Vertrauensteam-Mitglieder auf die CIRPS-Arbeit vorzubereiten, den „alten“ Teammitgliedern neuen Input zu geben und die ganze Gruppe gut „zusammenzuschweißen“, wurde Anfang Dezember 2020 eine CIRPS-Klausur veranstaltet. Der erfahrene Qualitätsmanager und „CIRPSler“ Markus Bärnthaler, MSc aus dem UKH Graz brachte uns seine Erfahrungen der Meldungsbearbeitung mittels London-Protokoll und Tipps und Tricks aus seiner täglichen Praxis nahe.

Am Nachmittag beschloss das CIRPS-Vertrauens-Team seine zukünftige Zielsetzung, die Verortung des Teams und mögliche Synergien mit anderen Gruppen im RZ-Bereich (QM, Ideenwerkstatt, Feedbackmanagement ...). Außerdem wurden organisatorische Anpassungen besprochen: Franziska Juffinger-Höck

übernimmt die Funktion der CIRPS-Sprecherin. Sie sichtet eingelangte Meldungen zeitnah und kontaktiert die Melderin bzw. den Melder, um das Einlangen der Meldung zu bestätigen und weitergehende Informationen zu erfassen. Jeden ersten Dienstag im Monat werden die Meldungen dann vom CIRPS-Vertrauensteam in einer Sitzung gemeinsam bearbeitet und anstehende Aufgaben im Team verteilt.

## Meldungen 2020

Im Jahr 2020 nahm das CIRPS-Vertrauensteam zwölf Meldungen entgegen, davon fünf AUVA-Meldungen und sieben hausinterne Meldungen.

- Die sieben hausinternen Meldungen wurden alle elektronisch abgegeben. Eine Meldung war anonym, bei allen anderen Meldungen konnte das CIRPS-Vertrauensteam auf die meldende Person



zurückgreifen und Details persönlich klären. Zwei Meldungen sind noch in Bearbeitung.

- Drei AUVA-Meldungen wurden nicht bearbeitet, da sie für das RZ Häring nicht relevant waren. Die anderen beiden AUVA-Meldungen konnten als CIRPS-relevant eingestuft werden und wurden vom Vertrauenssteam bearbeitet.

Zwei der CIRPS-Meldungen waren 2020 Anlass für zwei Prozessänderungen und eine Strukturänderung im RZ Häring.

### Meldung 1: „Aufnahmemedikation“

Im Rahmen der Aufnahme kam es beim Übertrag der Medikamente zu einer Dosisverwechslung und somit zur Gefahr einer Überdosierung. Der Patient war jedoch aufmerksam und nahm das Medikament nur in der Dosis, die ihm bekannt war. Es entstand somit kein Schaden.

Lösung:

Es wurde eine zusätzliche Sicherheitsbarriere eingebaut. Der aufnehmende Arzt und eine Pflegeperson überprüfen gemeinsam den Übertrag bei Übergabe der Medikamentenverordnung auf dem Medikamentenblatt. Zusätzlich ergab sich ein weiterer Vorteil: nicht im Haus vorhandene Medikamente werden gleich auf ein wirkstoffgleiches umgeschrieben.

Die Evaluierung der Umsetzung ist für das 1. Quartal 2021 geplant

### Meldung 2: „Medikamentendispenser“

Medikamente für die Wochenendbeurlaubung von Patientinnen und Patienten werden in Papiersäckchen mitgegeben. Dies birgt ein erhöhtes Risiko für Fehler beim Richten der Medikamente (Unübersichtlichkeit, kompliziertes Handling) und Fehler bei der Einnahme der Medikamente zu Hause (Übersehen von kleinen/halben Tabletten im Säckchen).

Lösung:

Die Patienten bekommen einen Medikamentendispenser für Wochenendurlaube mit. Diesbezüglich wurde ein neuer Prozess erstellt und auf einer Station getestet. Nach Abschluss der Pilotierung kann der Prozess im RZ Häring 2021 ausgerollt werden.

## Teilnahme am Internationalen Patientensicherheitstag 2020

Die Aktionen zum Patientensicherheitstag bieten die Möglichkeit, die Sicherheitskultur positiv zu verändern. Das von der Plattform für Patientensicherheit ausgegebene Thema 2020 war „Patientensicherheit und COVID-19. Mit Resilienz Krisen meistern“.

Aufgrund der Pandemie wurde 2020 zur Sicherheit aller auf eine Veranstaltung verzichtet.

Da die Patientensicherheit im RZ Häring aber ein großes Anliegen ist, hat sich das CIRPS-Team dazu entschlossen, trotzdem in angepasster Form an der Aktion teilzunehmen:

Die Patientinnen und Patienten, Besucherinnen und Besucher sowie alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden mithilfe von Pocketkarten auf die Grundregeln zum Alltagsinfektionsschutz hingewiesen und auf hygienisches Verhalten sensibilisiert (Händehygiene, Mund-Nasenschutz, Abstandhalten, etc.). Außerdem wurden Desinfektionstücher verteilt; praktisch und hilfreich im Corona-Alltag.

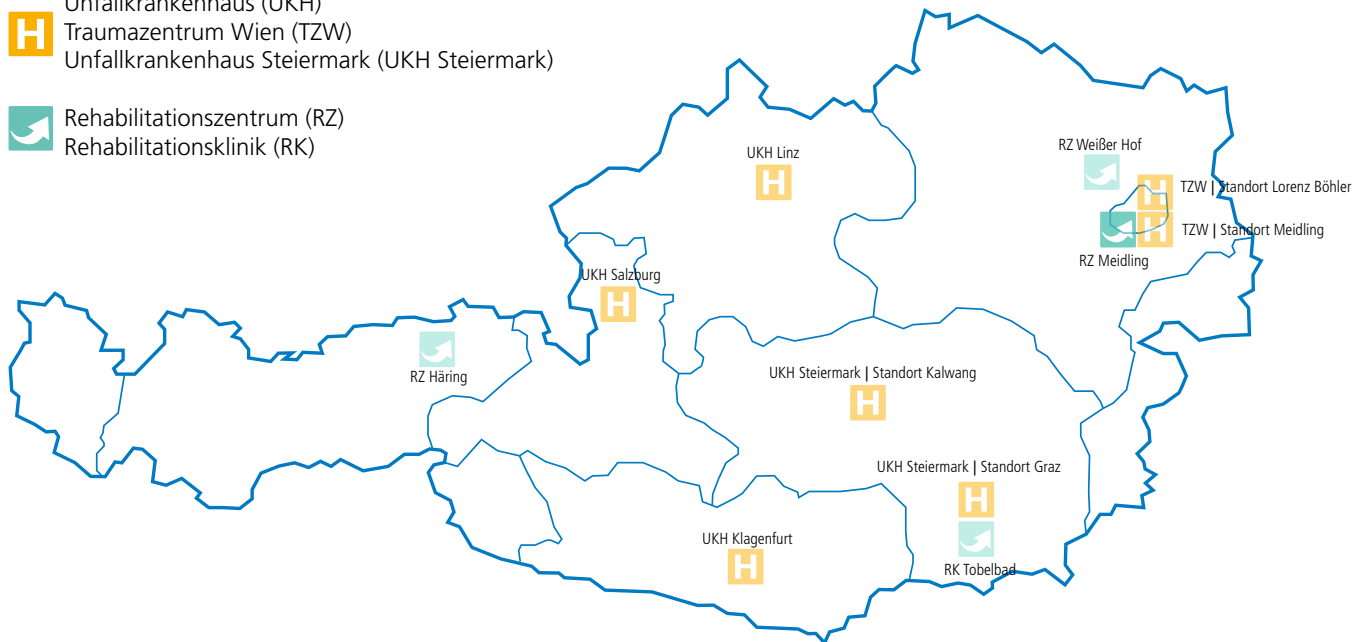


Zum Patientensicherheitstag am 17. September 2020 wurden Pocketcards verteilt.

## Unfallkrankenhäuser und Rehabilitationszentren

**H** Unfallkrankenhaus (UKH)  
 Traumazentrum Wien (TZW)  
 Unfallkrankenhaus Steiermark (UKH Steiermark)

**RZ** Rehabilitationszentrum (RZ)  
 Rehabilitationsklinik (RK)



<b>UKH</b>	AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark
	Standort Graz, Standort Kalwang
	AUVA-Unfallkrankenhaus Klagenfurt am Wörthersee
	AUVA-Unfallkrankenhaus Linz
	AUVA-Unfallkrankenhaus Salzburg
	AUVA-Traumazentrum Wien
	Standort Lorenz Böhler, Standort Meidling

<b>RZ</b>	AUVA-Rehabilitationszentrum Häring	
	<b>AUVA-Rehabilitationszentrum Wien Meidling</b>	
	<b>Köglergasse 2A</b>	52 Betten
	<b>1120 Wien</b>	8 tagesklinische Rehabilitationsplätze
	<b>Tel.: +43 5 93 93-55000</b>	40 ambulante Rehabilitationsplätze (ab Oktober 2020)
<b>Fax: + 43 5 93 93-55207</b>	259 stationäre Fälle	
E-Mail: <a href="mailto:RMV@auva.at">RMV@auva.at</a>   <a href="http://www.rzmeidling.at">www.rzmeidling.at</a>	110 Mitarbeitende	
AUVA-Rehabilitationsklinik Tobelbad		
AUVA-Rehabilitationszentrum Weißer Hof		

# AUVA-Rehabilitationszentrum Wien Meidling



<b>Kollegiale Führung</b>	<b>QSK-Mitglieder</b>	<b>CIRPS-Vertrauensteam</b>
<b>Ärztliche Leitung</b> Prim Dr. Karin Gstaltner  <b>Pflegedienstleitung</b> Brigitta Hasslauer-Grosskopf, MSc (bis 31. 8. 2020) Martin Benes, MSc (ab 1. 9. 2020)  <b>Verwaltungsleitung</b> Johannes Wald	Dr. Michaela Fally Dr. Helmut Leitner Peter Ungar Michaela Zmaritz-Kukla, BA Florian Zweckmayr	Dr. Angelika Haymerle-Kimla Peter Kranzler Michaela Zmaritz-Kukla, BA
		<b>Hygieneteam</b>  Bernhard Löffler Dr. Christoph Riedl

## PDCA-Übersicht

### V Therapiekoordination – Therapiehandbuch

Alle Therapien erfolgen koordiniert und berücksichtigen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten.

#### Plan Ziel und Indikator

	Ziel	Indikator
5	Alle Therapien erfolgen koordiniert und berücksichtigen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten	5.d Aktuelle Behandlungsschemata sind vorhanden.

Durch die Erstellung von Therapiehandbüchern im Bereich der ambulanten Rehabilitation/Abteilung 1 ist es gelungen, das rehabilitative Angebot der Abteilung standardisiert und nachvollziehbar für alle Indikationsgruppen darzustellen. Mit der Erstellung von Therapiehandbüchern an der Abteilung 2/SHT-Rehabilitation wurde begonnen, die Fertigstellung ist im Frühling 2021 geplant. Das Ziel ist eine strukturierte Therapieeinteilung, um den vorhandenen Behandlungszeitraum effizient und effektiv für die Patientin/den Patienten zu nutzen.

#### Do Umgesetzte Maßnahmen/vorhandene Dokumente

Abteilung Reha 1 –  
ambulante unfallchirurgische Rehabilitation:

- Therapiehandbuch Obere Extremität, Untere Extremität, Wirbelsäule, Hand, Elektrotherapie, Balneotherapie

Abteilung Reha 2

- Therapiehandbuch SHT-Rehabilitation (in Bearbeitung)

Die Therapieeinteilung erfolgt koordiniert nach einem vorgegebenen Procedere. Der erste Schritt in der ambulanten Rehabilitation ist die medizinische Voruntersuchung. Auf deren Basis erfolgt die Therapieeinteilung, angepasst an die Patientenbedürfnisse und entsprechend der Indikationsgruppen. Dies optimiert den Prozess der ambulanten Rehabilitation sowohl hinsichtlich der Patientenorientierung als auch des Personaleinsatzes bzw. des räumlichen Ressourcenmanagements. Die laufende Überprüfung und Adaptierung der Therapien erfolgt im Rahmen der wöchentlichen multidisziplinären Teambesprechung. Nach zwei Wochen wird eine ärztliche Kontrolluntersuchung durchgeführt. Mit der Abschlussuntersuchung bzw. -befundung wird der Therapieerfolg der ambulanten Rehabilitation abschließend evaluiert.



Physio-Gruppentherapie: Untere Extremität

**Check** Die Evaluierung der Therapiehandbücher erfolgt regelmäßig

**Act** Derzeit nicht notwendig

## QM-Aktivitäten 2020

Die Qualitätssicherungskommission besteht hinsichtlich ihrer Mitglieder in unveränderter Form. Bedingt durch die COVID-19 Pandemie wurden Arbeits-sitzungen 2020 stark eingeschränkt einberufen. Die zeitnahe Aktualisierung und Bereitstellung sämtlicher SARS-CoV-2-Dokumente zu Abläufen gemäß den jeweiligen gesetzlichen Vorgaben stellten 2020 einen großen Schwerpunkt dar.

Die Kollegiale Führung setzte eine lokale Arbeitsgruppe zum Thema Datenschutz ein und beauftragte diese mit der Erstellung der hausspezifischen Prozesse zum Datenschutz.



*Datenschutzgruppe*

fördern so Berufsgruppen-übergreifend eine gemeinsame „Sprache“ für die Beschreibung eines Gesundheitszustandes. Das verbessert neben der internen interdisziplinären Kommunikation und Zusammenarbeit zusätzlich auch die Übergabe an eine andere Einrichtung bzw. bei der Entlassung. Die Berücksichtigung von Personenzentrierung, Selbstbestimmung und Partizipation als wesentliche ethische Merkmale der ICF stärken so ein ganzheitliches Verständnis von Gesundheit/Krankheit. Mit der künftig angestrebten ergänzenden Klassifizierung nach ICF wird die Rehabilitationszielformulierung und somit auch die Evaluierung des Ergebnisses transparenter und nachvollziehbarer. Derzeit wird an den erforderlichen Prozessen gearbeitet.

## Hygiene

2020 gab es trotz der COVID-19-Pandemie sehr erfreuliche Neuigkeiten bzw. Veränderungen im Bereich der Hygiene im RZ Meidling.

Bernhard Löffler wurde mit Jahresbeginn 2020 als Hygienefachkraft (HFK) mit zehn Wochenstunden bestätigt. Das RZ Meidling gewinnt mit der Erarbeitung von speziellen Hygienevorgaben für das RZ mehr Autonomie für seine Klienten. Die Betreuung durch den Hygienebeauftragten Arzt des Traumazentrums Wien Standort Meidling wird in bewährter guter Kooperation fortgeführt.



*Hygienefachkraft Bernhard Löffler*

## Arbeitsgruppe ICF

Eine im Herbst 2020 eingesetzte multidisziplinäre Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit den Vorbereitungen der Implementierung der **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)** auf Abteilung 2 – Rehabilitation nach Schädel-Hirn-Trauma im RZ Meidling. Die ICF ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation, die Übersetzung lautet: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Mit der ICF können die bio-psycho-sozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst werden und

## Multiresistente Erreger (MRE)

In der Rehabilitation stellen MRE-Besiedelungen bzw. Infektionen zusammen mit den erforderlichen Hygiene- bzw. Isolierungsmaßnahmen oft eine große Herausforderung für die Betroffenen sowie für das gesamte Behandlungsteam dar. Partizipation und das Ausschöpfen der Therapiemöglichkeiten stehen oft im Widerstreit mit den erforderlichen Hygiene-maßnahmen. Dennoch steht die Vermeidung von Übertragungen bzw. Infektionen mit sogenannten „Krankenhauskeimen“ als essentielle Strategie in der Gesundheitsversorgung im Vordergrund. Aus diesem Grund wurden die bisherigen, nach Erregertyp unterschiedenen Vorgehensweisen, vollständig überarbeitet.

Das Ziel war, eine umfassende Richtlinie zu formulieren. Nicht das Unterscheidungsmerkmal Erregertyp steht im Vordergrund, sondern das Kriterium „Multiresistenter Erreger“. So wird ein gemeinsames Verständnis und Handeln auf Basis klarer Entscheidungen, berufsgruppenübergreifend und patientenorientiert, gewährleistet.

Hygienische Maßnahmen sind je nach Übertragungsweg klar zusammengefasst, die interne Kommunikation und die Übersicht bei der Keimsanierung wurde verbessert.

**Checkliste** Geltungsbereich: RMA, RMP  
**MRE-Maßnahmenübersicht**  
 Blattnummer: \_\_\_\_\_ Aufnahme am: \_\_\_\_\_  
 Zimmer: \_\_\_\_\_ PATIENTENETIKETTE \_\_\_\_\_ von:  Krankenhaus  Pflegeheim  zu Hause  Ausland  
 Entlassung/Transferierung am: \_\_\_\_\_  
 Keim: \_\_\_\_\_

Monat/Jahr	Tag																															
HZ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Antibiose*																																
Ocortidin																																
Eradikation																																
Abstrich																																
Z-Abstrich																																
Nase																																
Trach																																
Rektal																																
EST																																

\* bei laufender Antibiose keine Abstriche abnehmen - mit X kennzeichnen  
 Kulturergebnis: Der jeweils positive Abstrich wird Rot eingekreist!  
 Legende: A = Abstrich HZ = Handschützen P = Pause E = Eradikation

Checkliste MRE-Maßnahmenübersicht

Im Zuge dessen wurden auch die mikrobiologischen Screeningmodalitäten bei Aufnahme vereinheitlicht und eindeutig definiert. Die neue Screening-Systematik ermöglichte schon in zwei Fällen die Detektion von MRE, welche bei der bisherigen Vorgehensweise unentdeckt geblieben wären. Damit wird die Patientensicherheit deutlich erhöht.

Die gemeinsame Strategie funktioniert nur in enger Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen. Das Verständnis zum Thema Krankenhauskeime beeinflusst maßgeblich ihr Verhalten. Entscheidend ist, die richtige Handlungsweise zu erreichen und Ängste, die eventuell mit

**Checkliste** Geltungsbereich: RMA, HYG-Team  
**MRE-Checkliste von Patient**  
 Blatt Nr. \_\_\_\_\_  
 Abstrich/Kultur Befundeinlagen am: \_\_\_\_\_ Ergebnis \_\_\_\_\_

Besiedelung  Infektion

Z-Abstrich  
 Nase  
 Trachealsekret  
 Harn  
 Rektalabstrich  
 EST:  
 Wunde

Befundkonsequenz:  Sanierung lt. AA-MRE (CL-Maßnahmenblatt anlegen!)  
 Keimreduzierende Maßnahmen  
 Keine Maßnahmen

Hygienemaßnahmen aufgrund von:  Kontakt-Übertragung  Streu-Übertragung

Für Pflege / Medizin / Therapie / Zivildienler / Angehörige	Für Patient
<input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe + Einmalschürze	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer
<input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe + Schutzmantel	<input type="checkbox"/> Patient darf Zimmer nicht verlassen
<input type="checkbox"/> Mund-Nasen-Schutzmaske	<input type="checkbox"/> Therapie nur im Zimmer
<input type="checkbox"/> OP-Haube	<input type="checkbox"/> Patient muss Mund-Nasen-Schutzmaske außerhalb des Zimmers tragen
<input type="checkbox"/> Augenschutz (Schutzbrille/Visier)	<input type="checkbox"/> Patient darf an Therapien in den Bereichen teilnehmen
<input type="checkbox"/> Maßnahmen gelten für Angehörige gleichermaßen	<input type="checkbox"/> Patient trägt bei Transport Mund-Nasen-Schutzmaske
<b>ARZT (in Blockbuchstaben):</b>	<input type="checkbox"/> Patient darf in den Speisesaal
Datum und Unterschrift / HZ:	<input type="checkbox"/> Patient darf auf die Terrassen
Nächste Abstrich- bzw. Kulturkontrolle am:	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

HYG-Team: Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_

MRE – Patientenbezogen Checkliste

Rehabilitationszentrum Wien Meidling  
**Patienteninformation**  
**Informationsblatt Multiresistente Erreger (MRE)**

**Sehr geehrte Patientin! Sehr geehrter Patient!**


Nachstehend stellen wir Ihnen Informationen zum Thema „Multiresistente Erreger“ (MRE) zur Verfügung. Bei weiterführenden Fragen wenden Sie sich bitte an das ärztliche Personal oder eine Pflegeperson des Rehabilitationszentrums Meidling.

**1. Multiresistente Erreger (MRE)**  
 Bakterien können Mechanismen entwickeln, die die Wirksamkeit einzelner oder ganzer Gruppen von Antibiotika abschwächen oder aufheben (Resistenz). Multiresistente Bakterien sind in besonderem Maße unempfindlich (resistent) gegen Antibiotika, so dass die Auswahl deutlich eingeschränkt wird. In den meisten Fällen sind multiresistente Bakterien jedoch von sich aus nicht mehr krankheitsregend als „normale“ infektionsverursachende Bakterien.

**2. Besondere Maßnahmen in einer Gesundheitseinrichtung**  
 Patienten in einer Gesundheitseinrichtung sind aus vielerlei Gründen vermehrt gefährdet, Infektionen zu erhalten. Da eine Infektion mit MRE, insbesondere bei Schwerkranken, schwierig zu behandeln ist, muss alles getan werden, um die Ausbreitung dieser Bakterienstämme in einer Gesundheitseinrichtung zu verhindern. Daher sind hier besondere Maßnahmen sinnvoll und notwendig, um die Übertragung solcher Bakterienarten auf andere Patienten zu verhindern (sog. Isolierungsmaßnahmen und besondere Schutzmaßnahmen).

**3. Wichtige derzeit vorkommende multiresistenten Bakterien**  
**MRSA** steht für **M**ethicillin-**R**esistent **S**taphylococcus **a**ureus und bezeichnet ein Bakterium, Staphylococcus aureus, das gegen eine bestimmte Antibiotikagruppe (Methicillin) unempfindlich


MRE-Patienteninformationsblatt

Rehabilitationszentrum Wien Meidling 

**4. Wie desinfiziere ich meine Hände?**  
Geben Sie reichlich (zwei Hübe) Händedesinfektionsmittel aus dem Spender auf die trockenen Hände und verreiben Sie das Mittel, bis die Hände getrocknet sind.

**5. Wann soll ich meine Hände desinfizieren?**

- nach Niesen und Kontakt mit Mund-Nasenbereich
- unmittelbar vor Verlassen des Zimmers
- vor der Berührung gemeinschaftlich benutzter Utensilien und Geräte (z.B. Gymnastikmaterial)
- nach dem Toilettengang, vor und nach Manipulation an Harnableitungssystemen, Stomata, etc.



Die wichtigste und einfachste Maßnahme zur Vermeidung der Übertragung von Erregern ist die hygienische Händedesinfektion.

**6. Was soll ich als Angehöriger bei meinen Besuchen beachten?**

- Desinfizieren sie bitte vor Betreten des Zimmers sowie stets beim Verlassen des Zimmers ihre Hände.
- Setzen sie sich bitte nicht auf das Bett.
- Ziehen sie bitte die erforderliche Schutzkleidung an (sofern benötigt).
- Bitte wenden sie sich zur Einweisung in die erforderlichen Maßnahmen an das Pflegepersonal

**7. Welche Gefahren bestehen im häuslichen Bereich?**  
Im häuslichen Bereich kann eine Person, bei der ein MRE nachgewiesen wurde, ihr tägliches Leben mit den alltäglichen sozialen Kontakten so weiterführen, wie vor dem Nachweis des MRE. Für Gesunde, Schwangere und Kinder besteht in der Regel keine erhöhte Gefährdung durch den Umgang mit Ihnen bzw. Ihrem Angehörigen mit MRE-Nachweis. Sollten jedoch im Haushalt weitere Personen leben, die schwer bzw. chronisch krank sind (z.B. Kinder mit Leukämie, Tumorerkrankte, Personen mit offenen Wunden oder entzündlichen Hauterkrankungen), dann können bestimmte Hygienemaßnahmen (vor allem hygienische Händedesinfektion) angebracht sein, um eine Übertragung auf diese Personen zu verhindern.

MRE-Patienteninformationsblatt

„nach Hause“ genommen werden, zu vermeiden bzw. zu reduzieren. Mit dem Informationsblatt Multiresistente Erreger wird Verständnis und korrektes Verhalten veranschaulicht und Ängsten entgegen gewirkt. Selbstverständlich ist die direkte Kommunikation, das gute Gespräch, unerlässlich für den Erfolg.

## Weitere Aktivitäten im RZ Meidling

### Unfallchirurgische Rehabilitation im Rehabilitationszentrum Meidling

#### Stationäre unfallchirurgische Rehabilitation

Mit Jänner 2020 wurde das Rehabilitationsangebot im Rehabilitationszentrum Meidling mit der Abteilung 1 unfallchirurgische Rehabilitation erweitert. Das unfallchirurgische Angebot wird im Laufe der nächsten Jahre schrittweise ausgebaut. Darüber hinaus wird spezielle Schädel-Hirn-Trauma-Rehabilitation auf der Abteilung 2 in gewohnter Qualität weiterhin angeboten.

#### Ambulante unfallchirurgische Rehabilitation

Mit Oktober 2020 wurde das Rehabilitationsangebot der AUVA erstmals um ambulante posttraumatische

Rehabilitation ergänzt. Das Pilotprojekt „ambulante Reha“ wurde erfolgreich gestartet und bietet derzeit für AUVA-versicherte Patientinnen und Patienten nach Arbeitsunfall mit den Indikationen Monotrauma der unteren Extremität, der oberen Extremität inkl. Hand und der Wirbelsäule ambulante und ambulante-berufsbegleitende Rehabilitation an. Das Angebot ist inhaltlich dem stationären Rehabilitationsangebot exkl. Hotel- und Pflegekomponente gleichgestellt.



Balneo-Therapie: Narbenmassage



Ergo-Gruppentherapie: Arbeitsorientiertes Training



Physio-Einzeltherapie: Mobilisation



Ergo-Einzeltherapie:  
Dynamische Finger-  
Beugeschiene

Für die kommenden Jahre ist der schrittweise Ausbau der Indikationen für die ambulante unfallchirurgische Rehabilitation geplant.

### **Kooperation RZ Meidling – TZW Standort Meidling, Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin**

In enger Kooperation der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin im TZW mit dem Rehabilitationszentrum Meidling wurde im 2. Quartal 2020 ein „Frührehabitationsbett“ im Intermediate Care Unit (IMCU) des TZW eingerichtet. Dieses steht Patientinnen bzw. Patienten mit Arbeitsunfall nach Erstversorgung in anderen Krankenhäusern zur Verfügung. So ist es möglich, Patientinnen und Patienten nach Arbeitsunfällen bereits frühzeitig noch während des Aufenthaltes auf die Intensivstation im TZW Standort Meidling zu übernehmen und ein umfassendes Rehabilitationsprogramm durch ein darauf spezialisiertes Team zur Verfügung zu stellen.

### **Kooperation ambulante Rehabilitation RZ Meidling – TZW Standort Meidling, Handambulanz**

Durch die vereinbarte Kooperation der beiden Gesundheitseinrichtungen kann seit Oktober 2020 nach Zuweisung durch die Handambulanz des TZW Standort Meidling bereits frühzeitig Ergotherapie für Patientinnen und Patienten mit komplexen Handverletzungen angeboten werden.

### **Praxisanleitung in der Pflege**

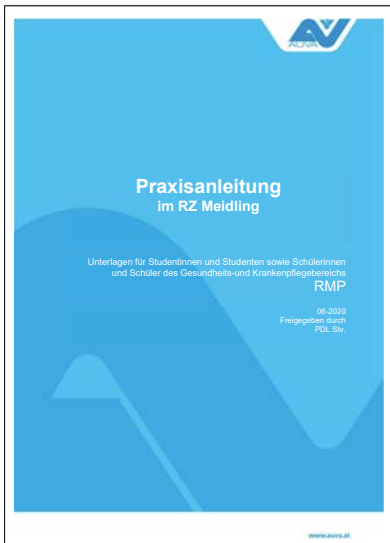
#### **Abteilung Reha 2 – Rehabilitation nach Schädel-Hirn-Trauma**

#### **Auszubildende von heute sind die Fachkräfte von morgen!**

Um die Studierenden auf ihr Berufsleben gut vorzubereiten, ist eine professionelle Praxisanleitung von großer Bedeutung. In der Zeit der praktischen Ausbildung erhalten die Auszubildenden im Rahmen der Praxisanleitung die Möglichkeit, sich für die Anforderungen ihrer zukünftigen Tätigkeit vorzubereiten. Die Praxisanleiterin bzw. der Praxisanleiter steht ihnen für Fragen, Wünsche oder bei auftretenden Schwierigkeiten zur Verfügung.

Auf der Abteilung Reha 2 fungieren DGKP Stefanie Kornek und DGKP David Schitter als Bindeglied zwischen Praktikumsstelle und Fachhochschule. Durchschnittlich absolvieren vier Studierende gleichzeitig ihr Praktikum im RZ Meidling. Das gesamte Pflegeteam bringt den Auszubildenden den ganzheitlichen rehabilitativen Ansatz der Betreuung nach Schädel-Hirn-Trauma nahe. Die Grundpflege umfasst alle Aktivitäten des täglichen Lebens. Im Rahmen von Anleitungssequenzen und bei der täglichen Routinearbeit erhalten die Studierenden einen Einblick in die pflegerischen Tätigkeiten in der Reha 2. Ausbildungsschwerpunkte beinhalten sowohl Kinaesthetics, Basale Stimulation®, Aromapflege als auch Informationen zur Hygiene. Zusätzlich erhalten die Auszubildenden die Möglichkeit, Therapien





*Handbuch Praxisanleitung*

und Diagnostik in unserem interdisziplinären Team kennenzulernen.

Die Studentinnen und Studenten dokumentieren ihre Arbeit in ihrem jeweiligen Tätigkeitskatalog und erhalten dadurch einen Nachweis über ihren Ausbildungsstand. Begleitet wird das Praktikum durch laufende Gespräche. Das Erst-, Zwischen-

und Endgespräch ist ein essentieller Bestandteil der professionellen Praxisanleitung.

## QM-Ausblick 2021

Für 2021 ist die Aktualisierung der Kernprozesse Aufnahme, Entlassung, Diagnostik, Therapieverordnung bzw. -koordination der AUVA-QM-Landkarte, sowie die Implementierung der ICF auf der Abteilung 2 – Schädel-Hirn-Rehabilitation geplant.

## Jahresbericht CIRPS 2020

Das CIRPS-Vertrauensteam erhielt 2020 zwei haus-eigene und fünf AUVA-Meldungen. Zwei dieser AUVA-Meldungen waren für das RZ Meidling relevant und wurden vertieft überarbeitet. Beide betrafen die Kategorie „Produkt“.

Die eine Meldung hatte Einmalinsulin-Spritzen und das Problem der zu großen Einheitenskalierung für allfällige Zusatzgaben von schnellwirksamen Insulin zum Thema.

Die aktuelle Vorgehensweise im RZ Meidling besteht bereits in der standardisierten Verwendung von Insulin-Pens im Rahmen der Dauertherapie und stellt somit die Patientensicherheit sicher. Für allfällige zusätzliche Gaben von z.B. Actrapid® sind die vorhandenen Einmalspritzen bei geringer Einheitenzahl suboptimal. Als Folgemaßnahme wurde die grundsätzliche Anschaffung von neuen „Pens“ für diesen Fall seitens der Kollegialen Führung beschlossen.

Die Einmal-Pens werden Patienten-bezogen verwendet. Um dies sicherzustellen, werden diese mittels Patientenetikett inkl. Anbruchdatum gekennzeichnet und bei Entlassung der Patientin bzw. des Patienten verworfen.

Die zweite Meldung betraf die Existenz einer Vorgehensweise bei Auftreten eines fehlerhaften Medizinproduktes. Hier wurde seitens der Kollegialen Führung eine AUVA-weite Lösung präferiert. So wurde im Rahmen der Steuerungsgruppe-CIRPS dieses Thema gemeinsam diskutiert und die Gruppe einigte sich auf den Meldeprozess des UKH Linz als Ausgangsbasis. Dieser ist einrichtungsspezifisch anzupassen. Im RZ Meidling hat das CIRPS-Vertrauensteam das Thema bearbeitet und eine Handlungsleitlinie „Meldung von Fehlfunktionen, Qualitätsmängel oder Nebenwirkungen von Medizinprodukten“ erarbeitet. Die Bereitstellung des Meldeformulars bzw. des Links zum Online-Meldeformular des Bundesamts für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG) wird am RZ-Info-Portal sichergestellt.

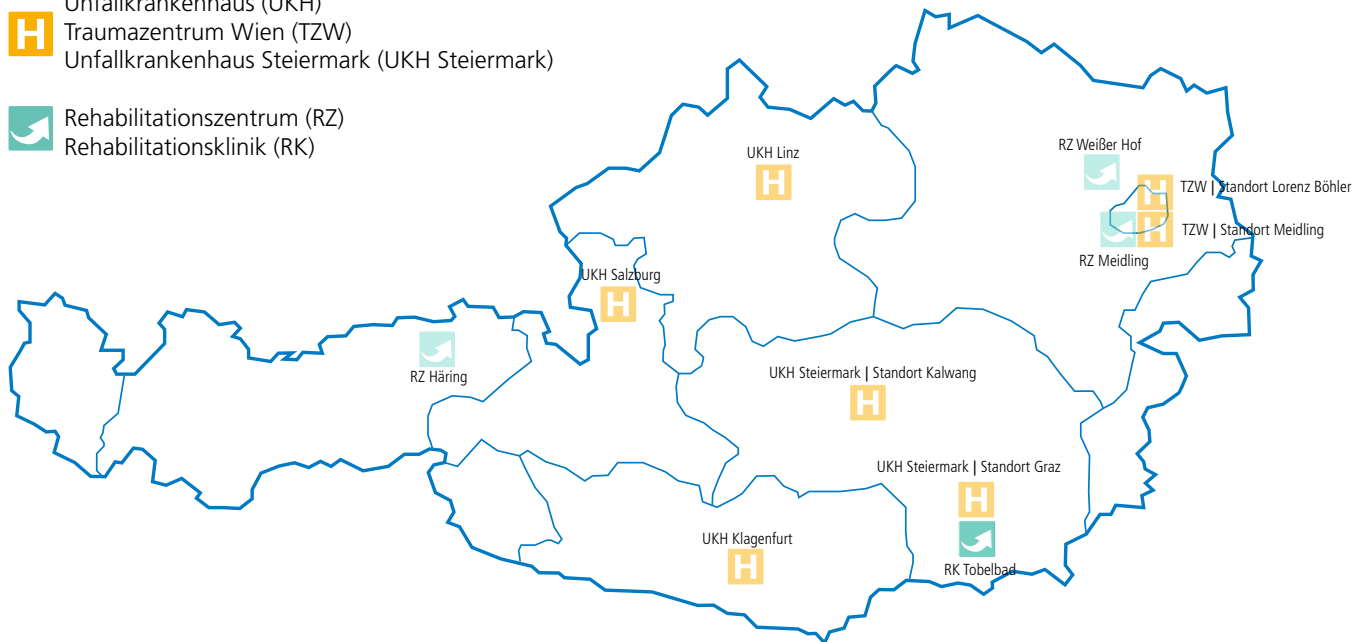
**Vorträge 2020** In der nachfolgenden Tabelle werden die im Jahr 2020 gehaltenen Vorträge dargestellt.

Vorträge im RZ Meidling 2020		
Titel	Veranstaltung	Vortragende
Klinische Neurowissenschaften und Präventionsmedizin	Donauuniversität Krems	Murg-Argeny M
Neurogene Dysphagie	RZ Meidling	Haymerle-Kimla A
Autoimmunencephalitis	RZ Meidling	Hoffmann-Wissenwasser I
Einblick in das Thema Awareness aus der Perspektive der handlungsorientierten Diagnostik und Therapie	TZW Meidling	Waldbauer M
Differentialdiagnosen bei Wirbelsäulenverletzungen	RZ Meidling	Wohlgenannt V

## Unfallkrankenhäuser und Rehabilitationszentren

**H** Unfallkrankenhaus (UKH)  
 Traumazentrum Wien (TZW)  
 Unfallkrankenhaus Steiermark (UKH Steiermark)

**RZ** Rehabilitationszentrum (RZ)  
 Rehabilitationsklinik (RK)



<b>UKH</b>	AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark
	Standort Graz, Standort Kalwang
	AUVA-Unfallkrankenhaus Klagenfurt am Wörthersee
	AUVA-Unfallkrankenhaus Linz
	AUVA-Unfallkrankenhaus Salzburg
	AUVA-Traumazentrum Wien
	Standort Lorenz Böhler, Standort Meidling

<b>RK</b>	AUVA-Rehabilitationszentrum Häring	
	AUVA-Rehabilitationszentrum Wien Meidling	
	<b>AUVA-Rehabilitationsklinik Tobelbad</b>	
	<b>Dr.-Georg-Neubauer-Straße 6</b> <b>8144 Tobelbad</b> <b>Tel.: +43 5 93 93-53000</b>	202 Betten 1.394 stationäre Fälle 213 ambulante Fälle 322 Mitarbeitende
	E-Mail: <a href="mailto:RTV@auva.at">RTV@auva.at</a>   <a href="http://www.rktobelbad.at">www.rktobelbad.at</a>	
	AUVA-Rehabilitationszentrum Weißer Hof	

# AUVA-Rehabilitationsklinik Tobelbad



Kollegiale Führung	QSK-Mitglieder	CIRPS-Vertrauensteam
<p><b>Ärztliche Leitung</b> Prim UnivProf Dr. Renate Wildburger</p> <p><b>Ärztliche Leitung der Abteilung für Berufskrankheiten und Arbeitsmedizin</b> Prim Dr. Barbara Machan</p> <p><b>Pflegedienstleitung</b> Michael Pichler, MSc</p> <p><b>Verwaltungsleitung</b> Gerald Schlemmer, MAS</p>	<p>Alexandra Braunegg Ulrike Dokter, BA MA Manuela Grill Eva-Maria Hacker Georg Halbwirth Dietmar Kohlhofer, BSc Bernhard Kvas Mandy Meurer Marianne Posch, BA MA Günter Sommerauer Dr. Angelika Steinort Dr. Gabriela Wittgruber</p>	<p>Ulrike Dokter, BA MA Dietmar Kohlhofer, BSc Bernhard Kvas Gudrun Maier Marianne Posch, BA MA Dr. Susanne Strobl Orestis Tsaklidis</p> <p><b>Hygieneteam</b></p> <p>Elke Rausch Dr. Klaus Vander (extern)</p>

## PDCA-Übersicht

### D Hygiene

D1 Das Auftreten von hygienerelevanten Komplikationen wird minimiert.

#### Plan Ziel und Indikator

Ziel		Indikator	
D1.1.a	Ein Hygienemanagement ist etabliert und deren Agenden sind definiert.	D1.1.a	Aktuelle Geschäftsordnung für das Hygieneteam ist vorhanden.
D1.2	Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kennen die Hygienerichtlinien	D1.2.a	Anteil der geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

#### Do Umgesetzte Maßnahmen/vorhandene Dokumente

**D1.1.a** --> Geschäftsordnung Hygiene ist für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Dokumentenleitsystem, in der jeweils aktuellsten Version, verfügbar.

**D1.2.a** --> Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die neu eintreten, werden von der Hygienefachkraft geschult. Alle aktuellen Dokumente liegen jeweils im Dokumentenleitsystem auf.

Verantwortlich für den Inhalt und die regelmäßige Evaluierung ist die Hygienefachkraft in Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanagement.

#### Check Ergebnisse des letzten Checks und Datum für den nächsten Check

D1.1.a	Die Geschäftsordnung Hygiene ist in der aktuellsten Version- (erstellt im Juli 2019 – gültig bis Dezember 2020) vorhanden.	Jänner 2021
D1.2.a	100 Prozent aller neu eingetretenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurden im Jahr 2020 geschult. Ihnen wurden alle relevanten Hygienerichtlinien zur Kenntnis gebracht.	Jänner 2021

#### Act Abgeleitete Maßnahmen aus den Ergebnissen

- Das Ergebnis ist sehr zufriedenstellend. Für die kommende Evaluierung streben wir wieder ein derart gutes Ergebnis (D1.2.a > 95 Prozent) an
- Die Geschäftsordnung wird Anfang Jänner 2021 überarbeitet und unter anderem um die Hygienebeauftragte Ärztin ergänzt
- Es wird überlegt, ein zusätzliches Ziel hinzuzufügen

## Bericht der QSK

Im Jahr 2020 haben sich innerhalb der Qualitätssicherungskommission keine personellen Änderungen ergeben. Die Zusammenarbeit war im letzten Jahr, aufgrund der Situation, eher schwierig. Einige Personen befanden sich im Mobile Office oder waren nicht immer in der RK Tobelbad. Auf diesem Weg bedankt sich das Qualitätsmanagerinnen-Team bei allen Mitgliedern der QSK und hofft, dass wir im Jahr

2021 gemeinsam wieder einiges bewegen und das Qualitätsmanagement vorantreiben können.

Im vergangenen Jahr wurde deutlich, dass der Fokus auf die Optimierung der Prozesse gelegt werden muss, was auch im kommenden Jahr durch die Bearbeitung der dafür notwendigen QM-Anforderungen intensiviert wird.



Die Qualitätssicherungskommission der RK Tobelbad

## QM-Aktivitäten 2020

- IPS-Auszeichnung der RK Tobelbad durch die Initiative Patientensicherheit Steiermark
- Befüllen der neuen AUVA QM-Landkarte mit den aktuellen Daten
- Laufende Aktualisierung des Dokumentenleitsystems (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Funktionen anlegen/verwalten, Dokumente laut CD layouts und einpflegen)
- Mitarbeit in bereits definierten und auch neuen Projektteams, teilweise zur Moderation

beziehungsweise zur Projektunterstützung und Organisation

- ◆ Organisatorische Unterstützung bei der Planung von Fachtagungen und Projekten aus verschiedenen Bereichen
- Laufende Aktualisierung der Organigramme (Verwaltung, Pflege, Medizin/Experten)
- Willkommensmappe für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter laufend aktualisieren

- Patienteninformationsmappe (Komplettüberarbeitung in Planung)
- Mitarbeit im CIRPS Vertrauensteam – Schnittstelle Risikomanagement und Qualitätsmanagement
- Erfassung, Bearbeitung und Evaluierung von Feedbackmeldungen
- Wartung des innerbetrieblichen Vorschlagswesens
- Erstellung von SOPs, Prozessen und Arbeitsabläufen
- Erstellung des Beitrags für den vorliegenden Qualitätsbericht
- Koordinierung der Qualitätssicherungskommission
- Weiterbetreuung und -entwicklung der Strategie der IPS zum Thema Patientensicherheit und Risikomanagement
- COVID-19: Unterstützung der Hygienefachkraft
  - ◆ Erstellung und laufende Aktualisierung von Informationsblättern, Regelungen, Prozessen, Formularen
  - ◆ Betreuung des COVID-19-Icons zur Information der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
  - ◆ Mitwirkung und Protokollierung bei Besprechungen

## Weitere Aktivitäten in der RK Tobelbad

### Hygienebeauftragte Ärztin in Tobelbad

#### Bericht von DDr. Renate Krassnig

Im Jahr 2020 habe ich mit der Ausbildung zur Hygienebeauftragten Ärztin begonnen. Die Kollegiale Führung hat mich, neben unserer Hygienefachkraft Elke Rausch, BScN, von Beginn an in relevante Geschehnisse mit einbezogen, sodass ich die Abläufe und Gebräuche des Hauses wohldosiert kennenlernen durfte. Die Ausbildung werde ich im Frühjahr 2022 abgeschlossen haben und freue mich auf meine kommenden Aufgaben in der Rehabilitationsklinik Tobelbad.

Seit 2020 Oberärztin an der AUVA RK Tobelbad (Abteilung Querschnitt)

2009 Promotion zur Dr. scient.med (PhD-Äquivalent an der medizinischen Universität Graz)



DDr. Renate Krassnig

2006 Projektmitarbeit am Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin

2004 Promotion zur Dr. med. univ. an der medizinischen Universität Graz

### FEES – Flexible Endoskopische Evaluation des Schluckens

Seit Oktober 2020 können in der Rehabilitationsklinik Tobelbad Schluckuntersuchungen (FEES) durchgeführt werden. Bei dieser Untersuchung handelt es sich um eine indirekte Laryngoskopie mit flexibler Optik, die transnasal durchgeführt wird. Ziel ist die Beobachtung des Rachens und des Kehlkopfes zunächst in Ruhe und anschließend bei Schluckversuchen mit verschiedenen Konsistenzen (breiig, flüssig, fest). Das Hauptaugenmerk liegt auf der Beurteilung und Einschätzung von Penetration und Aspiration (Eindringen von Nahrung oder Flüssigkeit in die Luftwege). Vor allem die sogenannte stille Aspiration ist von außen nicht zu beurteilen und kann nur im Rahmen einer objektiven Schluckuntersuchung festgestellt werden. Mithilfe dieser Untersuchung kann somit eine genaue Einschätzung des Aspirationsrisikos und die sofortige Anpassung der Kostform bzw. der therapeutischen Interventionen erfolgen. Vor allem für die logopädische Therapie stellt diese Untersuchung mittlerweile den Goldstandard der objektiven Diagnostik dar.

Durchgeführt wird die FEES von Dr. Rudolf Danninger, Facharzt für HNO, mit Unterstützung der Logopädie und des OP-Pflegeteams.

Dr. Rudolf Danninger ist seit mehr als 25 Jahren Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten, seit mehr als 15 Jahren betreibt er eine eigene Kassenordination in Kalsdorf bei Graz. Nach der Facharztausbildung an der Univ. HNO Klinik am LKH Graz war er zehn Jahre als Oberarzt im Krankenhaus der Elisabethinen in Graz tätig. Neben seiner Arbeit als Kopf-Hals-Chirurg sammelte er umfangreiche Kenntnisse in der Kopf-Hals-Sonographie, die er in zahlreichen Kursen weitergab.



Dr. Rudolf Danninger

Als vertretender Konsiliararzt im LKH Graz II Standort Süd und in der Privatklinik Laßnitzhöhe für orthopädische und neurologische Rehabilitation sammelte er weitreichende Erfahrungen in der Durchführung und Beurteilung von Schluckstörungen, die für die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Schluckproblemen in der AUVA-Rehabilitationsklinik in Tobelbad von besonderer Bedeutung sind.

## Exoprothetik der oberen Extremität in der Rehabilitation – ein Update

In der Ergotherapie stehen die Handlungsfähigkeit und persönliche Ziele im Vordergrund, abgestimmt auf die Alltags-, Freizeit- und Arbeitssituation der Patientin und des Patienten. Die Phasen der Rehabilitation nach Amputation an der oberen Extremität umfassen dabei sequentiell die Nachsorge und das Leben mit sowie ohne Prothese.

Zu Beginn werden im Rahmen der Nachsorge die Stumpfverhältnisse befundet und je nach Ödem, Narbe, Berührungsempfindung, Schmerz, Phantomschmerz, vegetativen Symptomen und Durchblutung Maßnahmen initiiert. Zudem werden angrenzende Gelenke zur Prophylaxe von Kontrakturen mobilisiert und gedehnt sowie bereits bestehende Kontrakturen mittels statischen oder dynamischen Schienen korrigiert. Auch die Kräftigung der Muskulatur trägt dazu bei, einen belastungsfähigen, kräftigen und sensiblen Stumpf auszubilden. Die entstandene Wahrnehmungsveränderung durch den Verlust eines Körperteiles an der oberen Extremität wird in der Therapie thematisiert.

Mit zunehmender Belastbarkeit des Stumpfes und Akzeptanz der Amputation erfolgt die Integration des Alltages in die Therapie: Trainieren von Alltagstätigkeiten wie z. B. Kochen, Erarbeitung von Kompensationsstrategien, Erprobung von Hilfsmitteln und Einsatz des Stumpfes selbst. Parallel dazu beginnt der Prozess der Prothesenanpassung: Entsprechend der Richtlinie „Rehabilitation nach Amputation“ startet die Versorgung mit einer passiven Arbeitsprothese mit Stumpfwerkzeugen. Bei bestehender Indikation folgt eine Austestung, ob für eine myoelektrische Versorgung nutzbare Muskelsignale vorhanden sind. Nachdem die Orthopädietechniker die Signalfindung abgeschlossen

haben, beginnt in der Ergotherapie das Myotraining, um ein gezieltes Ansteuern der Prothese durch Muskelkontraktionen zu forcieren.



*Trainieren von Haushaltstätigkeiten*

Anschließend erfolgt das spezifische Prothesentraining, hier am Beispiel der TASKA®-Hand (siehe Fotos). Im Fokus stehen somit selbstständiges An- und Ablegen der Prothese, gezielte Greifübungen und der Einsatz im Alltag sowie in der Arbeit.



*Trainieren wichtiger Bewegungsabläufe*



*Übung mit der Prothese*

Mit einem standardisierten Verfahren, dem ACMC („Assessment of Capacity for Myoelectric Control“),

wird bei myoelektrischen Prothesen die Fähigkeit, die Prothese im Alltag einzusetzen, objektiv festgestellt.

### Beispiele für neue Versorgungsmöglichkeiten:

#### Naked Prosthetics

Die Produktvielfalt der Naked Prosthetics bezieht sich auf besonders leistungsstarke, einzeln bewegbare Teilfingerprothesen, die nach Amputation einzelner Fingerglieder eingesetzt und individuell je nach Amputationshöhe angefertigt werden. Gesteuert wird die Prothese mittels körpergetriebener Mechanismen über intakte angrenzende Gelenke. Einzigartig an dieser Eigenkraftprothese sind deren hohe mechanische Widerstandsfähigkeit und ausgesprochen hohe Griffkraft. Diese Charakteristika ermöglichen bevorzugt den Einsatz in handwerklichen Berufen wie zum Beispiel Tischler oder Maurer.

#### TASKA®-Hand

Auch die TASKA®-Hand zeichnet sich durch ihre erhöhte Griffkraft und ihre mechanische



*Berufsrelevante Übungen mit der Prothese*

Widerstandsfähigkeit auch gegen Wasser bis auf Handgelenkshöhe aus. Sie ist somit die weltweit erste wasserdichte, myoelektrische und multiartikulierende Hand, welche durch ihre robuste Konstruktion den Anforderungen des täglichen Lebens Stand hält.

#### Quellenangabe:

Naked Prosthetics, Download vom 20.01.2021  
von <https://www.npdevices.com/>  
TASKA Prosthetics, Download vom 20.01.2021  
von <https://www.taskaprosthetics.com/>

## QM-Ausblick 2021

- Weitere Bearbeitung und Befüllung der AUVA-QM-Landkarte
- Verstärkte Zusammenarbeit mit der Qualitätssicherungskommission
- Reporting ad IPS – Zusammenarbeit von QM, CIRPS und mit der Plattform Patientensicherheit
- Implementierung des „Notfall- und Katastrophenplans“ online mittels Icon am Desktop
- Aktualisierung und Evaluierung des QM-Handbuchs und der weiteren vorhandenen Handbücher aus den verschiedenen Bereichen
- Unterstützende Mitwirkung in und Moderation von Projektgruppen
- Verstärkte Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe Qualitätsmanagement und den Qualitäts-

managerinnen und Qualitätsmanagern der medizinischen Einrichtungen der AUVA, um die Qualitätsarbeit weiter voranzutreiben und Synergien zu nutzen

- Vernetzung mit anderen Einrichtungen
- AUVA PatientInnenbefragung → Planung, Überarbeitung der Fragebögen und Durchführung
- Planung und Erstellung einer umfassenden Informationsbroschüre über das gesamte Haus

## Jahresbericht CIRPS 2020

Im Jahr 2020 gingen in der RK Tobelbad elf CIRPS-Meldungen ein, davon waren insgesamt sechs bearbeitbar.



Ein wichtiges Ereignis und ein großer Schritt für das CIRPS-Vertrauensteam war die erfolgreiche Zertifizierung nach den Richtlinien der IPS (Initiative Patientensicherheit Steiermark). Das Review wurde, trotz der erschwerten Bedingungen infolge der COVID-19 Pandemie, durchgeführt. Durch den besonderen Einsatz von CIRPS-Sprecher Orestis Tsaklidis in Zusammenarbeit mit Qualitätsmanagerin Marianne Posch, BA MA und dem gesamten CIRPS-Vertrauensteam konnte die IPS-Auszeichnung an die Rehabilitation Tobelbad vergeben werden.

Einmalspritze ist bis 100 Insulin Einheiten (IE) angegeben. Die Einteilung in Zehnerschritte bzw. die Zweierunterteilung sind unübersichtlich. Durch die ungenaue Einteilung bzw. die Möglichkeit, Insulin in einer hohen Dosis zu verabreichen, kann es zu einer falschen Dosierung kommen. Durch den Kolben ist auch die Skalierung nur sehr schwer zu erkennen.

**Berufsgruppe**

*Pflege*

**Bearbeitung**

*Beschreibung:*

Nach Rücksprache mit dem Meldenden gibt es mehrere Probleme:

- Es kommt sehr selten vor, dass Einmal-Insulin verabreicht werden muss – die Handhabung mit der Spritze ist daher nicht so geläufig
- Die Dosis wird in Insulin Einheiten (IE) angegeben und liegt meist zwischen 5 und 10 – also ein sehr geringer Wert für diese Spritze
- Die Skalierung der Spritze ist ungenau, da eine Linie für zwei Einheiten zählt
- Wenn man das Insulin in der Spritze dosiert, sieht man die Linien der Einheiten, aber nicht die ganze Zahl (10, 20, 30 ...)



*IPS-Auszeichnung*



*Insulinspritze alt*



*Insulinspritze alt mit unvorteilhafter Skalierung*

**CIRPS-Beispielmeldung**

**Datum**

*Juli 2020*

**Meldung (anonymisiert)**

Verabreichung einer nicht korrekten Insulindosis mit einer Einmalspritze für Insulin. Skalierung der

Es wurde im Medikamentendepot des Hauses nachgefragt, welche Modelle im Haus zur Verfügung stehen.

**Ergebnis:** Es gibt nur das verwendete Modell (siehe Foto 1 und 2). Generell wird die Insulinspritze nur selten benötigt.

- Eine Pflegeperson setzte sich mit dem Medikamentendepot in Verbindung, um mögliche andere Einmalspritzen zu finden, die dann bestellt werden. Alle alten Einmal-Insulinspritzen sollen dann entsorgt werden

#### Dauer

*Bearbeitung:*

Bis zur endgültigen Lösung dauerte die Bearbeitung drei Monate

#### Ergebnis

*Lösung für Problem:*

- Neue, übersichtliche Einmalspritzen mit geringerer Füllmenge wurden bestellt (pro Einheit eine Markierung)
- Alte Spritzen wurden entsorgt
- Im Routinebetrieb wird nun jedoch ein Pen verwendet – die neuen Spritzen dienen lediglich als Ersatz (Oktober 2020)



*Insulinspritze neu*



*Insulinspritze neu mit eindeutiger Skalierung*

#### Kosten – Aufwand

*Gesamt:*

Es waren zwei Sitzungen des Vertrauenssteams und zwei Besprechungen mit der Kollegialen Führung notwendig. Der Zeitaufwand betrug insgesamt ca. zwei Stunden.

*Kosten:*

Die alten Spritzen kosteten pro Stück 10 Cent, die neuen kosten 47 Cent.

#### Hindernisse, besondere Herausforderungen:

- Evaluierung, welche Spritzen im Haus in Verwendung sind
- Dauer der Rückmeldung des Lieferanten der Spritzen
- Entscheidung, welche neuen Spritzen angekauft werden sollen (Kostenfrage)

## Publikationen und Vorträge 2020

In den nachfolgenden Tabelle werden die im Jahr 2020 veröffentlichten Publikationen und gehaltenen Vorträge dargestellt.

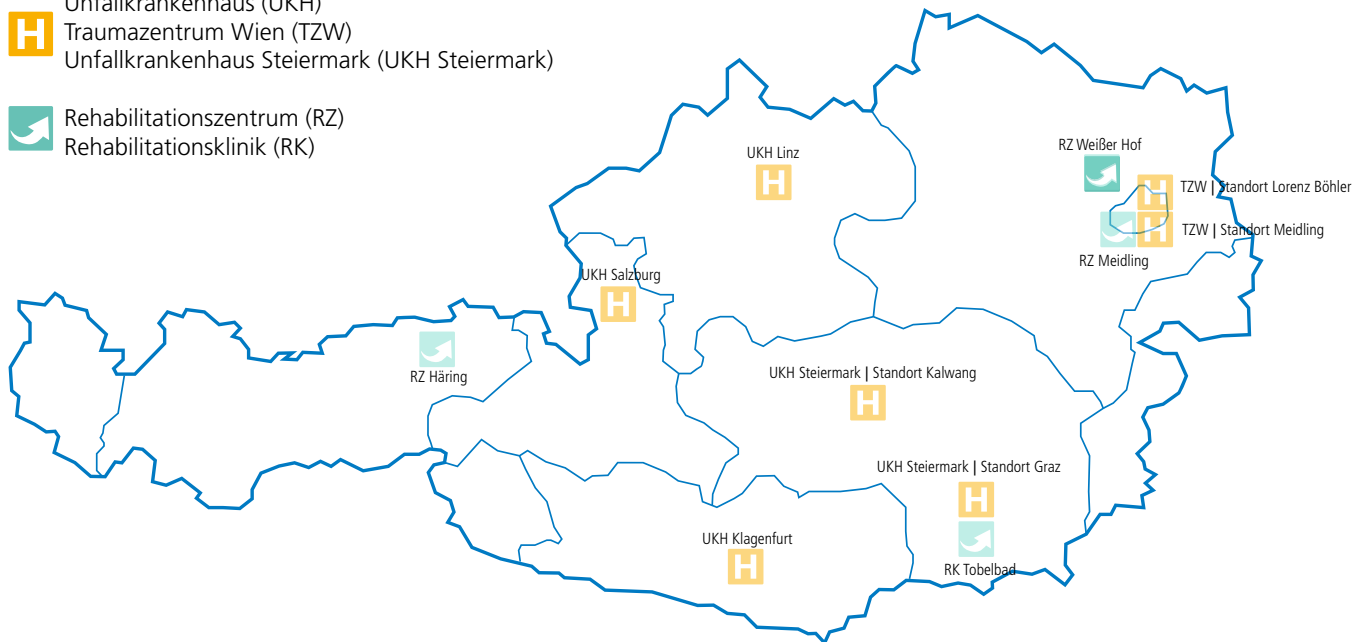
Publikationen in RK Tobelbad 2020		
Titel	Journal	Autorinnen/Autoren
SI-Screw Fixation: Computer aided study prevent unguided missile	ECTES Abstract 2020.	<b>Krassnig R</b>
Optimale Schraubenpositionierung bei C1 Frakturen – eine 3D Analyse	56. ÖGU Jahrestagung der ÖGU & 1. Jahrestagung der ÖGOuT – Poster	<b>Krassnig R</b>
Secondary Sclerosing Cholangitis in Critically Ill Patients Alters the Gut-Liver Axis: A Case Control Study	Nutrients. 2020 Sep 7	Blesl A, Jüngst C, Lammert F, Fauler G, Rainer F, Leber B, Feldbacher N, <b>Stromberger S</b> , <b>Wildburger R</b> , Spindelböck W, Fickert P, Horvath A, Stadlbauer V
Körperbild im Kontext von Amputation und Prothetik	Orthopädie Technik 07/20	<b>Lesky J</b>
Prevention of thromboembolism in spinal cord injury – S1 guideline	Neurological Research and Practice 2, 2020	Weidner N, Müller O J., Hach-Wunderle V, Schwerdtfeger K, Krauspe R, Pauschert R, Waydhas C, Baumberger M, Göggelmann C, <b>Wittgruber G</b> , <b>Wildburger R</b> , Marcus O
Morphological side differences of the hemipelvis	J ANAT Soc INDIA. 2020 69(\$): 201-206.	<b>Krassnig R</b>
Success Rate in Puncture of the Temporomandibular Joint	Clinical Anatomy; 2020 Jul;33(5): 683-688	Hohenberger G M, <b>Schwarz A M</b> , Grechenig P, Grechenig C, <b>Krassnig R</b> , Weiglein A H, Feigl G C
The Important Relationship Between the Radial Artery's Course and the Radius during Henry's Anterior Forearm Surgical Exposure	Clinical Anatomy; 2020 Oct;33(7): 983-987	<b>Krassnig R</b> , Hohenberger G M, <b>Schwarz A M</b> , Maier M J, Eibinger N, Grechenig P, Weiglein A H

Vorträge in RK Tobelbad 2020		
Titel	Journal	Vortragende
Tetraplegia sub C6 AIS A of unknown origin	38th Annual International Symposium: Clinical Update in Anesthesiology, Surgery and Perioperative Medicine, Jänner 2020, St. Kitts, West Indies.	<b>Krassnig R</b> , <b>Schwarz A M</b> , <b>Wildburger R</b>

## Unfallkrankenhäuser und Rehabilitationszentren

**H** Unfallkrankenhaus (UKH)  
 Traumazentrum Wien (TZW)  
 Unfallkrankenhaus Steiermark (UKH Steiermark)

**RZ** Rehabilitationszentrum (RZ)  
 Rehabilitationsklinik (RK)



<b>UKH</b>	AUVA-Unfallkrankenhaus Steiermark
	Standort Graz, Standort Kalwang
	AUVA-Unfallkrankenhaus Klagenfurt am Wörthersee
	AUVA-Unfallkrankenhaus Linz
	AUVA-Unfallkrankenhaus Salzburg
	AUVA-Traumazentrum Wien
	Standort Lorenz Böhler, Standort Meidling

<b>RZ</b>	AUVA-Rehabilitationszentrum Häring
	AUVA-Rehabilitationszentrum Wien Meidling
	AUVA-Rehabilitationsklinik Tobelbad
	<b>AUVA-Rehabilitationszentrum Weißer Hof</b>
	<p><b>Holzgasse 350</b>  <b>3400 Klosterneuburg</b>  <b>Telefon + 43 5 93 93-51000</b></p> <p>E-Mail: <a href="mailto:RWV@auva.at">RWV@auva.at</a>  <a href="http://www.auva.at/rzweisserhof">www.auva.at/rzweisserhof</a></p>
	<p>200 Betten              952 stationäre Fälle              263 Mitarbeitende</p>

# AUVA-Rehabilitationszentrum Weißer Hof



Kollegiale Führung	QSK-Mitglieder	CIRPS-Vertrauensteam
<p><b>Ärztliche Leitung</b> Dr. Karl Höcker</p> <p><b>Pflegedienstleitung</b> Brigitta Hasslauer-Großkopf, MSc (bis 31. 8. 2020) Martin Benes, MSc (ab 1. 9. 2020)</p> <p><b>Verwaltungsleitung</b> Johann Walzer, MSc</p>	<p>Birgit Beck Martin Benes, MSc SG-QM Brigitte Binder Ute Grunze Katharina Habinger Verena Hackl (bis 1. 10. 2020) Romana Kaiserschatt (bis 1. 10. 2020) Mag. Sanela Karasalihovic Lea Kilchenmann Andreas Kirner Mario Koll Doris Mair Dr. Markus Patak Barbara Roschal-Bogner (bis 1. 6. 2020) Erich Schafhuber Margit Teufelhart (bis 1. 10. 2020) Kurt Wagner Dr. Sylvia Wassipaul Claudia Zuniga-Soto</p>	<p>SG-Cirps Brigitte Binder Dr. Matthias Geisler Andreas Kirner Heinrich Kronsteiner Carolina Pötsch Dr. Gottfried Reissig Elisabeth Sallinger Heinrich Kronsteiner</p> <p><b>Hygieneteam</b></p> <p>Andreas Kirner Dr. Hoseyn Selahzadeh (ab 1. 10. 2020) Dr. Günther Winkler (bis 1. 10. 2020) Claudia Zuniga-Soto</p>

## PDCA-Übersicht

### E Patientinnen- und Patientenorientierung

E6 Es ist geregelt, an wen Patientinnen und Patienten sowie Angehörige sich mit Lob, Kritik und Anregungen wenden können. Es gibt ein System, wie mit diesen Informationen umgegangen wird.

#### Plan Ziel und Indikator

Ziel		Indikator	
E6.1	Die Feedback-Meldungen werden strukturiert bearbeitet und Struktur- und Prozessanpassungen werden umgesetzt	E6.1.a	Ein Prozess ist definiert
		E6.1.b	Anzahl (Anteil) der abgeleiteten Struktur- und Prozessänderungen
		E6.1.c	Anteil der anonymen Feedbackmeldungen
		E6.1.d	Feedbackreport wird regelmäßig (jährlich) an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter versendet
E6.2	Die Zufriedenheit stationärer Patientinnen und Patienten mit der Behandlung und dem Aufenthalt ist erhoben	E6.2.a	Patientenbefragung wird alle zwei Jahre durchgeführt
		E6.2.b	Anzahl der abgeleiteten Maßnahmen

#### Do Vorhandene Dokumente/umgesetzte Maßnahmen

- E6.1.a: Richtlinie Feedback-Management (2014) und Vorlagen für Feedbackantworten (2015) – Überarbeitung 2021 geplant
- E6.1.b: Tabelle für abgeleitete Maßnahmen (2018) – Überarbeitung 2021 geplant
- E6.1.d: Feedback-Report zweimal jährlich für Kollegiale Führung und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

#### Check Ergebnisse des letzten Checks und Datum für den nächsten Check

- E6.1.a: Richtlinie Feedback-Management aus dem Jahr 2014 – nächster Check 2021
- E6.1.b: Aufgrund der Feedbackmeldungen wurden 2020 sechs Struktur- und Prozessänderungen abgeleitet – nächster Check 2021
- E6.1.c: 42 Prozent der Feedbackmeldungen waren 2020 anonym – nächster Check 2021
- E6.1.d: Im April 2020 und Jänner 2021 wurden Feedbackreporte an Kollegiale Führung, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter per Mail versendet – nächster Check 2021
- E6.2.a: 2018 wurde die AUVA-PatientInnenbefragung durchgeführt (für 2020 geplante Befragung aufgrund von COVID-19 verschoben) – nächster Check 2021
- E6.2.b: Es wurden Maßnahmen auf Basis der AUVA-PatientInnenbefragung abgeleitet – nächster Check 2022 (nach Patientenbefragung)

#### Act Abgeleitete Maßnahmen aus den Ergebnissen

E6.1.a: Richtlinie Feedback-Management – Überarbeitung 2021

E6.1.b:

- Bearbeitung der Rückmeldungen
- Absprache mit Zentralküche bzgl. Bahnendkontrolle
- Erweiterung des Getränke-Angebots
- Überarbeitung des Prozesses nächtlicher Zimmerrundgang
- Überprüfung der Waschmaschinen
- Wasserdruckkontrolle

## QSK Bericht

### Personelles

Martin Benes, MSc übernahm mit 1. September 2020 die Nachfolge der Pflegedienstleitung von Brigitta Hasslauer-Großkopf, MSc in den beiden Rehabilitationszentren Weißer Hof und Meidling und schied damit aus der QSK aus. Er wird in seiner neuen Funktion jedoch weiterhin die QM-Aktivitäten tatkräftig unterstützen.



PDL Martin Benes

Bis Oktober 2020 zeigte sich die Qualitätssicherungskommission – trotz pandemiebedingt stark reduzierter Möglichkeiten Arbeitssitzungen abzuhalten – in unveränderter Personenkonstellation.

Mit Implementierung der Abteilung 1 für ambulante Rehabilitation im RZ Meidling im Oktober 2020 begleiteten auch langjährige Mitglieder der QSK (Margit Teufelhart, Romana Kaiserschatt, Verena Hackl) dieses Pilotprojekt und wechselten ihren Dienstort.

Vielen Dank für die immer produktive, kollegiale und erfreuliche Mitarbeit in der QSK im Weißen Hof – auch an OA Dr. Sylvia Wassipal.

Schwerpunkte der QM-Arbeit in dieser herausfordernden Zeit waren zweifelsohne die gemeinsam mit der Kollegialen Führung zu bewältigenden Herausforderungen ebendieser, wie zum Beispiel die zeitnahe Bereitstellung von aktuellen SARS-CoV-2-Dokumenten zu Abläufen gemäß den jeweiligen gesetzlichen Vorgaben.

Das ursprünglich für 2020 festgelegte Ziel der Befüllung der QM-Landkarte trat daher in den Hintergrund. Es wurde allerdings mit der Konkretisierung und Aufschlüsselung der einzelnen Themen der Landkarte begonnen und als Ziel 2021 verfolgt.

Die Überarbeitung der Handbücher AUVA QM-Handbuch Teil B mit dem enthaltenen Teil des CIRPS-Handbuchs wird 2021 abgeschlossen.

### QM-Ausblick 2021

- Schwerpunkt: Bearbeitung der in der QM-Landkarte geforderten Arbeitsbereiche
- Überarbeitung der Kernprozesse
- Evaluierung und Adaptierung QM-Handbuch Teil B inkl. Integration CIRPS-Handbuch
- Planung und Koordinierung des „Patientensicherheitstages“ im September 2021
- Überarbeitung des Konzepts „erweitertes SV-Basis-Seminar“
- Aktualisierung der Unterlagen „Datenschutzteam RW“
- Notfallmanagement überarbeiten und anpassen

### QM-Aktivitäten 2020

#### SARS-CoV-2 – ziemlich klein mit ganz großem Einfluss

2020 war geprägt von der COVID-19 Pandemie. Die Kollegiale Führung war gefordert, mit den Expertinnen und Experten der jeweiligen Fachbereiche teils mehrmals wöchentlich Krisenstabsbesprechungen und Online-Konferenzen abzuhalten. Im RZ Weißer Hof wurde ebenfalls ein interner Krisenstab etabliert. In regelmäßigen Sitzungen trafen sich die Kollegiale Führung, die Qualitätsmanagerin und ein Mitglied des Hygieneteams.



COVID-19-Eingangskontrolle

Einheitliche Vorgehensweisen in allen AUVA-Gesundheitseinrichtungen erleichterten die Planung und Umsetzung der notwendigen Maßnahmen in der einzelnen Einrichtung. Sowohl für Patientinnen und Patienten, deren Angehörige als auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stellten diese neuen Einschränkungen und Verordnungen eine große und bis dahin unbekannte Herausforderung dar.

In fast allen Bereichen kam es zu erweiterten Aufgabengebieten und Zusatz Tätigkeiten, die von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sehr viel Engagement und Flexibilität forderten.

Im Folgenden ein kurzer Einblick in die Herausforderung des Pandemie-Managements im RZ Weißer Hof:

**Interdisziplinäres COVID-19 Testmanagement**

Um das RZ Weißer Hof frei von SARS-CoV-2 zu halten, wurde rasch ein interdisziplinäres SARS-CoV-2-Testmanagement eingeführt.

Unter der Leitung von PDL Martin Benes, MSc und unter Mitwirkung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflege, der Diagnostik, des Verwaltungsbereichs und der Qualitätsmanagerin Brigitte Binder konnte ein professioneller Testablauf sichergestellt werden.



COVID-19-Testteam

Es wurde eine Teststraße errichtet, die von Montag bis einschließlich Freitag von Personal der Pflege, des Diagnostikbereichs und des ärztlichen Bereichs betreut wurde und weiterhin wird. Mit Hilfe der Mitarbeiter der Haustechnik wurde ein eigens eingerichteter Wartebereich geschaffen, um die Wartezeit auf das Testergebnis in entspannter Atmosphäre verbringen zu können.

Praktikanten und neue Mitarbeiter\*innen werden am ersten Tag ohne zugewiesenen Slot getestet (PCR & Antigen). Etiketten über das zuständige Bereichssekretariat ausdrucken, notfalls gut leserlich handschriftlich.  
Praktikanten im laufenden Betrieb im zugewiesenen Abteilungszeitfenster

Uhrzeit / Slot	Montag Ärzte, Med. Personal, Pflege	Dienstag Therapie, Pflege	Mittwoch Therapie, Pflege	Donnerstag Verwaltung, AUVB, Pflege
07:00				
07:20				

One-Note-Paper

**KW 06, 08.-14.02.2021**  
Donnerstag, 14. Februar 2021 09:42

Berufsgruppe	Anmerkungen
Ärzte	Inkl. Gastärzte inkl. Konsiliarärzte
Med. Personal	Psychologen Labor Röntgen Med. Assistenzberufe Kreatintherapeuten Med. Diagnostikpersonal Sozialberatung Ganganalyse Orthopädie Logopädie
Pflege	Gesundheits- und Krankenpflegepersonal Stationenreinigung Zuführer Aktivierungstherapeuten Pho-/Düngelass
Therapie	Ergotherapie (inkl. Werkstätten) Physiotherapie Balneotherapie Sprachtherapie
Verwaltung	Kanzlei / alle Disziplinen GM Materialverwaltung Betreiberat
AUVB	Hilfsverköstigte Küche Portiere Verwaltung AUVB
Externe Kräfte sowie Ausreichterm	Strahag SuS & Saubig Zusweichtermine für weitere erforderliche Testungen

Praktikanten und neue Mitarbeiter\*innen werden am ersten Tag ohne zugewiesenen Slot getestet (PCR & Antigen). Etiketten über das zuständige Bereichssekretariat ausdrucken, notfalls gut leserlich handschriftlich.  
Praktikanten im laufenden Betrieb im zugewiesenen Abteilungszeitfenster

One-Note-Einteilung

Name: \_\_\_\_\_

**Wöchentliche CoVid-19 Testungen 2021**

Kalenderwoche	Datum und Stempel	Anmerkung
7 (15.02.2021 - 21.02.2021)	ANTIGEN-TEST 18. Feb. 2021	
8 (22.02.2021 - 28.02.2021)	ANTIGEN-TEST 21. Feb. 2021	
9 (01.03.2021 - 07.03.2021)	ANTIGEN-TEST 13. Mär. 2021	
10 (08.03.2021 - 14.03.2021)	ANTIGEN-TEST 11. Mär. 2021	
11 (15.03.2021 - 21.03.2021)		
12 (22.03.2021 - 28.03.2021)		

Wöchentliche CoVid-19 Testungen  
Wortart: AUVA-01

Testbogen





## Interdisziplinäre Orthopädievisite Gangschulung inkomplett

Um herauszufiltern, inwiefern Hilfsmittel wie orthopädische Schuhe, Orthesen (Fußheber-Orthesen, Bein-Führungs-Orthesen mit Knie- und Knöchelgelenk, usw.) die selbständige Mobilität verbessern und so die bestmögliche Selbständigkeit im Alltag ohne Rollstuhl erreicht werden kann, wurde die „Interdisziplinäre Orthopädievisite Gangschulung inkomplett“ implementiert.



Interdisziplinäre Orthopädievisite

Im regelmäßigen 14-tägigen Turnus wird diese im Rahmen der „Gangschulung inkomplett“ abgehalten.

Teilnehmende sind die Stationsärztin der Station 2 Dr. Fadime Cenik, die stellvertretende Leiterin der Physiotherapie Karin Werner, der jeweilige Gruppentherapeut/die jeweilige Gruppentherapeutin der Physiotherapie, der Orthopädietechniker Maximilian Golling, die Fachärztin für physikalische Medizin



Prototyp Orthese



Definitiv Orthese

und Rehabilitation Dr. Ulrike Jirasek-Cerny und der Ärztliche Leiter OA Dr. Karl Höcker.

Visitiert werden: Patientinnen und Patienten mit inkompletter Querschnittlähmung, Plexus lumbalis- und Plexus sacralis-Läsionen.

Eine weitere Neuerung zur Versorgungsoptimierung stellt die Einführung einer „Vorvisite Orthopädische Modelleinlagen und Schuhversorgung“ dar, die von Dr. Ulrike Jirasek-Cerny und Karin Werner abgehalten wird.

Es handelt sich um eine Einzelvisite, die den Patientinnen und Patienten eine Begutachtung zur optimalen Hilfsmittelversorgung ermöglicht bzw. die Notwendigkeit der weiteren Hilfsmittelversorgung prüft.

Dadurch sind individuelle Versorgungsvarianten besser planbar. Die Aufklärung und Information der Patientinnen und Patienten betreffend orthopädischer Hilfsmittelversorgungsmöglichkeiten kann optimiert werden und zeitnah den aktuellen Anforderungen angepasst werden.

Mit diesem Zwischenschritt im Visitenbereich können etwaige Überversorgungen vermieden und der Behandlungserfolg gesteigert werden.

## Publikation GaitRec

Als Abschluss des gemeinsamen Forschungsprojektes „Intelligait“ mit der FH St. Pölten wurde unter Mitarbeit unserer leitenden Physiotherapeutin folgende Arbeit in „Scientific Date“ publiziert: „GaiTRec, a large-scale ground reaction force dataset of healthy and impaired gait“.

Störungen oder Auffälligkeiten im Gangbild, zum Beispiel aufgrund funktioneller Defizite, betreffen eine Vielzahl an Personen in unserer Gesellschaft.

Diese wissenschaftliche Arbeit beschäftigt sich mit der Entwicklung von automatisierten Methoden, die in der Lage sind, Daten aus der klinisch instrumentierten Ganganalyse (z. B. Bodenreaktionskräfte) zu analysieren und nach möglichen Pathologien zu klassifizieren.

Therapeutische Einrichtungen und Rehabilitationszentren sind bestrebt, eine große Anzahl an Patientinnen und Patienten in möglichst kurzer Zeit kosteneffizient zu analysieren und zu behandeln. Es wird also eine Kombination aus kosteneffizienten und schnell nutzbaren Analyseverfahren angestrebt.

Die Etablierung einer automatischen Analyse und Klassifizierung unterschiedlicher funktioneller Defizite auf Basis von Ganganalysedaten war das Ziel mehrerer Publikationen der letzten Jahre. Da diese Forschungsarbeiten jedoch durch kleine (oder künstlich geschaffene) Datensätze limitiert waren, konnte daraus keine wirkungsvolle Methode für die klinische Praxis abgeleitet werden.

Durch die Nutzung der Datenbank einer großen Rehabilitationseinrichtung, welche Ganganalysedaten und zugehörige Diagnosen von Patientinnen und Patienten aus 20 Jahren an klinischer Praxis beinhaltet, sollen

- ein allgemeines Modell des Normalgangverhaltens generiert werden, das unterschiedliche Parameter wie Gehgeschwindigkeit, Alter und Geschlecht berücksichtigt
- basierend auf dem Normalmodell Methoden entwickelt werden, welche eine automatische Klassifizierung unterschiedlicher Funktionsdefizite erlauben
- Methoden entwickelt werden, die bei Abweichung vom Normgangmodell, die Daten von Patientinnen und Patienten mit der gesamten Datenbank abgleichen, um ähnliche Fälle und deren zugeordnete Diagnosen zu finden

### Verleihung Ehrenprofessur

Einen besonderen Grund zur Freude gab es im Frühling 2020 in der Physiotherapie des Weißen Hofes.

Auf Grund ihrer langjährigen Verdienste um Forschung und Wissenschaft erhielt Marianne Worisch, Leiterin der Physiotherapie, den Titel einer Ehrenprofessorin der FH-St. Pölten.

Diese Ehrung spiegelt die enge und gute Zusammenarbeit der Forschungs- und Lehrinrichtungen mit

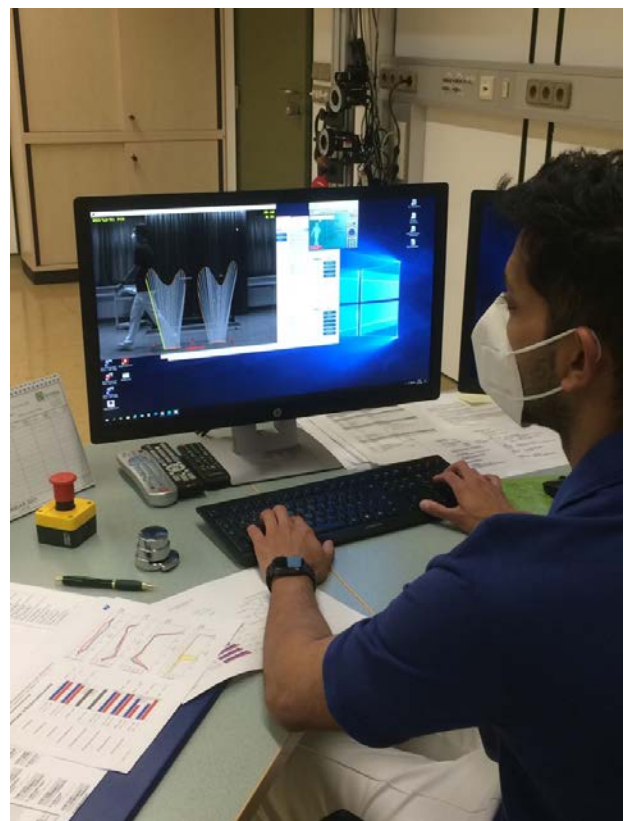


*Ehrenprofessur*

dem RZ Weißer Hof wieder. Das ist die Garantie, dass unser Haus physiotherapeutisch immer auf dem aktuellsten Stand der Forschung ist.

### Einheitliche Befundsprache

Im Ganglabor des RZW arbeiten zurzeit sieben Physiotherapeutinnen und Therapeuten. Sie führen



*Ganglabor*

dort nicht nur eine Vielzahl an unterschiedlichen Messungen durch, sondern schreiben auch die entsprechenden Befunde. Diese Dokumente dienen mehreren Berufsgruppen zur Einschätzung des Therapiefortschrittes und der Beurteilung der Hilfsmittel (Beinprothesen, Schienen, Orthopädische Schuhe, Einlagen) der Patientinnen und Patienten.

Im Sommer 2020 wurde im Rahmen eines Arbeitskreises nach langem Diskussionsprozess die Bedeutung der einheitlichen Wortwahl in Befunden erörtert und ein entsprechendes einheitliches Wording definiert.

Durch die Verwendung dieser eindeutig definierten Befundsprache wurde die Verständlichkeit der Befunde deutlich gesteigert.

### **Patienteninformationsmappe neu**

Die Corona-bedingte Reduktion der Patientenaufnahmen und Entlassungen nutzte die Kanzleileitung mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Neugestaltung der Patienteninformationsmappe.



*Patientenmappe*

### **Arbeitskreis Lagerung und Transfer Ebene 2**

Der seit 2013 bestehende Arbeitskreis Lagerung und Transfer der Ebene 2 (Patientinnen und Patienten mit Rückenmarksverletzung) setzt sich aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bereiche Ergo-, Physiotherapie und Pflege zusammen.

Aufgrund der Resultate eines interdisziplinären Arbeitskreises werden im RZ Weißer Hof mehrteilige Schulungsserien für alle Berufsgruppen, welche mit Querschnittpatientinnen und -patienten arbeiten, angeboten.

Ziele sind die Verbesserung und Vereinheitlichung der Lagerungs- und Transfertechniken mit den Patientinnen und Patienten, wie auch der Patientenbetreuung und -rehabilitation.

Von großer Bedeutung ist der positive Effekt auf die ergonomische und ökonomische Arbeitshaltung und somit auf die Gesundheit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Bereiche. Zusätzlich wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen gefördert. Die Inhalte der Schulungen werden laufend evaluiert und weiterentwickelt. Daraus entstanden z.B. die Schulung eines einfacheren Boden-Rollstuhltransfers und die Implementierung eines Teams bestehend aus Physio-, Ergotherapeuten und Pflegepersonen, das sogenannte PEP-Team. Dieses bringt Erkenntnisse aus dem Praxisalltag und diversen Schulungen ein. So können Abläufe im Echtbetrieb vereinfacht oder verbessert werden.

Aktuell wird an der Gestaltung professioneller Videoanleitungen, die ergänzend zu den Schulungen angeboten werden können, gearbeitet.



*AK Lagerung und Transfer*



AK Lagerung und Transfer: Auto



AK Lagerung und Transfer: Badewanne

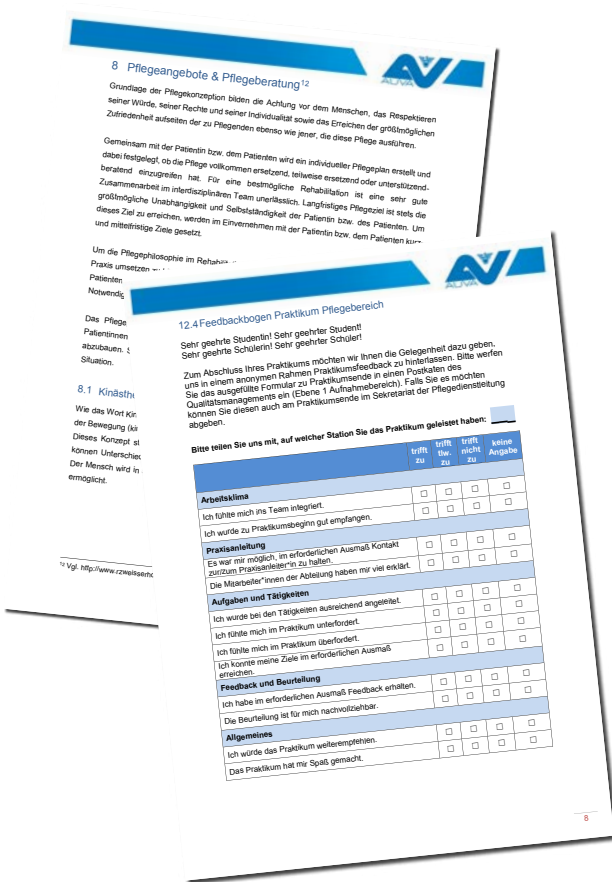
in ihrer Kompetenzerweiterung gefördert. Um die Ausbildung von zukünftigen Pflegepersonen professioneller zu gestalten, wurde interessierten Pflegepersonen seitens der Pflegedienstleitung der Besuch einer fachspezifischen Fortbildung angeboten. Derzeit sind vier Praxismentorinnen und -mentoren auf den Pflegestationen im Haus tätig.

Sehr positiv wird der „Willkommenstag“ bewertet. Neue Praktikantinnen und Praktikanten werden vom ersten Tag an, nachdem sie von der Pflegedienstleitung begrüßt wurden, von einer Praxismentorin bzw. einem Praxismentor bei den ersten Schritten in der Einrichtung begleitet. Nach einem ersten Orientierungsgespräch werden Informationen über die stationären Bereiche und sämtliche in unserem Haus befindlichen Pflegeangebote vermittelt. Eine Führung durch den Therapiebereich, mit der Möglichkeit auch mit den Therapeutinnen und Therapeuten ins Gespräch zu kommen, gehört zum Programm. Anschließend werden die Auszubildenden zu den ihnen zugewiesenen Stationen begleitet und dort vorgestellt.



### Praxismentoring im RZ Weißer Hof

Seit jeher werden Schülerinnen, Schüler und Studierende im RZ Weißer Hof von Pflegepersonen



Nicht nur Erst-, Zwischengespräch sowie Endbeurteilung gehören zu den Aufgaben der Praxismentorinnen und -mentoren, sondern auch das Erstellen von Lernangeboten sowie die Unterstützung bei Lernaufträgen der Krankenpflegeschule oder FH.

Angeboten werden die Möglichkeit, für einen Tag auf einer anderen Station zu „schnuppern“, die Teilnahme an einer Diabetes-, Stoma- und Kontinenzberatung, Schulungen im Snoezelenraum und im Rahmen der Kinaesthetics sowie Wundmanagement und Aromapflege.

Die Möglichkeit der Begleitung von Patientinnen und Patienten zu Therapien und die Teilnahme an diesen runden das Angebot des Praktikums ab. Besonderen Wert wird auf die Teilnahme beim Rollstuhltraining gelegt, da hier die Selbsterfahrung den höchsten Lernwert für das zukünftige Berufsleben hat.

Auszubildenden zur Seite zu stehen, sie zu fördern und ihre Kompetenzen zu erweitern ist ein großes Anliegen im RZ Weißer Hof. Um die Ausbildung laufend zu verbessern, ist es uns wichtig, Feedback von den Schülerinnen, Schülern und Studierenden zu erhalten.



Digitales Röntgen

### Implementierung digitales Röntgen

Die Röntgenanlage des TZW Standort Böhler wurde demontiert und im Sinne der Ressourcenschonung nach Durchführung baulicher Maßnahmen im RZ Weißer Hof installiert.

Für die Neumontage musste eine neue Schwerlastdecke eingezogen werden, damit die neue Röntgenanlage bestimmungsgemäß errichtet werden konnte.

Dass der Umbau in unmittelbarer Folge des ersten Lockdowns durchgeführt wurde, war eine besondere Herausforderung. Erschwerend für die Koordination kam eine Firmenübernahme beim externen Dienstleister hinzu. In Folge mussten alle Vorbesprechungen neu aufgenommen und Kontakte neu hergestellt werden.

Für die Montage des Röntgentisches und der neuen Verkabelung zum Generator wurde der Doppelboden in ableitfähiger Ausführung erneuert.

Am 12. Jänner 2021 wurde die behördliche Abnahme positiv durchgeführt.

## Jahresbericht CIRPS 2020

### Meldungen 2020

2020 wurden 15 Meldungen und fünf AUVA-Meldungen vom CIRPS-Vertrauensteam entgegengenommen. Mit Ausnahme



von zwei der hausinternen Meldungen waren alle bearbeitbar, von den AUVA-Meldungen wurde eine nicht bearbeitet, da sie nicht relevant für das RZ war.

Die Bearbeitung führte zu vier Prozess- und zwei Strukturänderungen.

### Teilnahme am Internationalen Patientensicherheitstag 2020

Wie jedes Jahr war der Weiße Hof auch 2020 Teil der Kampagne des Internationalen Patientensicherheitstages. Das Thema „Patientensicherheit und COVID-19. Mit Resilienz Krisen meistern.“ zeigte auf, dass Patientensicherheit tatsächlich gelebt werden muss. Um Sicherheitskultur umzusetzen, bedarf es des täglichen Engagements aller im Gesundheitswesen tätigen.

Aufgrund der Einschränkungen durch COVID-19 verzichteten wir zur Sicherheit aller auf eine Veranstaltung. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wurde der Link zur Plattform Patientensicherheit ge-

schickt, um ihnen die Möglichkeit der selbständigen Recherche und Ideenfindung zu geben.

Zusätzlich erhielten alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die wichtigsten Infos und Hygienemaßnahmen in handlicher Kartenform. Als kleine Entschädigung gab es für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Patientinnen und Patienten Desinfektionstüchlein für die Tasche.



Handout Patientensicherheit

### Publikationen und Vorträge 2020

In den nachfolgenden Tabellen werden die im Jahr 2020 veröffentlichten Publikationen und gehaltenen Vorträge dargestellt.

Publikationen 2020 im RZ Weißer Hof		
Titel	Journal	Autorinnen/Autoren
GaitRec, a large-scale ground reaction force dataset of healthy and impaired gait	Sic Data: 2020 May 12;7(1)	Horsak B, Slijepcevic D, Raberger AM, Schwab C, <b>Worisch M</b> , Zeppelzauer M

Vorträge 2020 im RZ Weißer Hof		
Titel	Journal	Vortragende
Effective rehabilitation treatment technique for supporting early return-to-work	7th Asia-Oceanian Conference of Physical & Rehabilitation Medicine, Jeju, Südkorea; April 2020	<b>Schindl M</b>
Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit mittels M-SFS während und 3 Monate nach stationärer traumatologischer Rehabilitation	39. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium der Deutschen Rentenversicherung: Poster; Hannover, 2020	<b>Schindl M, Wassipaul S, Zipko H, Riese D, Gestaltner K</b>
Aufgaben der stationären Rehabilitation bei Plexusläsion an oberen und unteren Extremitäten	17. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Neurologie: Poster; Salzburg 2020	<b>Schindl M, Bodenstorfer A, Jirasek U, Wassipaul S</b>

# Glossar und Links: Begriffe aus der Qualitätswelt

Roland Schaffler

Die wichtigsten Quellen für das AUVA-QM-System finden sich im Intranet unter FVZ/HCG/Qualitätsmanagement: [AUVA-QM-System](#) (Internetlink: [AUVA-QM-System](#)). Dort sind für alle AUVA-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter u. a. die aktuell gültigen QM-Handbücher und die Qualitätsberichte verfügbar.

Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz stellt auf seiner Website ([www.sozialministerium.at](http://www.sozialministerium.at)) im Bereich Startseite-Themen-Gesundheit-Gesundheitssystem-Gesundheitssystem und Qualitätssicherung eine Fülle von Informationen, Linktipps und Publikationen zu QM und Patientensicherheit im österreichischen Gesundheitswesen zur Verfügung.

Für QM-Norm-Interessierte, die ins Detail gehen wollen, bieten sich die Websites der bekannten QM-Modelle an:  
[www.efqm.org](http://www.efqm.org); [www.ktg.de](http://www.ktg.de);  
[www.jointcommissioninternational.org](http://www.jointcommissioninternational.org); [www.iso.org](http://www.iso.org).

Am Thema „Patientensicherheit“ Interessierte können auf folgenden deutschsprachigen Webseiten weitere Informationen erhalten:  
[www.patientensicherheit.ch](http://www.patientensicherheit.ch);  
[www.aps-ev.de](http://www.aps-ev.de);  
[www.plattformpatientensicherheit.at](http://www.plattformpatientensicherheit.at).

Die Plattform Patientensicherheit stellt auf ihrer Website [www.plattformpatientensicherheit.at](http://www.plattformpatientensicherheit.at) eine Vielzahl von Informationen für Health Professionals bereit; u.a. finden sich dort auch alle Informationen zum APSA (Austrian Patient Safety Award).

Das deutsche Aktionsbündnis Patientensicherheit hat eine Reihe von Handlungsempfehlungen (z. B. Fallanalysen, Beschaffung von Medizinprodukten, Digitalisierung) als Downloads auf seiner Website bereitgestellt: [www.aps-ev.de/handlungsempfehlungen/](http://www.aps-ev.de/handlungsempfehlungen/)

Stellungnahmen, das APS-Weißbuch Patientensicherheit, Guidelines und ein Glossar zum Thema Patientensicherheit finden sich u. a. auf der APS-Website [www.aps-ev.de/](http://www.aps-ev.de/) unter „Publikationen“.

Informationen zum Deutschen Preis für Patientensicherheit: [www.aps-ev.de/deutscher-preis-fuer-patientensicherheit](http://www.aps-ev.de/deutscher-preis-fuer-patientensicherheit)

EbM-Interessierte finden im Glossar des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin ([www.ebm-netzwerk.de/de/service-ressourcen/ebm-glossar](http://www.ebm-netzwerk.de/de/service-ressourcen/ebm-glossar)) eine umfassende Zusammenstellung von „Absolute Risikoreduktion (ARR)“ bis „Zufallszahlen (random numbers)“. Auf den Seiten der Cochrane Collaboration ([www.cochrane.de](http://www.cochrane.de)) sind kostenlos Abstracts von Systematic Reviews verfügbar.

Gute Einstiege in die aktuelle Welt der Leitlinien sind: [www.äzq.de](http://www.äzq.de), [www.g-i-n.net](http://www.g-i-n.net) und [www.awmf.org](http://www.awmf.org).

Im Rahmen der Kooperation der AUVA mit der seit 2020 bei Springer Verlag Wien im SpringerNature Konzern erscheinenden Zeitschrift QUALITAS haben alle QM-Funktionsträger und Mitglieder der Kollegialen Führungen mit ihrer persönlichen Vorteilskartenummer auch einen Zugang zum Online-Archiv der Medien „QUALITAS“ und „Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ“ mit über 2.600 Fachartikeln (Stichwortsuche):  
[www.schaffler-verlag.com](http://www.schaffler-verlag.com).

## Ablauforganisation

Auch als Prozessorganisation oder funktionale Organisation bezeichnet. Beschäftigt sich mit der Frage, wie und womit Aufgaben und Tätigkeiten erfüllt werden. Wird in modernen Organisationsmodellen als Grundlage für die Aufbauorganisation gesehen.

## A-IQI

A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) ist ein Projekt der Bundesgesundheitsagentur zur bundesweit einheitlichen Messung von Ergebnisqualität im Krankenhaus. Aus Routinedaten werden dabei statistische Auffälligkeiten für definierte Krankheitsbilder



in einzelnen Krankenanstalten identifiziert. Betrachtet werden dabei in erster Linie Sterbehäufigkeiten, aber auch Intensivhäufigkeiten, Komplikationen, Mengeninformatoren, Operationstechniken sowie Versorgungs- und Prozessindikatoren.

Das System baut auf einer Analyse der statistischen Auffälligkeiten und der Gründe hierfür auf. In einem ersten Schritt sollen die Krankenanstalten nach den Gründen der Abweichungen von den Zielbereichen suchen. Können die statistischen Auffälligkeiten nicht erklärt werden, wird mittels einer Fremdanalyse und im kollegialen Dialog (Peer-Review-Verfahren) nach deren Ursachen gesucht.

Aufbauend auf dieser Analyse werden gemeinsam zwischen den externen Peer-Reviewern (speziell für diese Aufgabe geschulten Primarärztinnen und Primärärzten) und den Verantwortlichen der jeweiligen Krankenanstalt qualitätsverbessernde Maßnahmen erarbeitet.

Quelle und weiterführende Informationen: [www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets-sicherung/Ergebnisqualitaetsmessung.html](http://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets-sicherung/Ergebnisqualitaetsmessung.html)

### Akkreditierung

Der Begriff der Akkreditierung ist in Österreich im Akkreditierungsgesetz geregelt. Die nationale Akkreditierungsbehörde ist das Wirtschaftsministerium. A. bezeichnet hier die Erteilung der Befugnis zur Prüfung, Überwachung und Zertifizierung. Nur wenige Normen dürfen nur von speziell dafür akkreditierten Unternehmen zertifiziert werden. Cave: Im Englischen wird Zertifizierung als „accreditation“ bezeichnet.

### Aufbauorganisation

Auch als Struktur oder institutionelle Organisation bezeichnet. Gibt Antworten auf die Frage, wer wofür zuständig ist oder besser: wer was macht. Hatte früher (in manchen Organisationen auch heute noch) Priorität vor der Ablauforganisation.

### Behandlungspfade

(Klinische Pfade, Patientenpfade, Clinical Pathways)

Nach der ÖNORM K 1930: 2009 über die Erstellung klinischer Pfade sind Behandlungspfade die „Umsetzung einer Leitlinie in einer Einrichtung des Gesundheitswesens, die aus multidisziplinärer Sicht Prozesse der Patientenbetreuung in Therapie und Diagnose beschreibt“.

### Benchmarking

Ein ursprünglich aus der Landvermessung stammender Fachbegriff, der heute das Vergleichen von Ergebnissen anhand von Messkriterien oder von Abläufen (Prozessen) anhand vergleichender Analysen bezeichnet. Benchmarks bzw. Benchmarking dient nicht primär der Kontrolle, sondern der Orientierung für Ziel- und Ergebnisverantwortliche.

### Bottom-up-Ansatz

Hier werden die relevanten Informationen (Motive, Ziele, Rahmenbedingungen, Lösungsansätze) beginnend mit der untersten hierarchischen Ebene gesammelt und dann von Ebene zu Ebene verdichtet.

### CIRS (Critical Incident Reporting System)

CIRS dient der kontinuierlichen Verbesserung der Patientensicherheit durch Meldung, Erfassung, Bewertung und Kommentierung von kritischen Ereignissen und Beinahefehlern. CIRS in vielfältiger Ausprägung wird (ursprünglich aus der Flugsicherheit kommend) mittlerweile in vielen Ländern der Welt auch im Gesundheitswesen eingesetzt.

### CIRPS

(Critical Incident Reporting and Prevention System)

CIRPS ist seit 2005 das Fehlermanagementsystem der AUVA. Es zeichnet sich aus durch die Einfachheit, die starke Mitarbeiterbeteiligung, die Umsetzungsorientierung und den hohen Anteil nicht anonymer Meldungen. Dies führt zu einem hohen Umsetzungsgrad der Erkenntnisse aus Fehlermeldungen in der Arbeitspraxis der Einrichtungen. Zu Aufbau, Funktion und Ergebnissen siehe auch QM-Handbuch, Spezieller Teil B.

### Critical Incident

Eine gemeinsame Definition der Patientensicherheitsorganisationen der Schweiz, Deutschlands und Österreichs für Meldungen in Berichts- und Lernsystemen (vgl. CIRPS) ist: Als „zu berichtende Ereignisse“ gelten alle Fehler, Risiken, kritischen Ereignisse und Beinahe-Schäden in der Versorgung der Patienten, Bewohner bzw. Klienten, wenn zum Zeitpunkt des Berichtens kein Schaden des Patienten, Bewohners bzw. Klienten durch das Ereignis bzw. das Risiko erkennbar ist.

Quelle: Aktionsbündnis Patientensicherheit, Plattform Patientensicherheit, Stiftung Patientensicherheit (Hrsg.): Einrichtung und erfolgreicher Betrieb eines Berichts- und Lernsystems (CIRS). Handlungsempfehlung für stationäre Einrichtungen im Gesundheitswesen, Berlin 2016.

### Evaluation (Evaluierung)

Bewertung der gefundenen bzw. erarbeiteten oder bereits umgesetzten Lösungen. Es geht in der Evaluation letztendlich um eine Planungs- und Entscheidungshilfe, um eine Bewertung von Handlungsalternativen.

Das primäre Ziel von Evaluation ist das Überprüfen praktischer Maßnahmen, ihre Verbesserung oder eine Entscheidung über ihre Durchführung.

Quelle: Wottawa und Thierau, 1990

### Evidenz (Evidence)

Der Begriff „Evidenz“ stammt aus dem Lateinischen (evidens: augenscheinlich, klar, unmittelbar einleuchtend) und kann mehrere Bedeutungen haben. Im Kontext der evidenzbasierten Medizin (evidence = engl. Nachweis, Beweis) sind Informationen aus klinischen Studien gemeint, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen. Man beachte den Bedeutungsunterschied zu „Evidenz“ im Deutschen: Hier meint das Wort die Offenkundigkeit, den Augenschein, die einleuchtende Klarheit.

Quellen: Ollenschläger G. et al. (Hrsg.): Kompendium evidenzbasierte Medizin. Verlag Hans Huber. Bern 2003. Perleth, M., Antes, G. (Hrsg.): Evidenzbasierte Medizin: Wissenschaft im Praxisalltag. Urban & Vogel. München 2002

### Evidenzbasierte Medizin (Evidence-Based Medicine, EBM)

Evidenzbasierte Medizin (EbM = beweisgestützte Medizin) ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten.

Unter Evidenzbasierter Medizin (evidence-based medicine) oder evidenzbasierter Praxis (evidence-based practice) im engeren Sinne versteht man eine Vorgehensweise des medizinischen Handelns, individuelle Patientinnen bzw. Patienten auf der Basis der besten zur Verfügung stehenden Daten zu versorgen.

Diese Technik umfasst die systematische Suche nach der relevanten Evidenz in der medizinischen Literatur für ein konkretes klinisches Problem, die kritische Beurteilung der Validität der Evidenz nach klinisch epidemiologischen Gesichtspunkten, die Bewertung der Größe des beobachteten Effekts sowie die Anwendung dieser Evidenz auf die konkrete Person mithilfe der klinischen Erfahrung und der Vorstellungen der Patienten.

Die Praxis der EbM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung (mod. nach Sackett et al. 1996, Sackett et al. 1999). Ein verwandter Begriff ist **Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung** (Evidence-Based Health Care – EbHC), bei der die Prinzipien der EbM auf alle Gesundheitsberufe und alle Bereiche der Gesundheitsversorgung, einschließlich Entscheidungen zur Steuerung des Gesundheitssystems, angewandt werden.

Quelle: Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, [www.ebm-netzwerk.de/de/service-ressourcen/ebm-glossar](http://www.ebm-netzwerk.de/de/service-ressourcen/ebm-glossar)

### Feedbackmanagement

Feedbackmanagement gibt Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, sowohl negative als auch positive Erfahrungen mitzuteilen. Aus dem Beschwerdemanagement weiterentwickelt, zeigen die Erfahrungen, dass oft auch positives Feedback erfolgt. Für das Unternehmen besteht der Wert des Feedbackmanagements darin, dass die strukturierte Aufnahme und Bearbeitung der Patientenerfahrungen als „Unternehmensberatung“ genutzt werden kann:

Es werden Kundenwünsche erfasst und dadurch Lernfelder eröffnet. Die Rückmeldungen tragen auch zur Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei. Das aktive Einladen zu Beschwerden und Wünschen erfordert von ihrer Seite auch einen professionellen Umgang mit nicht erfüllten Patientenerwartungen.

### Health Technology Assessment (HTA)

Health Technology Assessment (HTA) bezeichnet die systematische Bewertung von medizinischen Verfahren aus dem Gesundheitsbereich. Ziel ist, das vorhandene Wissen zur klinischen Wirksamkeit und zu ökonomischen und organisatorischen Auswirkungen (neuer, aber auch etablierter) medizinischer Verfahren zu analysieren, um administrative wie klinische Entscheidungen zu unterstützen.

Unter Technologien sind medizinische Interventionen wie Arzneimittel, Medizinprodukte, medizinische und chirurgische Prozeduren, aber auch Beratungsleistungen zu verstehen.

Quelle: Ludwig Boltzmann Institut HTA: Externes Manual, 2007. In Österreich ist das AIHTA (Austrian Institute for HTA) die führende HTA-Institution: <https://aihta.at>

### Indikator (auch: Qualitätsindikator)

Ist eine quantifizierbare Messgröße zur Beurteilung medizinischer Versorgungsabläufe oder Ergebnisse, die das Maß der Erfüllung eines Versorgungskriteriums beschreibt (vgl. Kriterium). Vgl. auch QM-Handbuch der AUVA.

Quelle: Methodik medizinischer Leitlinien – Europarat-Empfehlung Rec (2001)13

### Kernprozess

Prozess zur Erzeugung der Produkte oder Erbringung von Dienstleistungen (in Gesundheitseinrichtungen: Therapie, Diagnose), die die Kernkompetenz der Organisation repräsentiert. Beschreibt die Aufgaben, zu deren Erfüllung die Organisation überhaupt existiert. In Prozessmanagement und QM werden Kernprozesse von Unterstützungs- (Support-) und Führungs- oder Managementprozessen unterschieden.

### Kriterium (auch: Qualitätskriterium)

„Maßeinheit“ zur Beurteilung einer Leistung. Im Hochsprung wäre es „Höhe in cm“. Beispiele aus dem Gesundheitswesen: Rate der p.s.-Heilungen in Prozent, Wartezeit in einer Ambulanz in Minuten; Temperatur eines Ery-Konzentrates bei Transfusion in Grad Celsius, Aufklärungsrate aller einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten in Prozent, Anzahl der im Krankenhaus erworbenen Infektionen, Haltbarkeit eines Gerätes in Jahren etc.

Die Auswahl des Kriteriums ist ein wesentlicher Schritt, um Qualität messbar/beurteilbar zu machen. Kriterien müssen valid sein, d. h. es wird die richtige Messgröße erfasst, und die Messung muss ausreichend empfindlich sein.

Die Behauptung: „Wir liefern gute Qualität“ muss immer die Antwort auf die Frage: „Wie gemessen oder beurteilt?“ beinhalten. Der mit dem Kriterium gemessene bzw. zu erreichende Zahlenwert wird als Standard bezeichnet (vgl. Indikator). Vgl. auch QM-Handbuch der AUVA.

### Leitlinien

(Medizinische Leitlinien, guidelines, clinical practice guidelines)

Eine oft zitierte Definition des Institute of Medicine (1992) ist (vgl. auch Sackett, 1996): Medizinische Leitlinien sind systematisch entwickelte Feststellungen mit dem Ziel, wichtige Entscheidungen von Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten über eine

angemessene Versorgung bei spezifischen gesundheitlichen Problemen zu unterstützen. Leitlinien

- sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen,
- stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Expertinnen/Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen (möglichst unter Einbeziehung von Patienten und Vertretern anderer Fachberufe des Gesundheitswesens) zu bestimmten ärztlichen Vorgehensweisen dar,
- sollen regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüft und ggf. fortgeschrieben werden,
- sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.

Quelle: ÄZQ, [www.leitlinien.de](http://www.leitlinien.de)

### London Protocol

Ist ein Verfahren für die Untersuchung und Analyse von „Clinical Incidents“. Das Verfahren beschreibt einen praxisorientierten und strukturierten Weg für klinisch Tätige, Risiko- und Patientensicherheitsbeauftragte u. a., kritische Zwischenfälle gemeinsam zu reflektieren und als Lernfeld zu nützen. Es kann als einfaches Ausbildungsinstrument, aber auch als anspruchsvolles Analysetool Anwendung finden. Erstpublikation durch Charles Vincent 1999 (Vincent et al., BMJ 1998; Vincent et al., BMJ 2000; Vincent, NEJM 2003).

### Norm

- (1) Dokument, das Festlegungen zur Vereinheitlichung beschreibt. Das kann sich auf Anforderungen an Gegenstände (Produkte) oder Dienstleistungen, auf Sicherheitsaspekte, auf Prozesse oder auf das Qualitätsmanagementsystem beziehen (ISO 9000ff).
- (2) Dokument, das im Konsens erstellt und von einer anerkannten Einrichtung gebilligt wurde. Eine Norm definiert die Eigenschaften von Aktivitäten oder ihre angestrebten Ergebnisse. Normen sollten stets auf verlässlichen Ergebnissen aus Wissenschaft, Technik und Erfahrung gründen und der Gesellschaft größtmöglichen Nutzen bringen.

Quelle: Methodik medizinischer Leitlinien – Europarat-Empfehlung Rec (2001)13

### Patientensicherheit

Wird definiert als „Abwesenheit unerwünschter Ereignisse“. Für ein systematisches Verständnis sind folgende Schlüsselbegriffe grundlegend.

- **Unerwünschtes Ereignis (adverse event)**  
Ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung als auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein.
- **Vermeidbares unerwünschtes Ereignis (preventable adverse event)**  
Ein unerwünschtes Ereignis, das vermeidbar ist.
- **Kritisches Ereignis (critical incident)**  
Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht.
- **Fehler (error)**  
Eine Handlung oder ein Unterlassen, bei der/dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant. Gemäß den Definitionen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit soll nicht ausschließlich von Fehlern gesprochen werden, da der Ausdruck „Fehler“ semantisch negativ besetzt ist. Nicht alles, was gemeldet wird oder im Sinne von zu ergreifenden Optimierungsmaßnahmen wert ist, berichtet zu werden, ist jedoch als Fehler zu bezeichnen.
- **Beinahe-Schaden (near miss)**  
Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können.

### PDCA-Zyklus

(Plan-Do-Check-Act, Demingkreis, Deming-Cycle, Shewart-Cycle)

Der kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) und das japanische Kaizen sind sehr ähnliche Ansätze. Gemeinsames Charakteristikum und Grundprinzip aller QM-Systeme. Kreislauf der ständigen Verbesserung von Systemen und Prozessen zur Optimierung der Produkte und Dienstleistungen. Funktionsweise siehe auch AUVA-QM-Handbuch Teil A, Allgemeiner Teil.

### Peer Review

Peers sind Gleichrangige bzw. Menschen mit gleichen Aufgaben (Funktionen), die im Rahmen des Peer Reviews kritisch und zugleich auf Augenhöhe Feedback geben. Das kann innerhalb einer Organisation oder organisationsübergreifend geschehen. Im Zusammenhang mit QM stehen dabei natürlich das

QM-System und seine Teile im Fokus, aber auch Rückmeldungen zu Ergebnissen, Organisation und Führungsverhalten haben Platz. Peer Reviews sind immer für beide Seiten eine Lernquelle und fördern die Qualitätsentwicklung.

### Peer-Review-Verfahren im Rahmen des A-IQI

Analyse-Instrument im A-IQI System. Strukturierte, systematische Verfahren, die auf einer retrospektiven Krankengeschichtenanalyse durch geschulte Teams basieren.

Quelle und weiterführende Informationen: [www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets-sicherung/Ergebnisqualitaetsmessung.html](http://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets-sicherung/Ergebnisqualitaetsmessung.html)

### Prozess

Regelmäßig ablaufende (standardisierte) Aktivitäten. Sie können auch in größeren Zeitabständen (periodisch) ablaufen. Definition ISO 9000: System von Tätigkeiten, das Eingaben mithilfe von Mitteln in Ergebnisse umwandelt. Definition des EFQM-Modells: eine Folge von Tätigkeiten, die Wertschöpfung erbringt, indem sie aus einer Input-Vielfalt den verlangten Output erzeugt.

### Prozessmanagement

Gestaltung von Prozessen mit den Zielen der Optimierung, Klärung oder Vereinfachung. Die Prozesssteuerung ist die Gesamtheit des Einsatzes von Instrumentarien zur Gewährleistung wirkungsvoller Prozesse: Messungen, Kontrolle, Dokumentation, Reaktionen (vergleichbar mit Funktionsweise eines Regelkreises oder PDCA-Zyklus im QM).

### Qualität

Im allgemeinen Sprachgebrauch und in der Literatur gibt es viele verschiedene Bedeutungen und Definitionen für Q. Das QM-System der AUVA nützt seit seinem Beginn 1995 die Definition der ISO 8402, wonach Q. „die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung ist, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen“. Diese Definition setzt voraus, dass Anforderungen an Produkte oder Dienstleistungen definiert werden, anhand derer eine Beurteilung der Qualität einer Leistung möglich ist (vgl. Kriterium). Q. wird in diesem Zusammenhang nicht automatisch mit „Güte“ bzw. „hoher Qualität“ gleichgesetzt. Je nach

Modell gibt es Definitionen, die Kunden, Prozesse, Wirtschaftlichkeit oder das Gesamtunternehmen betonen.

In der AUVA wurde ein QM-Leitbild formuliert, welches die Mission und Vision des AUVA-QM-Systems definiert.

Die Mission des AUVA-QM-Systems (unser WOZU): Das AUVA-QM-System unterstützt uns dabei, kontinuierlich zu lernen und besser zu werden.

Die tatsächliche Steigerung des Patientinnen-/Patientennutzens ist das zentrale Anliegen und stellt die Grundlage für den Nachweis unserer Qualität nach außen dar.

Die Vision des AUVA-QM-Systems (unser WOHIN): Gemeinsam vereinbarte Ziele, darauf aufbauende Maßnahmen und die transparente Überprüfung der Zielerreichung führen zu kontinuierlichen Verbesserungsprozessen und sind handlungsleitend in unserer täglichen Arbeit für alle Patientinnen und Patienten.

### Qualitätsanforderungen (QA)

Im Sinne des QM-Systems der AUVA definieren QA die Anforderungen an die Ablauforganisation jeder AUVA-Einrichtung, die nach dem PDCA-Kreis lokal implementiert und gepflegt werden.

Die QA entsprechen den Vorgaben (Kriterien, Standards) in den Katalogen und Manuals anderer QM-Systeme und basieren im Kern auf den konkreten Qualitätsthemen, die in Qualitätszirkeln in der Implementierungsphase des AUVA-QM-Systems (1995–1999) bearbeitet wurden. Sie werden seit 2002 laufend ergänzt und erweitert.

Die QA sind der zentrale Kern des AUVA-QM-Systems. Jeder QA werden Ziele, Checks und Maßnahmen zugeordnet, die lebendige PDCA-Zyklen und kontinuierliche Verbesserung gewährleisten.

### Qualitätsbeurteilung

Maßnahmen zur Beurteilung einer Dienstleistung oder eines Produktes hinsichtlich ihrer Eignung für das angestrebte Ziel nach definierten Kriterien und Standards. Werden die vorgegebenen Standards nicht erreicht, sind Maßnahmen zu setzen.

### Qualitätskontrolle

Im Wesentlichen ident mit Qualitätsbeurteilung, gängiger Begriff z. B. in der Labordiagnostik als interne oder externe Qualitätskontrolle (Überprüfung der Einhal-

tung von Standards durch eine externe Organisation; im Laborbereich durch Ringversuche z.B. ÖQUASTA ([www.oequasta.at](http://www.oequasta.at)) seit Jahrzehnten üblich).

### Qualitätssicherung (QS)

Der Begriff umfasst ein zumindest zweistufiges Vorgehen. Nach der Qualitätsbeurteilung erfolgt die Qualitätsverbesserung. Daher sind qualitätssichernde Maßnahmen im engeren Sinn immer Folge einer Beurteilung des Ist-Standes.

### Qualitätsmanagement (QM)

Ist so oft definiert worden, dass es immer schwerer wird, einer allgemein gültigen Definition gerecht zu werden. Daher wird hier auf die sehr anschauliche Definition von Wikipedia zurückgegriffen: „Qualitätsmanagement bezeichnet alle organisierten Maßnahmen, die der Verbesserung von Produkten, Prozessen oder Leistungen jeglicher Art dienen. Qualitätsmanagement ist eine Kernaufgabe des Managements.“ Ein wichtiger Nachsatz sei nicht verschwiegen: „Die Wirtschaftswissenschaften sehen Qualitätsmanagement als Teilbereich des funktionalen Managements, mit dem Ziel, die Effizienz einer Arbeit (Arbeitsqualität) oder von Geschäftsprozessen zu erhöhen. Dabei sind materielle und zeitliche Vorgaben zu berücksichtigen sowie die Qualität von Produkt oder Dienstleistung zu erhalten oder weiterzuentwickeln.“

Quelle: <http://de.wikipedia.org>

### Qualitätszirkel (Quality Circle)

Multiprofessionelle Arbeitsgruppen unter der methodischen Leitung einer Moderatorin/eines Moderators mit dem Fokus, themen-, problem- oder zielbezogen die Qualität der Leistungen bzw. Produkte zu verbessern.

Anders als bei Arbeitsgruppen liegt die Kompetenz und Verantwortung für die Umsetzung der Ergebnisse bei den Teilnehmenden des Qualitätszirkels.

### Randomisierte kontrollierte Studie (RCT)

Eine experimentelle Studie, bei der die Patienten nach einem Zufallsverfahren (mit verdeckter Zuordnung) auf die Therapie- bzw. die Kontrollgruppe verteilt (Randomisierung) und auf das Auftreten der festgelegten Endpunkte in den einzelnen Gruppen nachbeobachtet werden.

Quelle: Ollenschläger G. et al. (Hrsg.): Kompendium evidenzbasierte Medizin. Verlag Hans Huber. Bern 2003

### Richtlinien

Richtlinien sind Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurden, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht. Vgl. Leitlinien.

Quelle: ÄZQ, 1997, [www.aezq.de](http://www.aezq.de)

### Surveillance (auch Clinical Surveillance)

Die strukturierte und kontinuierliche Erfassung und Bewertung bestimmter Erkrankungen. Wird häufig im Zusammenhang mit Infektionskontrolle und -prävention gebraucht.

### Standard Operating Procedure (SOP)

Festgeschriebene Verfahrensanweisung für Prozesse der Durchführung und Kontrolle innerhalb eines Betriebes, möglichst mit einheitlicher Gliederung. Inhalte, die bereits in anderen Unterlagen (z. B. Gerätehandbuch) aufscheinen, brauchen nicht in die SOP kopiert zu werden. In diesem Fall verweist man auf das Gerätehandbuch als Begleitdokument.

### Systematic Review

#### (Systematische Übersicht)

Sekundärforschung, bei der zu einer klar formulierten Frage alle verfügbaren Primärstudien systematisch und nach expliziten Methoden identifiziert, ausgewählt und kritisch bewertet und die Ergebnisse extrahiert und deskriptiv oder mit statistischen Methoden quantitativ zusammengefasst werden.

Quelle: Ollenschläger G. et al. (Hrsg.): Kompendium evidenzbasierte Medizin. Verlag Hans Huber. Bern 2003

### Top-down-Ansatz

Im Gegensatz zum Bottom-up-Ansatz werden hier die relevanten Informationen (Motive, Ziele, Rahmenbedingungen, Lösungsansätze) beginnend mit der obersten hierarchischen Ebene von oben nach unten vorgegeben und dabei immer weiter aufgliedert.

### Total Quality Management (TQM)

Ansatz im Qualitätsmanagement, der um die Mitte des 20. Jahrhunderts in den Vereinigten Staaten und Japan entwickelt wurde. Wesentliche Vertreter sind E. W. Deming, A. V. Feigenbaum, P. B. Crosby, J. M.

Juran und K. Ishikawa. Alle TQM-Modelle haben die Orientierung am Konsumenten, die Entscheidungsfindung auf Basis gesicherter Daten, das Denken in Prozessen – definierten Abfolgen mit klaren Verantwortlichkeiten – und die ständige Qualitätsverbesserung gemeinsam. Ergänzend wird Gewicht auf das innerbetriebliche soziale System gelegt.

### Value-Based-Health Care (VBHC)

Ist ein immer öfter in den Medien gebrauchter Begriff für eine stärkere Orientierung der Patientenversorgung von der Planung und Finanzierung bis zur Leistung für die einzelne Person am „value“, definiert als Nutzen, der bei der Patientin/beim Patienten ankommt, in Bezug auf die eingesetzten Geldmittel. Der US-amerikanische Gesundheitsökonom Michael Porter in Harvard gilt als Wegbereiter dieses neuen Denkens ([www.isc.hbs.edu/health-care/vbhcd](http://www.isc.hbs.edu/health-care/vbhcd)) in der Gesundheitsökonomie.

### Zertifizierung

Bescheinigung der Konformität mit vorgegebenen Standards. Sie erfolgt idealtypisch durch einen unparteiischen Dritten, der für diese Tätigkeit akkreditiert sein kann.

Die Zertifizierung beschreibt einen Ist-Stand. Mit einer QM-Zertifizierung wird die Konformität z. B. des QM-Systems mit einer entsprechenden Vorlage (Norm, Manual, Katalog, Kriterien) überprüft und ausdrücklich nicht die Qualität der erbrachten Leistungen. In den meisten QM-Modellen wird alle paar Jahre eine Rezertifizierung zum Erhalt des Zertifizierungsstatus notwendig, bei der Fortschritte in der Ausprägung des QM-Systems und bei den Ergebnissen vorzuweisen sind.

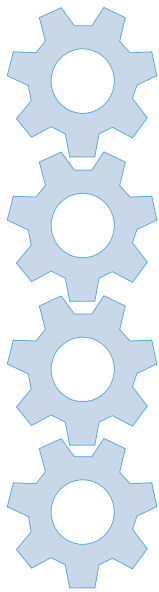
In österreichischen Gesundheitseinrichtungen in Anwendung stehende allgemeine QM-Modelle mit Zertifikaten oder Urkunden sind: KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen, D), ISO 9001:2015, JCI (Joint Commission International, USA) und EFQM (European Foundation for Quality Management). Für spezielle Anforderungen (z. B. Labor) ISO 15189 gibt es bereits spezifische QM-Modelle bzw. Normen. Neu ist 2013 die ÖNORM EN 15224 dazugekommen, die in Ihrer aktuellen Fassung ISO 15224:2017 gemeinsam mit der ISO 9001:2015 die Grundlage für die Zertifizierung von Gesundheitseinrichtungen darstellt.

## Abkürzungsverzeichnis

AA	Arbeitsanweisung	ERC	European Resuscitation Council
ACMC	Assessment of Capacity for Myoelectric Control	ET	Ergotherapeut, Ergotherapeutin
AED	Automatisierte externe Defibrilatoren	ETC	European Trauma Course
AEMP	Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte	EU	Erstuntersuchung (Ambulanz in UKH)
ALS	Advanced Life Support	FA	Facharzt/-ärztin
ANNIS	Austrian Nosocomial Infection Surveillance System	FEES	Flexible Endoskopische Evaluation des Schluckens
APPS	Austrian-Punkt-Prävalenz-Studie	FMEA	Fehler-Möglichkeiten-Einfluss-Analyse
ARGE	Arbeitsgemeinschaft	FVZ	Forschungs- und Verwaltungszentrum
ART	Arbeitsorientiertes Rehabilitationstraining	GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
ASB	Arbeiter-Samariter-Bund	HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points-Konzept
ASCIS	Austrian Spinal Cord Injury Study	HFK	Hygienefachkraft
ASVG	Allgemeine Sozialversicherungsgesetze	HS	Hauptstelle
AU	Arbeitsunfälle	IBS/IBST	Intensivbehandlungsstation
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
BCI	Brain-Computer-Interface-Systeme	ILS	Immediate Life Support
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung	IMC/U	Intermediate Care/ Unit
BK	Berufskrankheit	IPS	Initiative PatientInnen sicherheit Steiermark
BLS	Basic Life Support	ITD	Interner Transportdienst
BMA	Biomedizinische/r Analytiker/in	i.v.	intravenös, in die Vene
BMI	Bundesministerium für Inneres	KAG	Krankenanstaltengesetz
BQLL	Bundesqualitätsleitlinie	KAGES	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft
BSC	Balanced Score Card	KH	Krankenhaus
CIRS	Critical Incident Reporting System	KIS	Krankenhausinformationssystem
CIRPS	Critical Incident Reporting and Prevention System	KIS-Astra	Krankenhausinformationssystem der AUVA in UKH
CL	Checkliste	KIS-Esra	Krankenhausinformationssystem der AUVA in RZ und RK
COVID	coronavirus disease	KF/KoFü	Kollegiale Führung
CT	Computer Tomographie	KORE	Kostenrechnung AUVA
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson	KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	KTQ®	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
DLS	Dokumentenlenkungssystem	LL	Leitlinie
DSA	Diplom. Sozialarbeiterin bzw. Sozialarbeiter	LTZ	lokales Traumazentrum
EBM/N	Evidence-Based Medicine/Nursing	MA	Mitarbeiterin/Mitarbeiter
EE(S)	Ersteinschätzung		
EFL	Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit		
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel		
EK	Erythrocytenkonzentrate		
EM	Entlassungsmanagement		

MANF	Massenanfall von Verletzten	QSK	Qualitätssicherungskommission
MET	Medical Emergency Team		
MRI	Magnetresonanz Untersuchung	R:A:T	Rehabilitatives arbeitsorientiertes Training
MRGN	Multiresistente gramnegative Erreger	RH	Rehabilitationszentrum Häring
MRSA	Methicillinresistenter Staphylokokkus aureus	RM	Rehabilitationszentrum Wien Meidling
MSE	Muskel-Skelett-Erkrankungen	RT	Rehabilitationsklinik Tobelbad
MTA	Medizinisch-technische/r Assistentin bzw. Assistent	RTZ	regionales Traumazentrum
MTS	Manchester-Triage-System	RW	Rehabilitationszentrum Weißer Hof
MW	Mittelwert	RZ/RK	Rehabilitationszentrum/-klinik
NAA	Nachtaufnahme	SARS-CoV-2	<b>severe acute respiratory syndrome coronavirus 2</b>
NB	Nachbehandlung (Ambulanz in UKH)	SCI	Spinal Cord Injury
NI	nosokomiale Infektion	SFS	Spinal Function Sort
NRS	Numerische-Rating-Skala (Schmerzen)	SGM	Sicherheits- und Gesundheitsmanagement
		SGQM	Steuerungsgruppe Qualitätsmanagement
		SHT	Schädel-Hirn-Trauma
OGK	Organisation für Großschadensereignisse und Katastrophen	SR	Schockraum
OP	Operation/Operationssaal	SSI	Surgical Site Infects
OTA	Operationstechnische Assistenzen	SOP	Standard Operating Procedure; Standardvorgehensweise
ÖGBT	Österreichische Gesellschaft für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin	stat.	stationären
ÖGKV	Österreichischen Gesundheits- u. Krankenpflegeverbandes	Stv.	Stellvertreter/Stellvertreterin
ÖGU	Österreichische Gesellschaft für Unfallchirurgie	SV	Sozialversicherung
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen	SVS	Sozialversicherung der Selbstständigen
PBM	Patientenblutmanagement (Patient Blood Management)	TENS	Transkutane Elektrische Nervenstimulation
PCA	Patient-Controlled Analgesia	TEP	Total-Endo-Prothese
PCR	Polymerase-Ketten-Reaktion	TNW	Traumanetzwerk
PDCA	Plan-Do-Check-Act (Zyklus); Deming Zyklus	TQM	Total Quality Management
PDL	Pflegedienstleitung	TTO	Team Time Out
PDMS	Patienten-Daten-Managementsystem	TZ	Traumazentrum
PEP-Team	Physio-, Ergotherapeuten und Pflegepersonen-Team	TZW	Traumazentrum Wien
PM	Praxismentoring		
PMU P	Paracelsus Medizinische Privatuniversität	UV	Unfallversicherung
POKT	praxisorientiertes Kompetenztraining	UK	Unfallkrankenhaus Klagenfurt am Wörthersee
p.o.	per os; über den Mund	UKH	Unfallkrankenhaus
POZ	Präoperatives Zentrum	UL	Unfallkrankenhaus Linz
PT	Physiotherapeutin bzw. Physiotherapeut	US	Unfallkrankenhaus Salzburg
		UT	UKH Steiermark
		ÜTZ	Überregionales Traumazentrum
QM	Qualitätsmanagement	VA	Verfahrensanweisung
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragte/-r	VAS	Visuelle analoge Skala
		VT	Vertrauensteam bei CIRPS
		VTE	venöse Thromboembolie
		WHO	World Health Organization





**Prävention**

**Unfallheilbehandlung**

**Rehabilitation**

**Finanzielle Entschädigung**



**Alles aus EINER Hand**







# Qualitätsbericht 2020

## Ausgabe Juni 2021

### Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

Bei der AUVA sind ca. 4,5 Millionen Personen gesetzlich gegen die wirtschaftlichen, gesundheitlichen und sozialen Folgen von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten versichert. Die AUVA finanziert ihre Aufgaben fast zur Gänze aus den Beiträgen der Dienstgeber und übernimmt dafür die Haftung für Arbeitsunfälle und das Auftreten von Berufskrankheiten. Kernaufgaben der AUVA sind die Verhütung von Arbeitsunfällen sowie die Heilbehandlung und Rehabilitation. Ziel ist es, Unfallopfer und Beschäftigte mit Berufserkrankungen möglichst rasch wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren. Eine weitere Kernaufgabe der AUVA ist die finanzielle Entschädigung. Diese vier Aufgabenbereiche der AUVA ermöglichen eine integrierte und effiziente Unfallversicherung mit hohem volkswirtschaftlichen und gesellschaftlichen Nutzen.

Die AUVA betreibt das Traumazentrum Wien mit den beiden Standorten Meidling und Brigittenau/Lorenz Böhler, die Unfallkrankenhäuser Linz, Salzburg, Klagenfurt und Steiermark mit den beiden Standorten Graz und Kalwang sowie die Rehabilitationszentren Meidling (Wien), Weißer Hof (NÖ), Häring (Tirol) und Tobelbad (Steiermark). In den Einrichtungen der AUVA werden jährlich über 375.000 Patientinnen und Patienten auf medizinischem Spitzenniveau versorgt, davon mehr als 46.000 stationär.

Medieninhaber:  
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Wienerbergstraße 11, 1100 Wien  
Redaktion: Mag. Robert Hoge, Abteilung Corporate Governance  
Layout: Claudia Kurz Mediengestaltung, 2392 Grub  
Organisation: Mag. Paul Hefelle, Abteilung Sicherheitsmarketing und Presse  
Fotos Umschlag: Rainer Gryc, Richard Reichhart, Stefanie J. Steindl  
Verlagsort: Wien

HSP-6/2021