

TILAK-Jahresbericht 2012
„Vierundzwanzigsieben“

„Vierundzwanzigsieben“

WIR KÜMMERN UNS UM SIE
Jeden Tag. Jede Nacht.

Inhalt

Vorworte	5 - 7
Vierundzwanzigsieben	8 - 61
Das Jahr 2012 in Zahlen	62 - 80

Sehr geehrte Leserinnen und Leser!

Sie halten den Geschäftsbericht der TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH des Jahres 2012 in Händen. Als Eigentümervertreter dieses allseits geschätzten Landesunternehmens freue ich mich sehr, Ihnen einen Jahresbericht liefern zu können, der das umfassende Leistungsspektrum der Tiroler Landeskrankenhäuser dokumentiert und die außerordentlichen Fortschritte in Medizin, Technik und Bauvorhaben belegt, die auch im Berichtsjahr wieder in den Häusern der TILAK zu verzeichnen sind.

Zunächst aber möchte ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der TILAK für ihre wertvolle, kompetente und engagierte Arbeit in allen Bereichen danken. Alles, was bisher erreicht oder verbessert werden konnte, ist auf ihre tägliche Arbeit zum Wohle der Patientinnen und Patienten zurückzuführen. Der Erfolg der TILAK ist ohne Zweifel das Werk und das Verdienst all jener, die im „Unternehmen Gesundheit“ Tag für Tag und rund um die Uhr im Einsatz sind. So ist der Jahresbericht auch in seiner Gestaltung – als 24-Stunden-Zeitrad – Spiegelbild einer tüchtigen Mitarbeiterschaft von über 7.500 Personen, die mit großem Einsatz ihre Aufgaben im Tiroler Gesundheitswesen zur bestmöglichen Versorgung der Menschen im wahrsten Sinne des Wortes pausenlos wahrnimmt.

Als Eigentümervertreter ist es meine Aufgabe, durch wohlüberlegte Mittelbereitstellung für Investitionen in die Infrastruktur der Landeskrankenhäuser dafür zu sorgen, dass die Bürgerinnen und Bürger in diesem Land einen wohnsitznahen und bedarfsgerechten Zugang zu den

Einrichtungen der TILAK erhalten. Der Politik obliegt hier die große Aufgabe, die medizinische Spitzenversorgung flächendeckend sicherzustellen, wobei die demografische Entwicklung zusätzlich eine extreme Herausforderung darstellt. Zudem muss stets der medizinische Fortschritt mitgemacht und die Finanzierbarkeit gewährleistet werden. Dazu bedarf es enormer Anstrengungen und einer großen Bereitschaft, für Neues offen zu sein und notwendige Reformschritte umzusetzen.

Der Strukturplan Gesundheit und auch die auf Bundesebene eingeleiteten Reformen ergeben zusammen eine umfassende Offensive der Politik für den gesamten Gesundheitsbereich. Im Zuge dessen fließen viele Millionen Euro an Investitionen in den Spitalssektor, damit die beschlossenen Reformmaßnahmen so rasch wie möglich Ergebnisse zeigen. Die Intention dabei ist aber nicht, durch den Entfall von Leistungen Kosten zu sparen, sondern Optimierungspotenziale aufzufinden und Parallelstrukturen zu beseitigen, um so frei werdende Mittel jenen Bereichen zuweisen zu können, die sie dringend benötigen. Höchstes Leistungsniveau und zufriedene Patientinnen und Patienten sind dabei unser oberstes Ziel, damit wir schon heute die bestmögliche Versorgung für morgen sicherstellen.

Herzlichst

Univ.-Prof. DI Dr. Bernhard Tilg
Landesrat für Gesundheit, Wissenschaft, Verkehr

Werte Leserinnen und Leser!

Rund um die Uhr, an 365 Tagen im Jahr und Jahr für Jahr stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der TILAK – Tiroler Landeskrankenhäuser GmbH für die Patientinnen und Patienten im Einsatz. Mehr als 7.500 Beschäftigte sind es mittlerweile im gesamten TILAK-Verbund, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, kranken Menschen kompetente und menschliche Hilfe angedeihen zu lassen. Weil das so ist und weil die meisten Menschen in unserem Land keinen Einblick in die Abläufe eines Krankenhausbetriebes im Detail gewinnen können, haben wir uns entschlossen, dies zu ermöglichen. Sie halten den Geschäftsbericht des Jahres 2012 der TILAK GmbH in Händen, in dem wir zur Illustration unseres täglichen Tuns die 24 Stunden eines Tages abbilden, wie sie der Realität in unseren Häusern entsprechen. Die gezeigten Stationen und Situationen sollen Ihnen einen kleinen kompakten Eindruck darüber verschaffen, was unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter rund um die Uhr für die Patientinnen und Patienten leisten.

An dieser Stelle bedanken wir uns bei allen Beteiligten, die für diese unkonventionelle Form der Unternehmensdarstellung zur Verfügung gestanden sind. Wir bedanken uns aber auch bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die ständige Bereitschaft, rund um die Uhr beste und verlässliche Leistung für das Haus TILAK zu erbringen. Das ist die Basis für erfolgreiches und zukunftsorientiertes Wirtschaften im Sinne der Patientinnen und Patienten.

Besonders intensiv widmen wir uns deshalb auch allen Fragen rund um das Thema qualifizierte Mitarbeiterinnen

und Mitarbeiter. Es ist uns bewusst, dass der Bedarf an qualifizierten Fachkräften vor allem in Hinblick auf neue medizinische Technologie durch den medizinischen Fortschritt und die demografische Entwicklung signifikant zunimmt. Hier setzen wir gezielt und verstärkt Maßnahmen, damit wir auch in Zukunft ausreichend Personal für alle Bereiche gewinnen und ausbilden können. Eine Aufgabe, die wir mit Freude und Engagement erfüllen, weil wir wissen, dass unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unsere größte Stärke sind.

Das Geschäftsjahr 2012 war darüber hinaus geprägt durch die Herausforderungen des Strukturplans Gesundheit, der uns auch weiterhin in unserem unternehmerischen Handeln beeinflussen wird. Auch bundesweit werden in den kommenden Jahren weitreichende Reformen auf das Spitalswesen zukommen, für die wir uns mit Nachdruck rüsten.

Das Land Tirol als Eigentümer und wir, die TILAK GmbH, sind hier auf einem guten Weg und beide können wir nach wie vor auf solide Wirtschafts- bzw. Unternehmensdaten verweisen. Damit dies so bleibt, strengen wir uns in allen Bereichen an und bereiten uns nachhaltig auf alle absehbaren Herausforderungen im gesamten Gesundheitswesen vor, damit wir auch morgen die bestmögliche medizinische Versorgung der Tiroler Bevölkerung gewährleisten können.

Herzlichst

Die TILAK-Geschäftsleitung

7.03 h:
Der Nachtdienst geht zu Ende.



7.30 h:
Dienstübergabe bedeutet auch Informationsaustausch.

Facts

- TILAK 2012 insgesamt:
- 120.161 stationäre Patienten
- 3.037 diplomiertes Pflegepersonal
- 517 Pflegehelfer
- 376 Abteilungshilfen

Ein neuer Tag beginnt.

ES WAR RELATIV RUHIG HEUTE NACHT, ZUMINDEST AUF DEN NORMALSTATIONEN. WOBEI „RUHIG“ IN EINEM GROSSEN KRANKENHAUS WIRKLICH EIN RELATIVER BEGRIFF IST.

Die Nacht geht zu Ende. Ruhig. Das bedeutet für die Krankenschwestern und -pfleger im Nachtdienst noch immer jede Menge Arbeit. Regelmäßige Kontrollen in den Patientenzimmern, mindestens alle zwei Stunden. Patienten, bei denen auch in der Nacht Verbände zu wechseln sind. Patienten, die nicht schlafen können und läuten. Patienten, die vor anstehenden Operationen beruhigt werden wollen. Patienten, die umgelagert werden müssen. Patienten, die auch in der Nacht via Monitor genau zu überwachen sind. Patienten, für die auch in der Nacht ärztliche Hilfe zu organisieren ist. Und noch so vieles mehr, tausende Dinge, die man selten planen, aber mit viel Erfahrung trotzdem im Interesse und zur Zufriedenheit der Patienten erledigt.

Dazu kommen noch Routineaufgaben, wie die Dokumentation aller pflegerischen Handlungen, die Vorbereitung aller Patientenakten für Untersuchungen oder Operationen am nächsten Tag. Die Kontrolle, ob der Patiententransport bestellt wurde. Das Auffüllen von Verbandsmaterialien, Medikamentenbeständen und sonstiger Verbrauchsmittel ... Nur die wenigsten finden zwischendurch Zeit, um ein paar Minuten fernzusehen oder ein Buch zu lesen. Schlafen im Dienst ist ohnehin nicht erlaubt!

Dienstübergabe. Nach 12 arbeitsreichen Stunden bereitet sich der Nachtdienst auf die Dienstübergabe vor. Je nach Station kommen die Kollegen, die den Tagdienst

übernehmen, zwischen 6.45 und 7.15 Uhr zum Dienst. Dienstübergabe, das bedeutet alle wesentlichen Informationen über die Patienten auszutauschen und besondere Ereignisse der Nacht zu besprechen. Welche Patienten müssen für die Abholung zur OP noch vorbereitet werden, wer ist bereits fertig zur Abholung, trägt das richtige Hemd für die OP und ist geduscht? Wer wurde in der Nacht neu aufgenommen und wer wird vielleicht heute bereits entlassen?

Professionalität und Können. Alles muss Hand in Hand gehen. Man muss sich aufeinander verlassen können, darauf vertrauen können, dass das, was zu tun war, auch wirklich erledigt wurde. Teamwork, Erfahrung und Routine, das sind ganz entscheidende Faktoren. Wie viel Professionalität, Wissen und Können dahintersteckt, das bekommen die meisten Patienten nur ganz am Rande mit.

Inzwischen wurden die ersten Patienten bereits an die Mitarbeiter des Patiententransports übergeben. Die Nachtschwestern und -pfleger sind unterwegs nach Hause. In den Stationen wird Frühstück serviert und bei Bedarf Hilfe beim Trinken und Essen geboten. Betten werden gerichtet, Medikamente ausgegeben und Untersuchungen organisiert. Hilfestellungen bei der Körperhygiene gehören bei Bedarf auch dazu. Viel Zeit bleibt nicht mehr, um alles für die erste Visite vorzubereiten und alle Krankenakten bereitzuhalten.





8.12 h:
Die Vorbereitungen
auf die OP laufen.

8.40 h:
Alles ist bereit,
die OP kann beginnen.

Operationen am laufenden Band.

ES IST ALLES VORBEREITET FÜR DIE ERSTEN OPERATIONEN DES TAGES. IN DEN OP-BEREICHEN SIND INSTRUMENTARE UND OP-GEHILFEN BEREITS SEIT EINER STUNDE MIT DEM VORBEREITEN VON JEDLICHEM OP-BEDARF BESCHÄFTIGT.

Die ersten Patienten wurden bereits in die OP-Bereiche gebracht und von Anästhesisten in Narkose versetzt. Mit dem Eintreffen der Chirurgen und des restlichen OP-Teams beginnt ein bestens durchgeplanter Tag im OP. Bis 15.30 Uhr sind die OP-Säle völlig ausgebucht und die OP-Mannschaften im Dauereinsatz.

Exakt geplant. Jede Klinik plant ihre OP-Kapazitäten selbständig. Die OP-Pläne enthalten eine Vielzahl an Informationen. Wer wird wann und warum operiert? Wer ist der Operateur? Welche Geräte und Instrumente werden benötigt und welches OP-Personal?

Für die Vorbereitung der Instrumente, Geräte und gegebenenfalls erforderlicher Spezialbetten zeichnen die Instrumentare und OP-Gehilfen verantwortlich. Dabei arbeiten sie eng als Team zusammen und orientieren sich an den vorliegenden OP-Plänen.

Gut vorbereitet. Gegen 8.00 Uhr wurde mit den ersten Operationen begonnen. Heute ebenso wie an jedem anderen Wochentag. Die Instrumentare haben im OP alle Instrumente für die Operationen bereitgelegt. Die OP-Gehilfen haben sich in der Zwischenzeit darum gekümmert, dass die Patienten auf den richtigen OP-Tischen zu liegen kommen. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher OP-Tische. Für eine Schilddrüsen-OP wird ein anderer Tisch benötigt als für eine Bauchraum-OP oder eine OP am Enddarm.

Während der Operation werden die streng getrennten Zuständigkeitsbereiche von Instrumentar und OP-Gehilfe besonders deutlich, trotz enger Zusammenarbeit. Der Instrumentar arbeitet völlig steril und reicht den Chirurgen die sterilen OP-Geräte und sonstigen Bedarf. Der OP-Gehilfe assistiert als „nichtsteriler“ OP-Mitarbeiter. Er holt nachgeforderte Materialien aus dem OP-Lagerbereich, wie z. B. Tassen mit anderen Skalpellens oder passende Prothesen, was immer auch gebraucht wird. Die geöffneten Verpackungen reicht er dem Instrumentar, damit dieser die sterilen Inhalte vorsichtig, d. h. steril, entnehmen kann.

Wieder bereit. Die ersten Operationen sind vorbei. Die Anästhesisten begleiten ihre Patienten auf dem Weg in den Aufwachraum, wo sie in die Obhut von Ärzten und ausgebildeten Intensiv- und Anästhesiepflegern übergeben werden. Ein speziell geschultes OP-Reinigungspersonal macht sich an die Arbeit und hinterlässt einen sauberen und desinfizierten Operationssaal. Die OP-Mitarbeiter können sich einige Minuten Pause gönnen und die Instrumentare und OP-Gehilfen bereiten bereits die Instrumente, Geräte, OP-Tische und sonstigen Bedarf für die OP am nächsten Patienten vor.

Vieles ist Routine. Tag für Tag. Je nach Diensterteilung auch in der Nacht. Bei jeder Operation aufs Neue volle Konzentration, exakte Vorbereitung, patientenorientierte enge Zusammenarbeit aller Professionen.

Facts

- 60 OP-Säle am LKI
- davon 25 im Chirurgiegebäude



9.23 h:
Bitte hier ihre
Daten eintragen.

Facts
TILAK 2012 insgesamt:
→ ambulante Versorgung von ca. 1.925.492 Patienten/Jahr
→ rund 150 Patienten/Tag in der Innsbrucker Augenambulanz

Wartezeiten sind nicht vermeidbar.

DER GROSSE WARTERAUM IN DER AUGENAMBULANZ IST BEREITS VOLL BESETZT. ÄHNLICH SIEHT ES IN VIELEN AMBULANZBEREICHEN AUS.

Wie die Ambulanzzeiten geregelt sind, entscheidet jede Klinik völlig autonom. Ebenso ob Voranmeldungen erforderlich sind und Termine vergeben werden. Zuweisungen vom Haus- oder Facharzt sind auf jeden Fall mitzubringen. Von all dem ausgenommen sind Notfallpatienten.

Der Andrang ist groß. Bereits vor einer Stunde sind die ersten Patienten in der Augenambulanz eingetroffen und haben sich am Schalter angemeldet. Die Krankenakten der vorgemerkten Patienten wurden bereits am Vortag bereitgelegt. Je nach medizinischer Indikation werden noch vor der Untersuchung Augentropfen verabreicht, Gesichtsfeldmessungen durchgeführt oder Fotodokumentationen vom Auge gemacht. Das Verabreichen von Augentropfen erfolgt durch das Pflegepersonal.

Pro Patient ein Akt. Inzwischen hat die Verwaltungsmitarbeiterin am Schalter alle Daten in den Computer eingegeben, Klebeetiketten zum Bekleben der Dokumentationsblätter, von Probengefäßen, Rezepten, einem Leistungsblatt und anderem mehr ausgedruckt und der Krankenakte beigelegt. Die komplette Akte kommt anschließend in die jeweiligen Arztzimmer. Die meisten Ambulanzen an der Klinik wurden bereits auf voll-elektronische Dokumentation und Krankenakten umgestellt. In der Augenklinik sind die Vorarbeiten dazu aktuell im Gang. Allerdings braucht es etwas Zeit, alle Messinstrumente und -geräte entsprechend in das

digitale System zu integrieren. Ein Patient nach dem anderen meldet sich am Schalter an, die Mitarbeiter sind voll ausgelastet und andere Kolleginnen müssen die telefonischen Anmeldungen übernehmen. Die Telefone läuten durchgehend.

Unvermeidbare Wartezeit. Längere Untersuchungen und Gespräche mit den Ärzten oder Notfallpatienten bringen manchmal den Terminplan durcheinander. So auch heute. Da nützt es auch nichts, wenn die Mitarbeiter noch so sehr darum bemüht sind, die vereinbarten Termine möglichst genau einzuhalten.

„Ich warte bereits seit mehr als einer Stunde. Mein Termin war um 8.45 Uhr“, reklamiert eine Patientin am Schalter. Eine Mitarbeiterin nimmt sich sofort der Beschwerde an und prüft nach, ob der Akt der Patientin nicht versehentlich zurückgereiht wurde. „Tut mir leid, es hat vor ihnen heute länger gedauert, aber sie sind als Nächste dran“, wird der Patientin freundlich versichert.

Freundlichkeit trotz Stress und hohem Arbeitsaufkommen. Auch das ist Professionalität, die von den Ambulanzmitarbeitern an allen Kliniken tagtäglich unter Beweis gestellt wird. Oft unter schwierigen Bedingungen.

Erst gegen 16.00 Uhr werden die letzten Patienten die Ambulanzräume verlassen. Dann kehrt für ein paar Stunden Ruhe ein, bis zum nächsten Morgen.



10.05 h:
Mama ist ja bei dir.



10.37 h:
Der Arzt kommt zum Kind, nicht umgekehrt.

Hallo, Herr Doktor!

GUTEN MORGEN! SCHÖN, DASS DU SCHON WIEDER SO FRÖHLICH BIST. WIE GEHT'S DIR UND DEINEM TEDDYBÄR HEUTE?

Es ist Visite an der Kinderklinik. In den hellen und freundlich eingerichteten Zimmern warten die kleinen Patienten zumeist in Begleitung ihrer Mütter auf das Ärzteteam. Die Anwesenheit eines Elternteils, Tag und Nacht, ist heutzutage selbstverständlich und wird von den Ärzten auch ausdrücklich begrüßt. Kinder fühlen sich im Beisein ihrer Eltern einfach geborgener. Dazu gehören auch Trost und Ermutigung, Streicheleinheiten und Zeit zum gemeinsamen Spiel.

Die Vorbereitungen für die Visite haben bereits in der Früh begonnen. Im Team wurden die aktuellen Untersuchungsergebnisse und die weiteren Therapiemaßnahmen besprochen. Alle Krankheitsakten stehen dafür digital zur Verfügung, sämtliche Befunde und Informationen über die Patienten sind jederzeit abrufbar. Nachwuchsärzte sind bei den Besprechungen willkommen, können Fragen stellen und von den erfahrenen Kollegen lernen. Auch bei der Visite.

Hilfreiche Tricks. „Wir müssen dem Kleinen noch etwas Blut abnehmen, sie werden sehen, er wird das gar nicht merken“, wird die besorgte Mutter beruhigt. Der Arzt tropft ein wenig Glukose in den Mund des Säuglings und man kann sehen, wie gut ihm das schmeckt. Der rasche „Piks“ wird dabei gar nicht bemerkt.

Ein Zimmer weiter hilft der Teddybär mit, der dreijährigen Patientin zu erklären, was als Nächstes passieren wird. Erfreut sieht die Mutter zu, wie viel Zeit sich die

junge Ärztin nimmt, um dem Teddybär gemeinsam mit ihrer Tochter einen schönen, dicken Verband anzulegen.

Vertrauen schaffen. Mit den Kindern reden und beruhigend auf sie einwirken ist ein Weg, um Vertrauen aufzubauen. Das ist bei dem verschreckten Mädchen, das eben erst aufgenommen wurde, gar nicht so einfach. „Ein Krankenhaus flößt fast allen Kindern Angst ein, das ist ganz normal“, versichert der Oberarzt und verspricht für die Untersuchung etwas später wiederkommen. „Bis dahin hat sich die Kleine sicher schon etwas eingewöhnt.“

Mit einem „Krankenhaus-Profi“ haben es die Ärzte nebenan zu tun. Hier wurde das anfängliche Misstrauen schon längst überwunden. Die Abläufe im Krankenhaus kennt der Junge bereits, darüber will er nicht reden, aber das neue Computerspiel, das müssen sich die Ärzte unbedingt anschauen.

Zeitgeschenke. „Da ist aber jemand ganz flott unterwegs“, freut sich die Stationschwester, als sie die Türe zum Spielzimmer öffnet. „Visite findet dort statt, wo unsere kleinen Patienten sind“, erklärt sie der Praktikantin aus der Pflegeschule. „Möchtest du heute nach Hause gehen?“ Diese Frage des Arztes war wohl überflüssig, aber die Mutter nützt die Gelegenheit, um sich noch zu bedanken: „Die vielen Aufklärungsgespräche waren sehr wichtig für uns. Danke, dass Sie sich so viel Zeit dafür genommen haben. Ich weiß, das war bei so vielen Patienten nicht immer ganz einfach für Sie.“

Facts

2012 hat die TILAK insgesamt

→ 11.393 Patienten im Alter von 0 bis 18 Jahren stationär versorgt.

→ 5.395 Elternteile und andere Angehörige haben die Möglichkeit der Begleitung genutzt.

11.03 h:
Geräteunterstützte
Wiederherstellung
funktioneller
Bewegungsmuster.



11.28 h:
Verbesserung der
Beweglichkeit des
operierten Gelenks.



11.47 h:
Sensomotorisches
Training.



11.40 h:
Krafttraining
im Wasser.



Facts

TILAK 2012 insgesamt:

- Medizinisch-technisches Personal: 624
- darunter u. a. 129 Physiotherapeuten, 57 Ergotherapeuten, 43 Logopäden sowie Biomed. Analytiker, Diätologen, Orthoptisten, Radiotechnologen
- Physio-/Ergo-/Logopädie-Therapien: 298.795 stationär, 123.942 ambulant

Therapie am Krankenbett.

INTERDISZIPLINÄR UND MULTIDISZIPLINÄR.
ÄRZTE, THERAPEUTEN UND PFLEGEMITARBEITER ARBEITEN ENG ZUSAMMEN.

An der Unfallchirurgie besprechen der behandelnde Arzt und die Konsiliarärztin für physikalische Medizin soeben die ersten Maßnahmen zur Mobilisierung des neuen Patienten. Bei „komplexen Fällen“ ist es üblich, dass gemeinsam abgeklärt wird, welche Therapien für den Patienten am besten wären. Auf Basis dieses Gespräches wird ein genauer Therapie- und Rehabilitationsplan erstellt, der von nun an der Arbeit des damit beauftragten Therapeuten zugrunde liegt.

Postoperative Therapie. Mit vielen Neuzugängen sieht sich die Kollegin in der Chirurgie konfrontiert. Seit heute Morgen betreut sie fast ausschließlich neue Patienten, bei denen bereits der Operateur Therapien angeordnet hat. Es handelt sich vorwiegend um standardisierte Therapien, wie z. B. nach einer Schulter- oder Knie-OP, bei denen ebenso wie nach vielen anderen operativen Eingriffen bereits am ersten postoperativen Tag mit Lymphdrainagen und Bewegungstherapien begonnen wird. Die anderen Patienten, bei denen bereits in den letzten Tagen mit therapeutischen Maßnahmen begonnen wurde, müssen sich heute ein wenig gedulden. „Aber es kommen alle dran“, verspricht die Physiotherapeutin. Der Tag ist ja noch lang.

Atmen erleichtern. Auf der Intensivstation braucht ein Patient mit Schädel-Hirn-Trauma dringend therapeutische Unterstützung. Die therapeutischen Maßnahmen wurden nach Rücksprache mit einem Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation bereits angeordnet. Der Physiotherapeut beginnt mit einer Atem-

therapie, um die künstliche Beatmung des Patienten zu unterstützen. In enger Zusammenarbeit mit der Pflege werden spezielle Lagerungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Atmung sowie physikalisch-therapeutische apparative Maßnahmen besprochen, für die Zeiten, in denen der Therapeut nicht vor Ort ist.

Motorik trainieren. Zur gleichen Zeit ist eine Ergotherapeutin in der neurochirurgischen Station bei einem Patienten mit der Anbahnung motorischer Abläufe beschäftigt. In Folge eines Gehirntumors „funktioniert“ eine Körperhälfte nicht mehr. Übungen für Aktivitäten des täglichen Lebens werden später folgen.

Soziale Integration. Aus einer großen Vielzahl an möglichen Therapien werden für jeden Patienten individuell genau passende Therapiepläne erstellt, mit dem Ziel, die spätere soziale und berufliche Integration bestmöglich zu unterstützen. Dabei ist es durchaus möglich, dass mehrere Therapeuten unterschiedlicher Fachrichtungen (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden etc.) mit einem Patienten arbeiten. Sowohl am Krankenbett als auch in den Therapieräumen und später auch noch in ambulanter Betreuung.

Pause. Zeit zum Mittagessen. „Ich habe Wochenenddienst“, erzählt die Physiotherapeutin. Davon profitieren vor allem Patienten, die noch vor dem Wochenende operiert werden. Die rasche Therapie hat z. B. bei Gelenkoperationen ganz wesentlichen Einfluss auf das spätere Ausmaß der Beweglichkeit und Selbständigkeit der Patienten.

12.14 h:

Jeder Handgriff wird
genau dokumentiert.



Facts

- 463 AZW-Absolventen im Fachbereich Pflege haben ihre Ausbildung 2012 erfolgreich abgeschlossen, davon
- 148 diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern und -pfleger
- 110 PflegehelferInnen
- 11 HeimhelferInnen
- 1.435 Praktika für angehende Krankenschwestern und -pfleger wurden 2012 am LKI absolviert mit insgesamt 264.737 Stunden.
- Rund 100 Einsatzorte und ebenso viele Mentoren stehen für die praktische Ausbildung zur Verfügung.
- Das Mentoringssystem wurde vor 15 Jahren eingeführt.

Geduldige Patienten helfen beim Lernen.

LERNEN IM UNTERRICHT. PRAXIS AN DER KLINIK. DAS AUSBILDUNGSZENTRUM WEST FÜR GESUNDHEITSBERUFE (AZW) UND DIE LANDESKRANKENHÄUSER DER TILAK SCHULEN GEMEINSAM ANGEHENDES PFLEGEPERSONAL.

„Willkommen im Team“ wird die Schülerin der Gesundheits- und Krankenpflege an ihrem neuen Praktikumsplatz herzlich begrüßt. Das Erstgespräch mit ihrer Mentorin liegt schon hinter ihr, jetzt geht es darum, auch die anderen Kollegen auf der Station kennenzulernen. Viel Zeit bleibt dafür allerdings nicht, dann heißt es gleich kräftig mit anpacken.

Mahlzeit. Das Mittagessen ist zu verteilen. Eine gute Gelegenheit, sich bei den Patienten vorzustellen. Vier Wochen wird die Schülerin an dieser Station verbringen, mehr Zeit als die meisten der Patienten. „Es waren alle sehr freundlich“, zieht die Schülerin erleichtert ein erstes Resümee.

Die Glocke. „Du kannst schon einmal nachschauen, warum geläutet wurde.“ Das Pflegepersonal weiß aus Erfahrung, dass es sich um keinen Ernstfall handelt, und die junge Kollegin freut sich über so viel Vertrauen. Der Patient bittet nur um ein Glas Wasser. Auch dieser Service gehört dazu, dass sich die Patienten wohl fühlen.

Das Telefon läutet. „Wir bekommen einen neuen Patienten, du kannst gleich bei der Aufnahme helfen“, lautet die Anweisung der Stationschwester. Das heißt Patientendaten aufnehmen, Blutdruck und Fieber messen, dem Patienten beim Umkleiden helfen ... Immer begleitet und überwacht von den erfahrenen Krankenschwestern und -pflegern.

Die Kollegen auf der Station sind genau darüber informiert, welche Aufgaben an die Schülerin aufgrund ihres

Ausbildungsstandes delegiert werden dürfen und bei welchen Aufgaben direkte Aufsicht des diplomierten Personals erforderlich ist. Da gibt es keine Ausnahmen, auch wenn Schüler ihre Arbeit sehr gut und gewissenhaft erledigen.

Lernen helfen. Infusionen vorbereiten, Verbände wechseln und noch viele weitere pflegerische Maßnahmen sind schon bald nach dem Mittagessen zu erledigen. Direkt am Patienten zeigt und erklärt die Stationschwester der Schülerin einige wichtige Handhabungen. Die meisten Patienten haben nichts dagegen, auch wenn es dann vielleicht einmal ein bisschen länger dauert. Besser kann man die Schülerin beim praktischen Lernen nicht unterstützen.

Ein guter Start. Kurze Dienstbesprechung, dann bereitet sich das Stationspersonal bereits auf die Nachmittagsvisite vor, während die Schülerin mit dem Blutdruckmessen bei den Patienten beauftragt wurde. Obwohl sie rasch in den täglichen Ablauf eingebunden wurde, hat sie doch etwas mehr Zeit für Gespräche mit den Patienten als das übrige Personal. Und das kommt bei den Patienten gut an. „Warum haben Sie sich entschieden, Krankenschwester zu werden?“, will einer der Patienten wissen, und wie lange die Ausbildung dauert ein anderer. Bereitwillig beantwortet die Schülerin die Patientenfragen, vergisst dabei aber nicht, ihrem Auftrag, dem Blutdruckmessen, nachzukommen. „Sie machen das aber gut“, kommt Lob. Lob, das motiviert und freut. Der erste Tag an der neuen Station hat gut angefangen.



13.45 h:
Das Abendessen
wird vorbereitet.



13.17 h:
60.000 Geschirrtile
stehen bereit.

Facts

- 6.000 Essen werden täglich zubereitet
- 4.000 davon im Cook@Chill-Verfahren

Wochenbedarf an Lebensmitteln:

- 1.700 kg Fleisch und Wurst
- 900 kg Käse, 2.400 Liter Milch
- 1.000 kg Kartoffeln
- und Unmengen frisches Gemüse

Gesundheit geht auch durch den Magen.

TÄGLICH FRISCH GEKOCHT. REGIONALE PRODUKTE, OBST UND GEMÜSE NACH SAISON. VARIANTENREICHER SPEISEPLAN, SCHMACKHAFTE SUPPEN, HAUPTSPESIEN UND DESSERTS. SO LAUTET DAS ANGEBOT DER KLINIKKÜCHE. TAG FÜR TAG.

Frühstück ist fertig. Die Damen vom Frühdienst gehen heim. Ihr Arbeitstag hat um 4.30 Uhr mit den Vorbereitungen für das Frühstück der LKI-Patienten begonnen. Das Brot kam um 5.30 Uhr frisch vom Bäcker und nur wenig später wurden bereits die ersten Stationen beliefert. Um ca. 7.00 Uhr war alles verteilt. Wurst und Käse für das Frühstücksbuffet am nächsten Tag wurden noch vorgeschnitten, vakuumverpackt und im Kühlraum für die Auslieferung morgen Früh bereitgestellt. Das Brot kommt dann morgen wie immer frisch dazu.

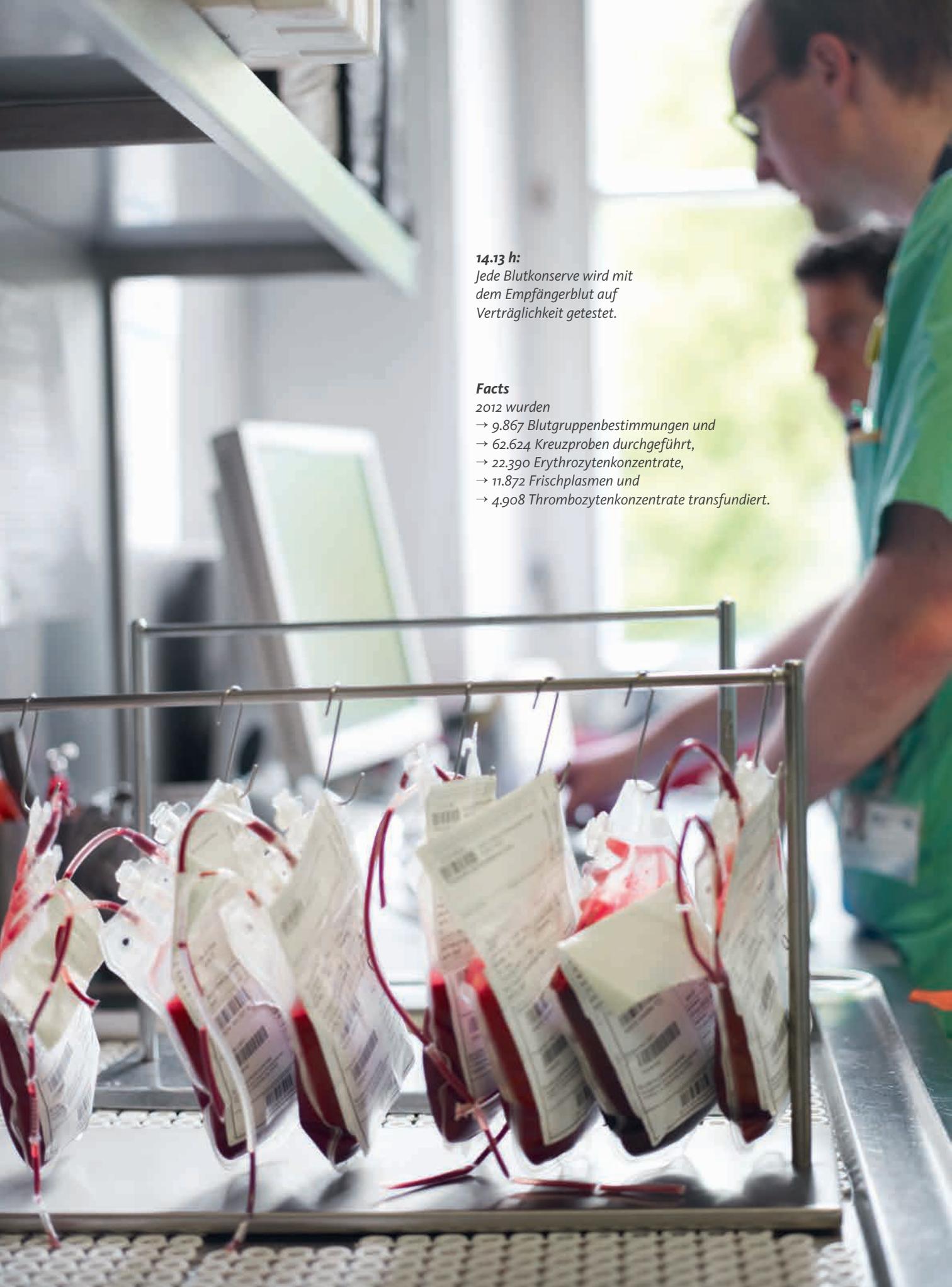
Mittagszeit. Die Küche war wie jeden Tag auf den Ansturm in der Kantine gerüstet: 2.000 Essen. Drei Menüs. Täglich frisch zubereitet. Um etwa 13.00 Uhr herrscht wie immer der größte Andrang. In weiten Teilen der Klinik ist Mittagspause. Heute stehen unter anderem Schnitzel am Speiseplan. Immer wieder ein Highlight. 1.500 Schnitzel wurden zwischen 7.30 und 11.00 Uhr paniert, ehe der Speisesaal geöffnet wurde. Zwei Mitarbeiter sind seither damit beschäftigt, die Schnitzel frisch auszubacken.

Cook&Chill. In den großen Kochtöpfen und Pfannen in der klinikeigenen Großküche werden parallel zur Essensausgabe im Speisesaal die Patientenessen für den nächsten und übernächsten Tag vorbereitet. Alle Menüs werden im Cook&Chill-Verfahren hergestellt. Das heißt frisch gekocht, rasch abgekühlt (innerhalb von 90 Minuten auf 4 °C), im Kühlraum gelagert und bei Bedarf wieder erwärmt. Mit dieser Methode bleiben die frisch gekochten Speisen in bester Qualität erhalten.

Fünf Menüs für die Patienten werden täglich zubereitet: Vollkost, Leichtkost, Vollkorn, Vegetarisch und Menüs für die Sonderklasse. Dazu noch eigene Diätmenüs. Auch Vorgaben wie breiig, salzfrei etc. werden extra berücksichtigt.

Fertig zum Transport. Bereits um 13.45 Uhr beginnen die Vorbereitungen für das Abendessen in Innsbruck. Aus den gut gekühlten Speisebehältern werden die Zutaten von der „Bandmannschaft“ portioniert. Der Ablauf ist wie bei einem Fließband, daher auch der Name. Am Band werden alle Komponenten wie z. B. Reis, Brokkoli und Fleisch auf einem Teller angerichtet. Jede Mitarbeiterin ist nur für eine Zutat zuständig. So geht die Arbeit flott dahin. Die bereitgestellten Transportwagen werden mit den Tablett gefüllt und vom Hol- und Bringdienst auf die Stationen geliefert. Auf jedem Tablett ist der Name des Patienten ersichtlich sowie welches Menü gewählt wurde. Eine Endkontrolle am Band stellt sicher, dass alle Bestellungen richtig zusammengestellt wurden. Die Schwestern auf den Stationen müssen die Transportwagen mit den vorbereiteten Speisen später nur noch anstecken und einschalten.

Um das Geschirr vom Abendessen brauchen sich die Küchenmitarbeiter heute keine Sorgen mehr machen, das erledigt die „Spül-Mannschaft“ am nächsten Morgen. An die 60.000 Geschirrtile sind täglich zu reinigen. Aber daran braucht jetzt niemand zu denken, denn in zwei Stunden ist Dienstschluss für den Großteil der Küchenmannschaft.



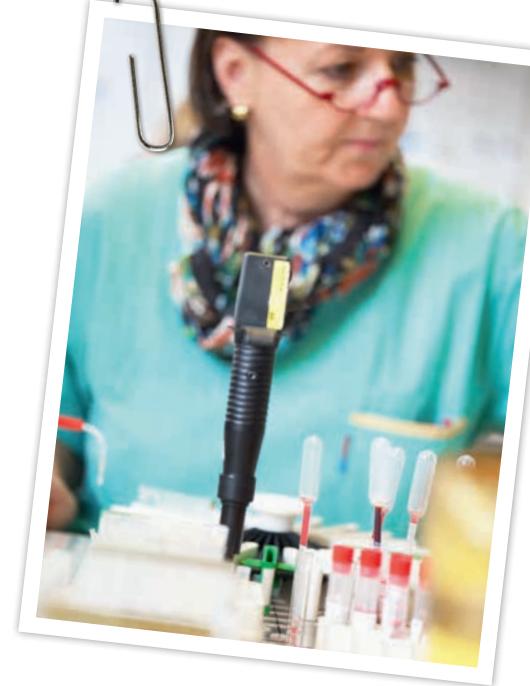
14.13 h:
Jede Blutkonserve wird mit dem Empfängerblut auf Verträglichkeit getestet.

Facts

- 2012 wurden
- 9.867 Blutgruppenbestimmungen und
- 62.624 Kreuzproben durchgeführt,
- 22.390 Erythrozytenkonzentrate,
- 11.872 Frischplasmen und
- 4.908 Thrombozytenkonzentrate transfundiert.

Ein Patient, viele Spender.

PASSEN SPENDERBLUT UND BLUT DES EMPFÄNGERS ZUSAMMEN?
KANN MAN UNVERTRÄGLICHKEITEN AUSSCHLIESSEN?



Vor geplanten Operationen treffen Anforderungsscheine und Blutproben für die Bereitstellung von Blutkonserven idealerweise bis gegen 14.00 Uhr im Kreuzlabor des Zentralinstituts für Bluttransfusion und Immunologische Abteilung (ZIB) – kurz „Blutbank“ genannt – ein.

Viele Blutgruppeneigenschaften. Anhand der Anforderungsscheine werden die benötigten Blutprodukte für die Auslieferung am nächsten Tag vorbereitet. Dazu wird zunächst eine ABO- und Rhesus-Blutgruppenbestimmung aus der Blutprobe des OP-Patienten vorgenommen und dann die Blutprobe mit einer Blutkonserve derselben ABO-/Rhesus-Blutgruppe auf Verträglichkeit untersucht. Da es außer den o. a. Blutgruppensystemen noch über 300 andere menschliche Blutgruppeneigenschaften gibt, muss man bei ca. 5 % der Patienten mit Unverträglichkeiten gegen das Spenderblut rechnen.

Gut gelagert. Die Mitarbeiterin am Schalter nimmt alle Anforderungen von Blutprodukten entgegen und leitet diese an die Labormitarbeiter weiter. Diese bestimmen zuerst die Patienten-Blutgruppe und holen dann aus dem Kühlraum (2–6 °C) jeweils eine kleine Probe einer Blutkonserve. Dabei wird keine Blutkonserve direkt „angezapft“, sondern nur ein Segment des auf der Konserven verbliebenen Abnahmeschlauches abgetrennt und für die Kreuzprobe verwendet. Je nachdem, wie viele Blutkonserven angefordert wurden, müssen entsprechend viele Tests durchgeführt werden. Von jedem Spender steht, bedingt durch die begrenzte Haltbarkeit (max. 42 Tage), jeweils nur eine Blutkonserve zur Verfügung und so wird ein Patient fast immer mit dem Blut verschiede-

ner Spender versorgt. Besteht keine Unverträglichkeit, werden die angeforderten Blutkonserven mit dem Namen des Patienten versehen und verbleiben bis zum Transport am nächsten Tag im Kühlraum.

Die Schnittstelle. Der Schalter des Kreuzlabors ist Schnittstelle zwischen Labor und den einzelnen Kliniken. Die Mitarbeiterin am Schalter wird über besondere Dringlichkeiten informiert, nimmt Nachbestellungen entgegen, bereitet den Versand von Blutkonserven vor (hierfür steht eine eigene Rohrpostanlage zur Verfügung), händigt Blutkonserven an Boten aus anderen Krankenhäusern aus und noch vieles mehr. Trotz aller Hektik Ruhe und Übersicht zu bewahren, ist an dieser Position unerlässlich und wird auch von allen Klinik- und Labormitarbeitern sehr geschätzt.

Temperaturcheck für Blutkonserven. Die Anforderungen für die morgen geplanten Operationen sind fast vollständig eingetroffen und einige noch ausstehende Bestellungen werden telefonisch urgirt. Inzwischen bringt ein Bote zu viel bestellte Blutkonserven zurück. Die Rückgabe wird von der Mitarbeiterin am Schalter genau dokumentiert. Ob die Konserven in der Zwischenzeit ordnungsgemäß gelagert war, kann sie anhand eines farbvariierenden Temperaturindikators auf der Blutkonserven überprüfen.

Im Labor versuchen inzwischen die Mitarbeiter so viele Kreuzproben wie möglich noch vor Dienstschluss um 16.00 Uhr zu erledigen, um den Spätdienst zu entlasten. Schließlich gibt es auch in der Nacht noch genug zu tun.



Kliniklotsen weisen den richtigen Weg.



15.22 h:
Ein Nummernsystem regelt die Reihenfolge.



Facts

- TILAK 2012
- stationäre Aufnahmen 120.161 Patienten
- davon mit Wohnsitz in Tirol 108.507
- aus anderen österr. Bundesländern 6.849
- aus Fremdstaaten 4.805

Um Anmeldung wird gebeten.

BITTE ZUR ANMELDUNG! DAS GILT FÜR STATIONÄRE PATIENTEN GENAU SO WIE BEI AMBULANZBESUCHEN. EINE ABMELDUNG IST NUR NACH STATIONÄREM AUFENTHALTEN ERFORDERLICH.

Im An- und Abmeldebereich im Chirurgie-Gebäude springt die Leuchtanzeige auf: „Bitte eintreten! Nr. 69. Schalter 2.“ Eine ältere Dame hat diese Nummer kurz zuvor beim Ticket-Ausgabeautomaten gezogen und ist erfreut über die kurze Wartezeit. Die Mitarbeiterin der Anmeldung empfängt die Dame mit einem freundlichen Gruß und der Bitte um die E-Card: „Die ist für die Anmeldung zwar nicht zwingend erforderlich, hilft uns aber dabei, Ihre Daten korrekt zu erfassen.“

Ein kurzer Datencheck. Name, Geburtsdatum und Sozialversicherungsnummer werden von der E-Card direkt in das Computersystem der TILAK eingelesen und mit den bereits vorhandenen Daten der Patientin abgeglichen. Die Patientin war schon öfters an der Klinik zur Behandlung, ambulant und stationär, die meisten ihrer Daten liegen daher bereits auf.

„Die Wohnadresse ist gleich geblieben? Ihre Telefonnummer auch? Und der Hausarzt ist auch noch immer derselbe?“ Daten, die sich im Laufe der Zeit gerne verändern, werden beim Aufnahmegespräch nochmals kontrolliert.

Nach der Anmeldung stehen die aktuellen Daten auch den zugriffsberechtigten Mitarbeitern in den Ambulanzen, Stationen etc. zur Verfügung. Die Daten ermöglichen zudem eine direkte Leistungsverrechnung mit dem jeweils zuständigen Sozialversicherungsträger. Ohne großen bürokratischen Aufwand, zeit- und kostensparend. „Ihre stationäre Aufnahme wurde uns bereits von der Station

gemeldet. Sie kennen den Weg?“ Nur knapp drei Minuten hat die Anmeldung der Patientin gedauert.

Endlich nach Hause. „Bitte eintreten! Nr. 70. Schalter 2.“ „Ich möchte mich abmelden. Ich kann nach Hause gehen.“ Der Patient ist sichtlich erfreut und legt seinen Entlassungsschein vor. Auf Basis dieses Dokuments werden die Aufenthaltsdauer und der daraus resultierende gesetzlich vorgeschriebene Selbstkostenbeitrag ermittelt. „Sie können bar bezahlen, gerne aber auch mit Kredit- oder Bankomatkarte.“ „Ich bezahle bar“, entscheidet der Patient und mit einer Bestätigung über seinen Klinikaufenthalt, zur Vorlage beim Arbeitgeber oder seiner privaten Krankenversicherung, verabschiedet er sich nach wenigen Minuten.

„Bitte eintreten. Nr. 73. Schalter 2.“ Jetzt sind Fremdsprachenkenntnisse gefragt, das sieht die Mitarbeiterin auf den ersten Blick. Eine Urlauberfamilie musste die Dienste der Klinik in Anspruch nehmen. Die Englischkenntnisse auf beiden Seiten sind für die weitere Verständigung ausreichend. Trotzdem ist es nicht einfach, dem Familienvater das Zustandekommen der Rechnung zu erklären. Sofortige Bezahlung wäre ebenfalls erwünscht. Das Gespräch wird noch längere Zeit in Anspruch nehmen.

Die anderen wartenden Patienten bei der An- und Abmeldung werden inzwischen an den Schaltern Nr. 1 und Nr. 3 bedient. Längere Wartezeiten können damit weitgehend vermieden werden.

16.13 h:
Der Bau des Kinder-Herzzentrums
ist voll im Plan.

Facts

→ Bauleitplan 2000 bis 2015:
ca. 25 Großprojekte,
Bauvolumen insgesamt 582 Mio. Euro

→ aktuelle Großprojekte (in Bau bzw. Planung)
Kinder-Herzzentrum – Bauphase II:
ca. 108 Mio. Euro (Fertigstellung 2015)
Innere Medizin – Sanierung und Neubau:
ca. 80 Mio. Euro (Baubeginn 2014;
Fertigstellung 2017)

Viele Interessen und Experten, zu wenig Platz.

JETZT FÜR DIE ZUKUNFT PLANEN UND BAUEN:
NEUESTE MEDIZINISCHE ENTWICKLUNGEN WEISEN DEN WEG FÜR
NEUE BAUPROJEKTE, SANIERUNGEN, ERWEITERUNG UND UMBAUTEN.

Routinesitzung in der Abteilung für Betriebsorganisation und bauliche Infrastruktur. Eine Standortbestimmung und ein abteilungsinterner Informationsaustausch zu den aktuell in Bearbeitung befindlichen Projekten stehen am Programm. Etwa 50 Projekte werden derzeit parallel bearbeitet. Darunter Großprojekte wie z. B. die Neubauplanung der Inneren Medizin und des Kinder- und Herzzentrums ebenso wie zahlreiche Umbauarbeiten in patientenrelevanten Bereichen.

Vielseitige Experten. Das Team der Betriebsorganisation setzt sich aus Fachleuten unterschiedlichster Professionen zusammen: Wirtschaftsexperten, Juristen, IT-Spezialisten, Techniker ... Besonders in der Entwicklungsphase neuer Projekte, in der die Interessen einer Reihe von Personen aus unterschiedlichsten Fachbereichen, aus Medizin, Verwaltung, Gesetzgebung, Architektur etc., zu berücksichtigen sind und zu einem Konsens geführt werden sollen, gewinnt die breite Expertise der Abteilungsmitarbeiter an großer Bedeutung.

Basierend auf den medizinischen Erfordernissen der Zukunft und den Strategieplanungen der Klinikverantwortlichen werden funktionelle Raumkonzepte erarbeitet. Es darf nicht „zu eng“ geplant werden, um Entwicklungsmöglichkeiten für die Zukunft zu gewährleisten, aber auch nicht zu „großzügig“, um den Finanzrahmen einzuhalten. Bei Krankenhausbauten sind extrem strenge Auflagen und Sicherheits- und Hygienestandards einzuhalten. Alle baulichen Maßnahmen sind daher mit relativ hohen Kosten verbunden.

Platznot. „Inzwischen ist wirklich jeder Quadratmeter Platz am Klinikareal belegt. Die Baustelle Kinder- und Herzzentrum nimmt viel Raum ein und schon bald beginnen die Abrissarbeiten der Inneren Medizin. Davor muss das Haus leergeräumt sein. 350.000 Quadratmeter Gesamtfläche für einen Ort, an dem Spitzenmedizin stattfindet und weiterhin stattfinden soll, was bei uns in Innsbruck ja zweifelsfrei der Fall ist ...“ Wie oft hat das Team diese Problematik schon diskutiert? Der Einwurf „So schlimm wie jetzt war es trotzdem noch nie“ findet uneingeschränkte Zustimmung. „Wenn die zwei Großbauten fertiggestellt und alle Interimslösungen aufgelöst sind, entspannt sich die Situation wieder ...“ Mit Zuversicht wendet sich das Team dem nächsten Programmpunkt „Sanierungen“ zu.

Übernahme. Die Abteilung für Bau und Technik übernimmt die Verantwortung für alle Projekte ab ca. 50.000 Euro Investitionsvolumen ab Planungsbeginn. Professionelles Baumanagement garantiert für einen reibungslosen sowie termin- und kostengerechten Baufortschritt. Alle baulichen Maßnahmen werden kontinuierlich auf die Einhaltung sämtlicher Vorgaben und Normen überprüft und Qualitätskontrollen durchgeführt. Das innovative medizinische Konzept des im zweiten Bauabschnitt befindlichen Kinder-Herzzentrums findet in der Fachwelt großes Interesse. „Vor mir liegt noch eine Anfrage, ob jemand von uns Zeit und Interesse hätte, das Neubauprojekt im Rahmen einer Fachtagung zu präsentieren“, schließt der projektverantwortliche Mitarbeiter die wöchentliche Sitzung der Abteilung für Bau und Technik.



17.25 h:
Tumorspezialisten beraten
Kollegen von auswärtigen
Krankenhäusern.

Intensive Beratungen.

TUMORBOARDS BÜNDELN HÖCHSTE FACHKOMPETENZ.
MOLEKULARDIAGNOSTIK ERMÖGLICHT NEUE BEHANDLUNGSSTRATEGIEN.
INNSBRUCK IST VORNE MIT DABEI.

Seit vier Stunden tagen die Mitglieder einzelner Tumorboards bereits. Bei den wöchentlichen Fallkonferenzen werden alle Tumorerkrankungen interdisziplinär diskutiert. Fachärzte aus der Radiologie, einem operativen Fach, der Strahlentherapie und der internistischen Onkologie bilden die Kernteams.

„Ich darf Ihnen den letzten Patienten für heute vorstellen, die Krankheitsgeschichte sowie die aktuellen Befunde sind Ihnen ja bereits bekannt“, eröffnet der behandelnde Arzt die Diskussion zu den fachübergreifenden Therapieansätzen. Für jeden Patienten werden in intensiven Beratungen individualisierte Therapiepläne erstellt und überwiegend konsensual beschlossen. Die Entscheidungen der Tumorboards werden genau dokumentiert und begründet und sind von den behandelnden Ärzten verpflichtend einzuhalten.

Individuell und maßgeschneidert. Die Patientenakten wurden den Tumorboard-Mitgliedern bereits in den letzten Tagen zum genauen Fallstudium übermittelt. Mit höchster Fachkompetenz werden nun mögliche Therapieansätze unter Berücksichtigung zahlreicher patientenabhängiger Faktoren, wie z. B. Mehrfacherkrankungen, Medikamenteneinnahme, Alter etc., erarbeitet. Die Bandbreite möglicher Therapien reicht von operativen Eingriffen über verschiedenste therapeutische Maßnahmen (z. B. Strahlen- oder Chemotherapie) bis hin zur Aufnahme in laufende Studien, wodurch den Patienten, unter entsprechenden medizinischen Voraussetzungen, der Zugang zu völlig neuen, innovativen Medikamenten ermöglicht wird. Im nächsten Schritt werden die betrof-

fenen Patienten von ihren behandelnden Ärzten über die Therapieansätze der Tumorboard-Konferenz informiert und müssen ihre Zustimmung zu den individuellen Therapieempfehlungen erteilen.

Eine lange Liste mit Tumorpatienten, die am LKI in Behandlung stehen, wurde heute bereits abgearbeitet. In einigen Tumorboards wenden sich die Fachärzte damit wieder anderen Aufgaben in ihren Abteilungen zu.

Grenzüberschreitend. In einigen anderen Tumorboards geht die Arbeit allerdings noch weiter. Fachärzte aus den Krankenhäusern in Lienz, Kufstein sowie aus Südtirol werden nacheinander via Datenleitung mit den Experten in Innsbruck verbunden und stellen ihre Tumorpatienten in Live-Videokonferenzen vor. Die Expertise der Innsbrucker Mediziner steht Patienten damit auch über größere Distanzen hinweg zur Verfügung.

Neue Forschungsergebnisse. Etwa 100 Tumorarten sind aktuell bekannt. Moderne Molekulardiagnostik ermöglicht allerdings bereits jetzt Zuordnungen in immer kleinere Untergruppen und eröffnet damit den Weg zu noch spezifischer einsetzbaren Therapien. Weltweit beschäftigen sich zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten mit der Erforschung molekularer Defekte und biologischer Eigenschaften von Tumoren. Innsbruck zählt europaweit zu den führenden Standorten in der Krebsforschung. Und damit das auch in Zukunft so bleibt, werden neueste wissenschaftliche Ergebnisse mit großer Aufmerksamkeit verfolgt und so wie heute, im Anschluss an die Arbeit im Tumorboard, noch intensiv diskutiert.

Facts

→ 13 Tumorboards tagen in regelmäßigen Abständen.
Es wurden über 7.200 Tumorpatienten behandelt.

→ Die drei häufigsten Tumorerkrankungen sind:
Brustkrebs (Frauen)
Prostatakrebs (Männer)
Darmtumoren
Ungentumoren





18.25 h:
Der Patient wird
bereits erwartet.



18.27 h:
Unter Aufsicht des
Notarztes bis in den
Schockraum.

Facts

- 2012 insgesamt 1.553 Landungen an den zwei Hubschrauberlandeplätzen in Innsbruck und Hall
- Der Rettungshubschrauber Christophorus 1 ist zu etwa 80 % mit Fachärzten der Anästhesie und Intensivmedizin der Klinik Innsbruck besetzt.

Hubschrauber im Landeanflug.

DIE EINSATZMÖGLICHKEITEN VON RETTUNGSHUBSCHRAUBERN SIND ÄUSSERST VIELFÄLTIG. DIE ANFORDERUNGEN AN DAS RETTUNGSTEAM (NOTARZT, FLUGRETTUNGSSANITÄTER UND PILOT) EBENSO.

Ein paar Stunden ist es draußen noch hell. Erst mit Sonnenuntergang endet der Dienst am Stützpunkt des ÖAMTC-Rettungshubschraubers Christophorus 1 am Innsbrucker Flughafen.

Ruhige Minuten. Bis jetzt war der Tag relativ ruhig. Wenige Einsätze, keine akut lebensbedrohlichen Verletzungen. Das letzte Einsatzprotokoll ist fertig, die medizinischen Vorräte in den beiden Rettungsrucksäcken sind wieder aufgefüllt, Pilot und Maschine sind jederzeit startklar, ebenso wie Sanitäter und Notarzt, beide mit umgeschnalltem Klettergurt und mit Bergschuhen an den Füßen. Unabdingbar für Einsätze im alpinen Raum. Jeder nützt die einsatzfreie Zeit auf seine Weise: Lesen, Fernsehen, Entspannen. Ruhe!

Einsatz. „Christophorus 1 bitte melden!“ Jetzt geht alles schnell. Über Funk werden von der Leitstelle erste grobe Daten übermittelt: Einsatzort, vermutetes Krankheitsbild, geschätztes Alter des Patienten. Das Rettungsteam ist schon unterwegs. Weniger als zwei Minuten sind seit der Alarmierung vergangen und die Mannschaft ist bereits in der Luft.

Gedanklich bereitet sich der Notarzt auf den kommenden Einsatz vor, er weiß, dass er mit EKG- und Defibrillatoreinheit sowie medizinischem Notfall-Equipment bestmöglich für Hubschrauberrettungseinsätze ausgestattet ist.

„Wenigstens regnet's heute nicht“, erinnert sich der Notfallmediziner an einen seiner letzten Einsätze. Bei Kälte und Regen und in schwierigem Gelände. Unter

diesen Bedingungen wurde der schwer verunfallte Patient sofort nach den lebensrettenden Maßnahmen in den Hubschrauber verladen und dort weiter versorgt. „Treat and run“ („behandeln und fahren/fliegen“) nennen das die Profis. „Der Patient macht übrigens inzwischen gute Genesungsfortschritte“, weiß der Notarzt noch zu berichten.

Verdachtsdiagnose. Am Unfallort eingetroffen versorgen Notarzt und Sanitäter den schwer verletzten Bergsteiger. Ob sich der Verdacht auf innere Verletzungen bestätigt, werden die weiteren Untersuchungen im Krankenhaus zeigen.

Gut gelandet. Noch vom Hubschrauber aus informiert der Notarzt die weiterbehandelnden Ärzte an der Klinik. Im Schockraum der Unfallchirurgie wird inzwischen alles für den Patienten vorbereitet und schon nach wenigen Minuten landet der Hubschrauber am klinik-eigenen Landeplatz am Chirurgiegebäude. Der Notarzt übergibt den Patienten am Dach in die Obhut eines Pflegers und begleitet beide noch bis in den Schockraum. Hier informiert er das bereitstehende Ärzteteam über bereits gesetzte Maßnahmen. Ein ergänzendes handschriftliches Protokoll dazu wurde bereits im Anflug verfasst.

Dann heißt es: Zurück zum Hubschrauber, den Landeplatz frei machen und Rückflug zum Stützpunkt am Flughafen. Weniger als eine Stunde hat der Einsatz gedauert. Jetzt heißt es Protokolle schreiben, medizinisches Material ergänzen und auf den nächsten Einsatz warten.

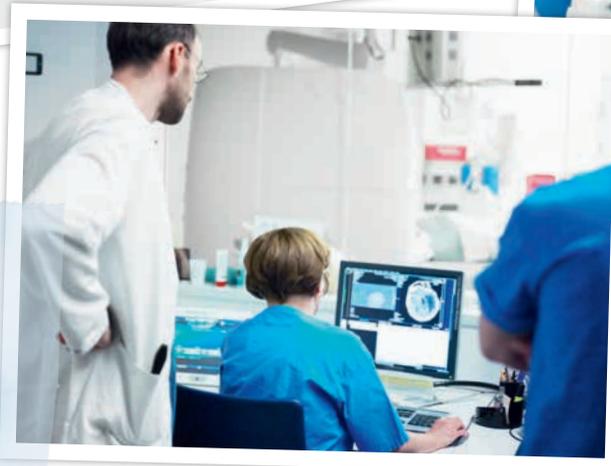
19.35 h:
Erste Befunde
treffen ein.



19.47 h:
Weitere Untersuchungen
werden vorbereitet.



19.55 h:
Röntgenbilder bestätigen
die Diagnose.



Facts

- Rund 41.000 Patienten wurden 2012 an der Notfallaufnahme im MZA behandelt.
- Etwa 50 % aller echten Notfälle betreffen Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Schlaganfälle.

Notfälle genießen absolute Priorität.

ES SCHEINT FAST SCHON NORMAL ZU SEIN, DASS DIE NOTFALLAUFNAHME IM MZA AM FRÜHEN ABEND VOLL AUSGELASTET IST.

Leider betrachten es viele Patienten als bequem, ihre „Wehwehchen“ abends nach Dienstschluss an der Klinik begutachten zu lassen, anstatt einen Termin beim niedergelassenen Facharzt zu vereinbaren. Und wenn dann eine harmlose Erkältung subjektiv als Notfall betrachtet wird, darf man die Ärzte in der Notfallaufnahme schon bewundern, dass sie trotz geringer abendlicher Kapazitäten immer noch freundlich um alle Patienten bemüht sind.

Ein wirklicher Notfall. Soeben wurde von der Rettungsleitstelle eine Notarzt-Einlieferung angekündigt. Ein Team der Notaufnahme macht sich bereit. Die Rettungseinfahrt befindet sich unmittelbar neben den Ambulanzräumen, nur wenige Schritte weiter stehen zwei Schockräume zur Verfügung. Hier werden alle konservativen Fälle von den diensthabenden Internisten sowie einem Intensivpflegeteam umgehend versorgt und alle erforderlichen Untersuchungen durchgeführt. Am Weg in den Schockraum erfolgt auch die Übergabe, d. h. der mündliche Informationsaustausch zwischen Rettungsnotarzt und Notfallmediziner.

Am Ambulanzschalter sind inzwischen weitere Patienten ohne ärztliche Zuweisung eingetroffen. Mit geschultem Auge und langjähriger Erfahrung erkennt die diplomierte Schwester dringende Fälle sofort und weist diese umgehend den behandelnden Ärzten zu. Alle anderen Patienten müssen sich bei so viel Andrang auf längere Wartezeiten einstellen.

Bestens versorgt. Der Notfallpatient im Schockraum wurde inzwischen erstversorgt und nun liegen auch die

wichtigsten Befunde wie Blutbild, Röntgen, EKG etc. vor. Die Diagnose: „Der Patient hat einen akuten Infarkt.“ Mit einem kurzen Anruf werden die diensthabenden Kardiologen informiert und für die weitere Behandlung angefordert.

„Ihr Mann wird jetzt von den Herzspezialisten weiterbehandelt“, versucht der Notfallmediziner die Gattin des Patienten zu beruhigen. „Das ist der Vorteil einer so großen Klinik. Wir können jederzeit, 24 Stunden am Tag, Spezialisten aus allen Fachbereichen zur Unterstützung beziehen. Ihr Mann ist daher in besten Händen.“

„Warum geht da nichts weiter?“, beschwert sich eine Patientin. „Es dauert eine Weile, bis alle Ihre Befunde bei uns eintreffen. Erst dann kann der Arzt mit Ihnen die Diagnose besprechen“, bittet eine Krankenschwester um Verständnis.

Ärztlicher Rat. „Wir würden Sie gerne für eine Nacht hier behalten und weiter beobachten“, erklärt eine Ärztin ihrem Patienten und bittet das Pflegepersonal, alles Erforderliche für die Unterbringung in der Aufnahme-station in die Wege zu leiten. Ein paar Stunden mit seriel-len Blutabnahmen und weiteren EKGs werden den Ärzten mehr Erkenntnisse für die weitere Therapie vermitteln.

Endlich liegen auch die Befunde der ungeduldigen Patientin vor. „Ihnen fehlt nichts. Vielleicht gehen Sie nächstes Mal vorher doch zum Hausarzt? Da müssen Sie nicht so lange warten.“ Ärztlicher Rat, einmal ein bisschen anders.

20.17 h:
Das EKG bestätigt den Verdacht auf Herzinfarkt.



20.43 h:
Letzte Vorbereitungen im Herzkatheterlabor.

Facts

→ Rund 5.000 Herzinfarkt-Patienten wurden 2012 mittels Herzkatheter versorgt.

Alarmstufe „Rot“.

DAS KARDIOLOGIE-TEAM WURDE VON ÄRZTEN DER NOTAUFNAHME BEREITS ANGEFORDERT UND ÜBERNIMMT DIE WEITERE BEHANDLUNG JENES PATIENTEN, BEI DEM EIN AKUTER HERZINFARKT FESTGESTELLT WURDE.

Die Rettungskette hat hervorragend funktioniert. Nachdem der Patient über Enge im Brustbereich und Atemnot geklagt hatte, hat seine Frau sofort die Rettung angerufen und damit einen Notarzteinsatz ausgelöst. Erstversorgt mit Notfallmedikamenten wurde der Patient in die Notaufnahme eingeliefert. Hier wurde der Infarktverdacht bestätigt.

Herzinfarkt. Das EKG weist deutlich auf einen ST-Hebungsinfarkt hin und das bedeutet höchste Alarmstufe. Es gilt auch weiterhin keine Zeit zu verlieren.

Von der Notaufnahme wird der Patient umgehend ins Herzkatheterlabor gebracht. Hier wird der Patient im Bereich von Bein und Leiste gewaschen und rasiert, um über die Oberschenkelarterie einen Zugang für den Katheter legen zu können.

Der Patient ist die ganze Zeit über bei vollem Bewusstsein und ansprechbar. Über den Katheter wird vom behandelnden Oberarzt ein Draht eingeführt und bis zu jener Stelle in den Herzkranzgefäßen geführt, wo sich das Blutgerinnsel gebildet hat. Über den Draht wird anschließend noch zuerst ein Absaugkatheter eingebracht, der das Blutgerinnsel durch Einsaugen entfernen soll. Dann wird ein Ballon vorgebracht und „aufgeblasen“. Durch diese Maßnahme wird der Rest des Blutgerinnsels in die Herzwand gedrückt und der Blutfluss wieder ermöglicht. Ein Stent, eine Drahtstütze aus chirurgischem Metall, wird eingesetzt, um das Gefäß offen zu halten.

Live aus dem Herzen. Bei der Navigation in den Arterien und Gefäßen wird der Kardiologe von einem Angiographiegerät unterstützt. Zweidimensionale Livebilder des Röntgengerätes zeigen dem operierenden Arzt am Bildschirm genau, an welcher Stelle im Herzen er sich befindet. Eine Voraussetzung, um Katheter, Ballon und Stent punktgenau platzieren zu können. Nach rund 30 Minuten ist der komplizierte Eingriff vorbei. Der Patient wird mit gerinnungshemmenden Substanzen versorgt und für die nächsten 24 Stunden zur Überwachung auf die CCU („Cardiac care unit“) gebracht.

„Sie haben vorbildlich reagiert“, lobt der Kardiologe die wartende Ehefrau. „Je rascher ein Herzinfarkt, bei dem ein Gefäß komplett verschlossen ist, fachgerecht behandelt wird, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass der Herzmuskel nur geringen Schaden erleidet. Enge im Brustbereich, wie sie von Ihrem Mann geschildert wurde, ist ein klassisches Symptom, auch bekannt unter dem Namen Angina Pectoris. Da gibt es nur noch eine klare Entscheidung: Den Notarzt rufen!“

In fachkundigen Händen. Bereits seit mehr als zehn Jahren steht ein Herzkatheter-Bereitschaftsteam rund um die Uhr für die rasche Versorgung von Infarktpatienten aus ganz Tirol bereit. Ob per Rettungshubschrauber oder Notarzttransport, Infarktpatienten werden so rasch als möglich nach Innsbruck gebracht und den fachkundigen Händen der Herzkatheter-Spezialisten übergeben.



Gut ausgebildet Verantwortung übernehmen.

DURCHSCHNITTlich 15 JAHRE DAUERT IN DER REGEL DIE AUSBILDUNG ZUM FACHARZT. STUDIUM MIT KLINISCH-PRAKTISCHEM JAHR, TURNUSZEIT (AUSBILDUNG ZUM ALLGEMEINMEDIZINER) UND SONDERFACHAUSBILDUNG LIEGEN AUF DIESEM WEG.

In allen Bereichen der Klinik sind sowohl Studierende im klinisch-praktischen Jahr (KPJ) als auch Turnusärzte sowie Ärzte in Facharztausbildung anzutreffen.

Ein langer Tag liegt inzwischen hinter den zahlreichen Turnusärzten am LKI. Vielfach zuerst Dienst in der Ambulanz, dann auf der Station bei der Visite (bed-side-teaching), danach zur gemeinsamen Therapiebesprechung mit den leitenden Ärzten, um von deren Erfahrung und Wissen lernen und profitieren zu können, vielleicht noch als Assistenz in den OP, dann wieder zurück auf die Station ...

Dazwischen liegen noch Dokumentationsaufgaben, das Anfordern von Konsiliardiensten, die Patientenversorgung mit Infusionen, Arzt-Patienten-Gespräche und anderes mehr.

Ausbildungszeit. Turnusärzte tragen ganz wesentlich zur bestmöglichen Patientenversorgung bei. Ihre Befugnisse zu selbständiger Arbeit hängen entscheidend vom jeweiligen Ausbildungsfortschritt ab und sind genau und streng geregelt.

Und selbst Studierende im KPJ haben bereits so viele medizinische Vorkenntnisse, dass sie einige Aufgaben – immer noch unter entsprechender Aufsicht – bereits selbständig erledigen können und damit langsam an die ärztliche Tätigkeit herangeführt werden. Zu diesen Aufgaben zählen z. B. Blutabnahmen, die Untersuchung von Patienten zur Statuserhebung, die Anamnese mit Erhebung der Lebensgewohnheiten sowie des sozialen Umfelds und anderes mehr.

Jus practicandi. Nach erfolgreichem Abschluss des Studiums und des KJP beginnt immer noch die überwiegende Mehrheit eine Ausbildung zum Allgemeinmediziner (Turnus), ehe daran anschließend mit der Facharztausbildung begonnen wird. Der Turnus endet nach drei Jahren Ausbildung in verschiedenen Fachdisziplinen und erfolgreich abgelegter Prüfung. Damit wird das „jus practicandi“ erworben, die Berechtigung zur selbständigen Berufsausbildung. Neue Studienregelungen ermöglichen auch den direkten Weg vom erfolgreichen Studienabschluss zur Facharztausbildung. Allerdings genießen Assistenzärzte mit „jus practicandi“ an den meisten Kliniken immer noch höheren Stellenwert. Nicht so am LKI, hier werden optional beide Ausbildungswege ermöglicht.

Nachtdienst mit Verantwortung. Im Nachtdienst übernimmt der Turnusarzt die medizinische Verantwortung für die Patienten. Er ist dafür bereits ausreichend ausgebildet und seine Kenntnisse zu selbständigem Arbeiten sind detailliert in einem sogenannten „Ausbildungs-Logbuch“ dokumentiert. Begleitend dazu werden Turnusärzte auch noch von Mentoren sowie von Ober- und Fachärzten in kollegialer Weise supervidiert und das Können der Turnusärzte wird laufend qualitätssichernden Kontrollen unterzogen. Den Turnusärzten am LKI steht heute noch eine lange Nacht bevor. Mit viel Verantwortung, mit berechtigtem Vertrauen in ihre Kenntnisse und ihre intensive Vorbildung sowie dem Wissen, im Bedarfsfall einen erfahrenen Facharzt zur Hilfestellung beiziehen zu können. Umsichtig betreut von Pflegepersonal und Turnusärzten können die Patienten auf den Stationen in besten Händen ihre Nachtruhe genießen.

Facts

2012 waren in der TILAK im Einsatz

→ 81 Turnusärzte in Ausbildung zum Allgemeinmediziner

→ 295 Ärzte mit „jus practicandi“ in Ausbildung zum Facharzt



Klinikseelsorge:

Ein ökumenisches Seelsorgeteam steht Patienten und Angehörigen rund um die Uhr für vertrauliche Gespräche zur Verfügung. Es vermittelt gerne auch Kontakt zu Seelsorgern anderer Konfessionen und Religionsgemeinschaften.



Stimmungsvoll durch die Nacht.

AUF DER TRAUMA-INTENSIVSTATION IST ES UM DIESE ZEIT GANZ BESONDERS RUHIG. GEDÄMMTES LICHT SORGT FÜR ENTSPANNENDE ATMOSPHERE.

An den lebenserhaltenden Maschinen und Geräten leuchten unzählige kleine Lämpchen und LEDs und verleihen dem Raum eine fast magische Stimmung.

Auszeit. Drei Pflegemitarbeiter sitzen am Pult in der seitlichen Raummitte. Von hier aus haben sie alles bestens im Blick. Die anderen Kollegen nutzen die Zeit für eine kurze Auszeit im angrenzenden Aufenthaltsraum. „Das Gespräch mit der Mutter, ... so viele Schicksalsschläge in letzter Zeit und jetzt auch noch der Sohn ...“, trotz Erfahrung im Umgang mit Angehörigen, trotz großer Routine, manche Situationen machen noch immer betroffen. Auch erfahrene Intensivpfleger sind davor nicht gefeit. In der Pause können die Mitarbeiter darüber reden und das tun sie jetzt auch.

Stille. Die Stille im Patientenzimmer dagegen bietet Gelegenheit, um zwischendurch ein wenig abzuschalten. Bestellungen für die Apotheke zu schreiben. Einträge am PC zu erledigen. Jeder nützt die Zeit auf seine Weise. Zwei Stunden bleiben noch bis zum nächsten routinemäßigen Versorgungs- und Kontrollrundgang.

Fürsorge. Ebenso wie am Tag steht allen Patienten ein Pflegemitarbeiter zur Seite. Sie übernehmen alle Aufgaben, die der Patient nicht selbst wahrnehmen kann. Den anderen Teil übernehmen die Maschinen, die von den Pflegern nach Vorgaben der Ärzte bedient werden. Ob die Patienten die fürsorgliche Betreuung mitbekommen? Das weiß man nicht und versucht doch, sich in den anvertrauten Menschen hineinzufühlen. Erzählungen aus seinem sozialen Umfeld helfen dabei. Es ist

wichtig, zu ahnen, was dem Patienten wichtig ist, wenn er aufwacht. Darüber macht man sich in den ruhigen Nachtstunden so manche Gedanken.

Der diensthabende Arzt kommt ebenfalls in den Aufenthaltsraum. Er ist die ganze Nacht auf der Station, darf diese auch nicht verlassen. Binnen Sekunden wäre er daher im Ernstfall vor Ort. Die medizinische Arbeit, Diagnose und Therapie, findet in der Regel tagsüber statt, stets begleitet von intensiver pflegerischer Betreuung. Die Nacht gleicht den Tagesstress ein bisschen aus.

24 Stunden intensiv. „Wir bekommen noch eine Notfallaufnahme“, informiert eine Pflegerin das gesamte Team. Man ist eingespielt aufeinander. Ärzte und Pflegepersonal arbeiten hier sehr eng zusammen, auf Augenhöhe. Vier Stunden ist es her, seit der schwerverletzte Patient im Schockraum eingetroffen ist. Er wurde inzwischen operiert. Sein Zustand ist nach wie vor ernst. Arzt und ein Teil des Pflegepersonals sind bereit, um die weitere Versorgung des Patienten zu übernehmen.

„Auf der Intensivstation bekommen Patienten die beste medizinische und pflegerische Betreuung und haben gute Chancen, wieder in ein aktives Leben zurückzukehren“, beruhigt eine Schwester die bereits eingetroffenen Angehörigen. Trotzdem wird das Gespräch noch längere Zeit in Anspruch nehmen. Das weiß sie. Man nimmt sich einfach die erforderliche Zeit dafür. In der Zwischenzeit übernehmen die Kollegen drinnen, im Patientenzimmer, vertretungsweise ihre Aufgaben. „Ihrem“ Patienten wird es an nichts fehlen. Das weiß sie aus täglich gelebter Teamarbeit!

Facts

- Etwa 85 % aller Patienten der Trauma-Intensivstation werden wieder entlassen.
- Etwa zwei Drittel davon kehren in ein aktives, selbstständiges Leben zurück.
- Rund 3.000 Euro kostet ein Intensivpflegebett pro Tag.



Medizin total vernetzt.

SPITZENMEDIZIN IST OHNE IT-TECHNISCHE UNTERSTÜTZUNG
KAUM MEHR MÖGLICH.

„Wir haben ein Problem mit der EDV. Radiologische Bilddaten und bestimmte Befunde kommen nicht an. Was können wir tun?“ Der Anruf erreicht den IT-Mitarbeiter mit Bereitschaftsdienst zu Hause. Er ist heute für den First-Level-Support eingeteilt.

Die Mitarbeiter vom technischen Journaldienst, die rund um die Uhr Dienst in der Klinik versehen, haben die Störungsmeldung aufgenommen und das Problem bereits vor Ort einem ersten „Check“ unterzogen. „Es scheint sich um ein generelles Problem bei der Übertragung zu handeln, nicht um einen Einzelfall“, so die weiterführenden Informationen.

Fernwartung. „Ich schaue mir das sofort an und melde mich dann wieder“, übernimmt ab jetzt der IT-Techniker die weitere Problemlösung. „Fernwartung“ lautet das Zauberwort bei den meisten nächtlichen EDV-Störungen. Mittels Remoteverbindung klinkt sich der Techniker in die klinikinternen EDV-Serversysteme ein und versucht zu eruieren, welches der vielen Einzelsysteme und Schnittstellen für die Störungen verantwortlich sein könnte.

Alle Computerarbeitsplätze arbeiten mit verschiedenen, vernetzten Programmen und Serversystemen im Hintergrund. Systemfehler sind vor allem daran zu erkennen, dass mehrere Arbeitsplätze davon betroffen sind.

Problemlösung vor Ort. Leider lässt sich das Problem heute nicht sofort mittels Fernwartung beheben, weitere IT-Spezialisten werden aus der Nachtruhe geholt, um den Problemen gemeinsam und vor Ort auf den Grund zu gehen.

Alle wichtigen EDV-Systeme sind redundant (also doppelt) aufgebaut, das hilft in vielen Problemsituationen. Für den Notfall steht ein zweites Rechenzentrum zur Verfügung, das die IT-Versorgung auch bei Katastrophenfällen sicherstellt (z. B. Brand oder Wassereintritt im Rechenzentrum).

System-Check. Innerhalb kürzester Zeit treffen die alarmierten IT-Mitarbeiter in der EDV-Zentrale ein und beginnen die komplexen Systeme und Zusammenhänge auf mögliche Fehler zu überprüfen. Einer checkt das PACS, mit dem MR- oder CT-Bilder an die behandelnden Ärzte übertragen und gleichzeitig in einem digitalen Archiv abgelegt werden. Ein zweiter Mitarbeiter überprüft zeitgleich die Schnittstellenrechner und das Laborsystem, das in der Diagnostik einen sehr wichtigen Stellenwert einnimmt, und gibt bald darauf Entwarnung: „Da läuft alles bestens.“

Es dauert nicht lange, dann wird die Ursache der Störung gefunden und von den IT-Technikern umgehend selbst behoben. Alle Systeme laufen wieder völlig normal, die Daten werden nachübertragen. Die Ursache für den Fehler wird man am nächsten Tag noch genauer analysieren und allfällig erforderliche Optimierungsarbeiten durchführen. Für heute Nacht ist das Problem jedenfalls gelöst und alle Befunde und Bilder kommen innerhalb kürzester Zeit auch wieder dort an, wo sie gebraucht werden. Die Sicherheit der Patienten war trotz allem nicht eingeschränkt, es hat nur manches länger gedauert als sonst in diesem IT-technisch hoch ausgestatteten Krankenhaus üblich.

23.42 h:
Alle Daten und Systeme
sind mehrfach gesichert.

Facts

Zahlreiche eigenständige IT-Systeme sorgen für reibungslose Abläufe:

- Klinisches Informationssystem (KIS)
- Radiologisches Informationssystem (RIS) mit digitalem Röntgen (PACS)
- Patientendatenmanagementsystem (PDMS)
- Laborsysteme (LIS)
- Blutbanksysteme
- OP-Planungssysteme
- kaufmännische Systeme (SAP) u. v. a. m.

0.33 h:
In Folge einer nächtlichen Störungsmeldung wird die Kälteanlage auf ihre Funktionstüchtigkeit überprüft.

Ohne Technik läuft gar nichts.

365 TAGE, TAG UND NACHT, SIND DIE TECHNISCHEN MITARBEITER FÜR SICHERHEIT, HANDWERKLICHE NOTFÄLLE UND FUNKTIONSTÜCHTIGE ANLAGEN IM EINSATZ.

Seit 16.00 Uhr hat das dreiköpfige Journaldienst-Team die alleinige Verantwortung für alle technischen Anlagen. Tagsüber je nach Profession für zahlreiche handwerkliche Installations-, Reparatur- und Servicetätigkeiten innerhalb ihres Gewerkes zuständig, müssen die Mitarbeiter während des nächtlichen Journaldiensts vor allem technische Vielseitigkeit unter Beweis stellen. In der Nacht sind die handwerklichen Allrounder für all jene technischen Probleme zuständig, die in Eigenregie ausgeführt werden können, und das ist ziemlich viel: Von der Lüftungs- und Klimaanlage bis hin zu den Aufzügen, von der allgemeinen Stromversorgung bis hin zur Rohrpostanlage, vom Schwesternruf bis zu den automatischen Türen und noch vieles mehr.

Prioritäten setzen. Journaldienst, das bedeutet keineswegs ein paar ruhige Stunden, auch nicht in der Nacht. Die zentrale Gebäudeleittechnik überwacht alle wichtigen Systeme, registriert und meldet selbst kleinste Störungen im Betrieb. Sogar eine ausgefallene Glühbirne kann zu einem dringenden Fall werden, wenn durch die Dunkelheit Gefahr für Patienten oder Mitarbeiter besteht. Störungsmeldungen von den Notstromaggregaten, die im Notfall u. a. die ausfallfreie Weiterversorgung von OP- und Intensivstationen sicherstellen, stehen in der Rangordnung der Dringlichkeitsfälle natürlich ganz obenauf.

Brandalarm. Der Brandalarm geht an drei Stellen gleichzeitig ein. In der Brandmeldezentrale, bei den drei Journaldienstmitarbeitern und bei der Berufsfeuerwehr. Jetzt gilt es keine Zeit zu verlieren. Alle drei Mitarbeiter starten sofort los. Jeder hat im Brandfall eine fixe Auf-

gabe zugeteilt, gegliedert in die Funktionen 1, 2 und 3. Journaldienst 1 startet zur Brandmeldezentrale. Hier wird genau angezeigt, wo der Brandalarm ausgelöst wurde. Mit dieser Information versehen laufen Journaldienst 2 und 3 zum Ort der Brandmeldung, um erste Maßnahmen einzuleiten. „Wir sind vor Ort. Alles o.k. Du kannst den Einsatz beenden“, melden sie über Funk. „Ein Brandmelder im Patienten-WC hat angeschlagen.“ Die Männer der Berufsfeuerwehr sind bereits zur Klinik unterwegs, können den Funkverkehr der Journaldienstmitarbeiter aber live mitverfolgen. Trotzdem wird die Meldung über den Fehlalarm vom Journaldienst 1 über einen gesicherten Kontakt zur Feuerwehr nochmals bestätigt. Die Feuerwehr dreht um. Fehlalarm. Erledigt!

Alle Journaldienstmitarbeiter sind in Brandschutz geschult und als schwere Atemschutzträger ausgebildet. Das heißt, sie könnten im Ernstfall Außenluft-unabhängig erste Evakuierungen veranlassen. Ihre Hauptaufgabe im Brandfall ist in der Regel allerdings, die Feuerwehr tatkräftig zu unterstützen. Mit Informationen über die besten und schnellsten Anfahrtswege und Zugänge, technische Versorgungsleitungen, Brandabschnitte, Fluchtwege und noch vielem mehr.

Wichtige Kleinigkeiten. Der Brandmelder im Patienten-WC wird wieder in Betrieb gesetzt, auf seine Funktionalität überprüft und die drei Journaldienstmitarbeiter widmen sich wieder den anderen Problemmeldungen. Vielfach nur Kleinigkeiten. Für einen ungestörten Betrieb aber wichtige Kleinigkeiten. Sowohl für Mitarbeiter als auch Patienten.

Facts

- Im LKI gibt es
- ca. 17.000 Brandmelder
- ca. 1.800 Handfeuerlöcher
- ca. 500 Wandhydranten
- Brandschutzgruppe mit 60 Mitarbeitern
- 30 Mitarbeiter mit Ausbildung für schweren Atemschutz
- jährliche Mitarbeiterschulungen für ca. 800 Personen
- regelmäßige Löschübungen für jährlich rund 350 Mitarbeiter

Facts

In der Anstaltsapotheke sind beschäftigt:

- 14 Apotheker
- 30 sonstige Mitarbeiter, wie z. B. pharmazeutisch-kaufmännische Assistenten, Drogisten, Magazineure, Sekretärinnen, Lehrlinge etc.

Die Apotheke hat Dienst, das Personal frei.

RUND UM DIE UHR TREFFEN MEDIKAMENTENANFORDERUNGEN IN DER ANSTALTSAPOTHEKE EIN. IN DER NACHT NIMMT ALLERDINGS NUR DIE EDV BESTELLUNGEN ENTGEGEN.

Einen Nachtdienst in der Anstaltsapotheke des Landeskrankenhauses Innsbruck einzurichten, wäre Verschwendung von personellen Ressourcen. Alle Kliniken und Stationen sind ausreichend mit Medikamentenvorräten ausgestattet. Außerdem gibt es Notdepots für selten benötigte Arzneimittel, wie z. B. Gegengifte, Malariamittel, Blutpräparate oder spezielle Medikamente für Stoffwechselerkrankungen bei Kindern.

Nachtarbeit. Und dennoch wird in der Apotheke auch nachts gearbeitet. Aus insgesamt 16 Krankenhäusern, von Dornbirn bis Mittersill, werden via Datenleitung Medikamente für den nächsten Tag geordert. Diese computerunterstützten Bestellungen werden von einem eigenen EDV-System weiterverarbeitet und als sogenannte „Reservierungen“ auf mehreren PC-Arbeitsplätzen im Lager der Apotheke zur Weiterbearbeitung zur Verfügung gestellt. Mittels mobiler Datenerfassungsgeräte kommissionieren die Apothekenmitarbeiter am Folgetag die Lieferungen für die Krankenhäuser und ihre Stationen.

Auf Basis der „Reservierungen“ werden vom Computer über Nacht Vorschläge für die zu tätigen Bestellungen bei den Lieferungen errechnet. Nach Überprüfung durch einen Apothekenmitarbeiter am nächsten Tag werden die Bestellungen, wiederum elektronisch, versandt. Somit wird gewährleistet, dass sofort für die entsprechende Nachbestückung des Lagers gesorgt ist.

Für Ausnahmefälle bereit. Etwa 30 Minuten entfernt von der Klinik genießt der Pharmazeut mit Nachtdienstbereitschaft seinen wohlverdienten Schlaf. Nur in seltensten Fällen wird die Rufbereitschaft auch wirklich in Anspruch genommen. Nächtliche Aufnahmen von Patienten, die auf ganz spezielle Medikamente angewiesen sind, wie z. B. Hämophilie-Patienten (ugs. Bluter) oder Patienten mit seltenen Unverträglichkeiten oder Chemotherapie, sind äußerst selten. Im Bedarfsfall könnte der Nachtdienst jedoch binnen 30 Minuten in der LKI-Anstaltsapotheke anwesend sein und entsprechende Medikamente ausgeben.

Facts

- 3.600 Medikamente sind permanent auf Lager.
- 16 Krankenhäuser werden von Innsbruck aus beliefert.
- Rund 180 individuelle Chemotherapien (Zytostatika) werden täglich nach Anforderung zubereitet: nach Indikation, Gewicht und Körperoberfläche des Patienten u. a. m.
- Nach vorliegendem Blutbildbefund entscheidet die/der behandelnde Ärztin/Arzt über die Anwendung der Chemotherapie und erteilt ggf. die Freigabe dafür.
- Ca. 1 Stunde später werden die für den Patienten genau passend hergestellten Zytostatika bereits an die jeweilige Station, Klinik oder Tagesklinik geliefert.
- Bei externen Krankenhäusern stehen für die Herstellung der Präparate von der Anforderung bis zur Ausgabe max. 2 Stunden zur Verfügung.



Facts

- Etwa 750 Schlaganfall-Patienten werden jährlich an der Stroke-Unit aufgenommen.
- Rund 10 % davon sind unter 50 Jahre.
- Mehr als 60 % aller Schlaganfall-Patienten können danach wieder völlig selbständig leben, viele davon auch wieder völlig beschwerdefrei.

2.11 h:

Alle Patienten voll im Bild.

„Stand-by“ auch in ruhigeren Stunden.

DER ÄRZTLICHE NACHTDIENST VERLÄUFT JE NACH KLINIK, PATIENTENSTRUKTUR UND MEDIZINISCHER FACHRICHTUNG SEHR UNTERSCHIEDLICH: MAL ETWAS RUHIGER, MAL DURCHGEHEND STRESSIG.

An der Stroke-Unit, hier werden Schlaganfall-Patienten erstversorgt und permanent überwacht, kehrt für den diensthabenden Oberarzt endlich ein bisschen Ruhe ein. Bis lange nach Mitternacht war der Neurologe heute permanent auf den Beinen.

Intensiv überwacht. In der Überwachungsstation sind acht schwerkranke Patienten mit multiplen Problemen zu betreuen. Hier hat der diensthabende Arzt bisher die meiste Zeit des Abends und der frühen Nacht verbracht. Besonders die gestern Abend eingelieferten Schlaganfall-Patienten sind auf intensive Therapie und medizinische Betreuung angewiesen. Eine permanente Überwachung aller Patienten an der Stroke-Unit sorgt dafür, dass jede bedrohliche Veränderung am Zustand der Patienten wahrgenommen wird und unmittelbar darauf reagiert werden kann.

Im Moment sind alle Patienten umfassend versorgt. Zeit für den diensthabenden Oberarzt, um sich erstmals in dieser Nacht ungestört in sein Dienstzimmer zurückzuziehen. Seit rund 17 Stunden ist er bereits im Dienst, außer zwei kurzen Pausen für die Mahlzeiten blieb heute nicht viel Zeit zur Erholung.

Jede Sekunde zählt. Tagdienst auf der Überwachungsstation, dazwischen zwei neue Schlaganfall-Patienten, die in der Notaufnahme im MZA eingeliefert und erstversorgt wurden. Das bedeutet Stress: Bei Schlaganfall ist keine Zeit zu verlieren. Je rascher mit der Therapie,

oft mittels Thrombolyse (Gerinnsel-auflösende Therapie), begonnen wird, desto besser. Daher werden die Schlaganfall-Spezialisten bereits vom Notarzt über die bevorstehende Einlieferung eines Patienten informiert und stehen beim Eintreffen der Rettung schon in der Notaufnahme bereit. Trotz aller Routine: Stress und Anspannung lassen sich dabei nicht vermeiden.

Ein Blick auf die Uhr: 2.34 Uhr. Niederlegen lohnt sich nicht, das weiß der erfahrene Arzt aus Erfahrung. An der Stroke-Unit und in der Notfallaufnahme, für die er in der Nacht alleine im Schlaganfalldienst steht, ist jederzeit mit einem Notfall zu rechnen.

Nächtliche Schreibtischarbeit. Am Schreibtisch hat sich tagsüber einiges an Arbeit angesammelt. Dafür ließe sich die etwas ruhigere Stunde jetzt gut nützen.

Es bleibt beim Vorsatz: In der Notfallaufnahme wurde ein Patient mit Schlaganfall-Symptomen angekündigt. Das Eintreffen der Rettung wird in knapp zehn Minuten erwartet. Noch einmal kurz in die zentrale Überwachung, um einen Blick auf die Monitore zu werfen. Die Patienten an der Stroke-Unit sind im Moment alle den Umständen entsprechend stabil. Aber auch das könnte sich binnen Sekunden ändern.

„Ich bin in der Notfallaufnahme, ein neuer Patient“, lässt der Oberarzt die Pflegemitarbeiter in der zentralen Überwachung noch wissen und macht sich auf den Weg.



3.21 h:
Von Anfang an gut umsorgt ...



3.34 h:
... und wohlbehütet.



Babys fragen nicht nach der Zeit.

DER KREISSAAL, DAS SIND MEHRERE MODERN UND GEMÜTLICH EINGERICHTETE EINZELZIMMER. KEIN SAAL. KEINE KRANKENHAUSATMOSPHÄRE. NUR DER NAME IST GEBLIEBEN: KREISSAAL.

Die Entbindungsstation ist den ganzen Tag über zugänglichsichergestellt. So natürlich auch in der Nacht. Nervös steht das angehende Elternpaar vor der Türe und läutet. Eine Hebamme nimmt die beiden im Empfang. Die Frau hat bereits Wehen und nach einer ersten Untersuchung im Aufnahmerraum entscheidet die Hebamme: „Sie bleiben am besten gleich da!“

Dem Baby geht es gut. Von der Hebamme werden die wichtigsten persönlichen Daten aufgenommen und EDV-mäßig erfasst, dann kommt auch schon die Ärztin, um die neue Patientin kennenzulernen und eine erste Untersuchung vorzunehmen. „Es ist alles in Ordnung, dem Baby geht es gut“, beruhigt sie die junge Mutter.

Gemütliche Atmosphäre. „Das schaut gar nicht nach Krankenzimmer aus“, stellt der angehende Vater überrascht fest. Es sind kaum medizinische Geräte zu sehen, der Raum ist hell und freundlich ausgestattet. Die Hebamme lässt die beiden kurz allein, es hat erneut an der Tür geläutet. Die zweite Hebamme, die heute Nachtdienst versieht, ist unabhömmlich, im Kreißaal nebenan bringt soeben eine Mutter ihr erstes Kind zur Welt.

Das Team der Geburtenstation ist rund um die Uhr auch für Notfälle da. Schwangere Frauen mit unerwarteten Problemen werden ebenfalls hier angenommen und untersucht. Auch dafür sind die Hebammen erster Ansprechpartner.

Erfahrung zählt. Von all dem bekommen die Frauen in den Kreißsälen nichts mit. Kardiotokografen (CTGs)

überwachen Mutter und Kind und zeichnen sowohl die Herzschlagfrequenz des Ungeborenen als auch die Wehentätigkeit der werdenden Mutter auf. Auch wenn die Hebamme nicht im Zimmer ist, an den Überwachungsbildschirmen sieht sie genau, wie es dem Kind geht. Nur eines verraten die Monitore nicht: Wann die Geburt tatsächlich beginnt. Dabei muss die Hebamme auf ihre Erfahrung vertrauen.

Das zuletzt eingetroffene Paar hat es sich im Kreißaal inzwischen so gut als möglich gemütlich gemacht. Beide sind furchtbar nervös und hätten die Hebamme am liebsten die ganze Zeit um sich. Die betreuende Hebamme ist daher so oft als möglich anwesend, auch dann, wenn sie weiß, dass eigentlich noch keine Dringlichkeit besteht.

Im Dauereinsatz. Was die bestens umsorgten Gebärenden und ihre Begleitungen nicht sehen, sind die vielen Aufgaben, die die Hebammen sonst noch erledigen müssen. Vor allem in der Nacht, wo weder Sekretärin noch Abteilungshilfe anwesend sind. Sie beruhigen und umsorgen die Gebärenden, häufig auch deren Begleitpersonen, betreuen Notfallpatientinnen, versorgen die Neugeborenen, bringen den frischgebackenen Müttern zu essen und zu trinken und finden zwischendurch auch noch Zeit, um unerlässliche Dokumentationsarbeiten zu erledigen und das Telefon zu bedienen.

„Nebenan ist gerade ein gesundes kleines Mädchen zur Welt gekommen und bei Ihnen wird es auch nicht mehr lange dauern“, verspricht die Hebamme dem jungen Paar. Ab jetzt bleibt sie bei den beiden ...

3.52 h:
Mutter und Kind
sind erschöpft,
aber wohlauf.



Facts

In den TILAK-Geburtsstationen kamen 2012
→ insgesamt 3.266 Babys zur Welt
(1.726 Buben und 1.540 Mädchen),
→ davon 2.239 in Innsbruck und 1.027 in Hall.

4.22 h:
Laborbefunde
unterstützen Diagnostik.

Analysen im Hightech-Labor.

LABORBEFUNDE ALS WESENTLICHER BESTANDTEIL DER DIAGNOSTIK SIND AUS DER MODERNEN MEDIZIN NICHT MEHR WEGZUDENKEN.

Draußen ist es dunkel. Tiefe Nacht. Selbst im großen Areal der Innsbrucker Klinik sind nur wenige Bereiche hell erleuchtet. Nur hie und da sieht man hinter ein paar Fenstern Licht.

Kurz und bündig. Im Zentralen Versorgungsgebäude im südlichen Teil des Klinikareals hebt sich der 5. Stock als einer der hell beleuchteten Bereiche deutlich von seiner Umgebung ab. Hier im 5. Stock ist das Zentrallabor der Klinik untergebracht. Die genaue Bezeichnung lautet Zentralinstitut für medizinische und chemische Labor-diagnostik (ZIMCL), aber das sagt natürlich keiner. Zentrallabor, da weiß jeder, was gemeint ist.

Mit Poststation. Das Zentrallabor hat sogar eine eigene Poststation. Für die Rohrpost, mit der das Zentrallabor mit allen Bereichen im Klinikareal verbunden ist. Von überall her werden Blut-, Harn-, Stuhl- und Gewebeproben angeliefert, im Labor analysiert und daraus Diagnosen abgeleitet. Durchschnittlich drei bis vier Stunden dauert eine Analyse.

In wenigen Minuten. In den Nachtstunden und mit reduziertem Personalstand werden vorwiegend Proben von Notfallpatienten bearbeitet. In ganz dringenden Fällen liegen lebenswichtige Routineanalysen bereits nach wenigen Minuten vor und liefern den behandelnden Ärzten erste wichtige Erkenntnisse über den Gesundheitszustand des Patienten. Aus der Notfallaufnahme im MZA ist soeben eine dringende Blutprobe eingetroffen. Eine biomedizinische Analytikerin bereitet

die Probe vor und setzt das mit modernster Technik ausgestattete Analysegerät in Betrieb. So modern und technisch ausgereift diese Geräte auch sind, ohne fachkundiger Bedienung durch das wissenschaftliche Personal stünden am Ende keine aussagekräftigen Daten zur Verfügung.

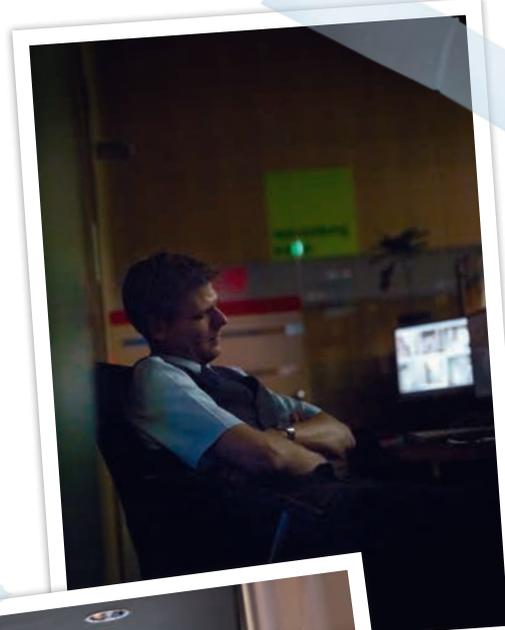
Eindeutig diagnostiziert. Das Ergebnis der Untersuchung lässt mit Werten aufhorchen, die eine weitere, noch genauere Analyse erfordern. „Liegt hier möglicherweise eine Blutungskomplikation vor?“, zieht die Analytikerin einen Kollegen zu Rate. Die vorliegenden Ergebnisse werden nochmals kontrolliert, gemeinsam diskutiert und mit konsiliarischer Unterstützung zu einer eindeutigen Diagnose zusammengefasst.

Dem behandelnden Arzt in der Notfallambulanz wurde mit den eindeutigen Laborergebnissen eine unverzichtbare Information für die einzuleitende Therapie geliefert. Interdisziplinäre Zusammenarbeit weit über Gebäudegrenzen hinweg. Erfolgreich unterstützt und gefördert von einem hochkomplexen IT-gestützten Beförderungssystem, der Rohrpost.

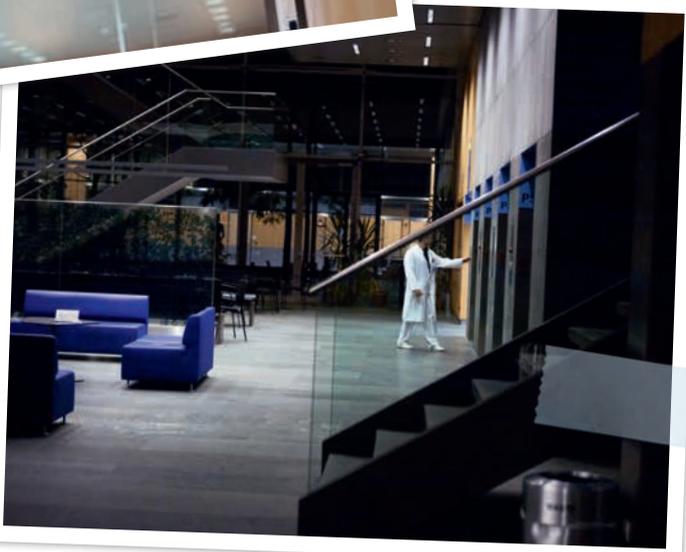
Mit der Rohrpost schnell ans Ziel. Das Rohrpostsystem am LKI verbindet sämtliche Kliniken, Labore und Verwaltungsbereiche untereinander. Insgesamt 45 km umfasst das Rohrsystem, über 5.000 Rohrpostbüchsen sind täglich unterwegs, ca. 640 computergesteuerte „Abzweigungen“ sorgen dafür, dass jede Rohrpostbüchse punktgenau ihr Ziel erreicht.

Facts

- täglich zwischen 2.500 und 3.500 Probenröhrchen zur Untersuchung
- das ergibt bis zu 18.000 Einzelanalysen
- durchschnittliche Analysezeit pro Probe 3 bis 4 Stunden



5.07 h:
Es ist still geworden ...



5.16 h:
... aber nicht
menschenleer.

Ortskundig, hilfreich und verbindend.

EINSAM, ABER NICHT LANGWEILIG SIND DIE NACHTDIENSTE IN DER TELEFONZENTRALE UND IN DEN DREI NÄCHTLICH BESETZTEN PORTIERLOGEN.

In der Telefonzentrale ist es ruhig. Wie fast immer zu diese Zeit. Kaum jemand bittet um eine Auskunft oder um die Weiterleitung eines Telefonats. Ein einziger Bildschirmarbeitsplatz ist in Betrieb. Das Headset liegt am Tisch, eingehende Anrufe oder Alarmer werden in der Nacht akustisch gemeldet. Bis jetzt war die Nacht ruhig. Kein Alarm aus der Tiefgarage, weil sich ein Schranken nicht öffnen ließ. Niemand, der im Aufzug versehentlich den Alarmknopf gedrückt hat ...

Klinik und mehr. Teilweise werden in der Nacht auch die Außenhäuser der TILAK über die LKI-Telefonzentrale mitbetreut und auch die Medizin-Universität nimmt ab 17.00 Uhr die Dienste der LKI-Vermittlung in Anspruch. Aber auch von dieser Seite ist um 5.00 Uhr früh nicht viel Andrang zu erwarten. Ein bisschen Fernsehen, Zeitung lesen ...

Kommunikation verbindet. Noch knapp zwei Stunden, dann kommen die anderen Kollegen wieder zum Tagdienst. Da ist dann schon mehr los. Bis zu zehn Mann Besetzung haben dann wieder alle Hände voll zu tun: Gespräche von und zu Patienten, Kliniken und Ärzten vermitteln, bei Hubschrauberanlieferungen alle erforderlichen Stellen informieren und die Kommunikation dazu organisieren, Fehlnotrufe in den Liften über die direkte Sprechverbindung abklären und alle eingehenden Alarm- und Fehlermeldungen genau dokumentieren.

Ein Blick in die Portierslogen im MZA, in der Chirurgie und in der Unfallchirurgie zeigt, dass auch hier einigermaßen Ruhe herrscht. Um 5.00 Uhr kommen nur noch

selten Patienten und fragen nach dem Weg. Die Notfallaufnahme im MZA wird zwar die ganze Nacht über frequentiert, aber gegen Morgen lässt auch die Zahl der selbst kommenden Patienten nach. Das gilt auch für die Zahnklinik im MZA.

Späte Gäste. Ähnlich das Bild im Chirurgiegebäude. Nur in der Unfallaufnahme scheint heute kein Ende in Sicht. Nachtschwärmer und Verletzte von Schlägereien, gestürzte Personen, jemand mit einer großen Schnittwunde. Woher? Es ist gut, dass die Portierslogen in der Nacht ausschließlich männlich besetzt sind. Nicht alle „späten Gäste“ sind einfach handzuhaben. Wenigstens wurde heute niemand von Unbekannten einfach vor der Tür abgelegt. Auch das kommt hin und wieder mal vor.

Noch zwei Stunden, dann geht der heutige Nachtdienst zu Ende. Einer von fünf Nachtdiensten in Serie. Dann folgen ein paar freie Tage und dann ein paar Dienste am Tag. Im Tagdienst haben die Portiere ein viel breiteres Spektrum an Aufgaben zu erfüllen. Zum Patientenservice gehört u. a. die Ausgabe von Telefonkarten, das Erteilen von Auskünften, z. B. über Aufenthaltsorte von Patienten, Wegbeschreibungen und vieles mehr. Doch noch ist die heutige Nacht nicht zu Ende und bis zur Ablöse in knapp mehr als einer Stunde kann noch viel passieren.

Kliniklotsen. Seit 2011 bieten 28 ehrenamtliche Mitarbeiter der Klinikbrücke in Innsbruck und Hall kostenfreie Lotsendienste an. Die Kliniklotsen sind durch weiße Westen mit der Aufschrift Kliniklotse gut erkennbar und werden auf Wunsch von allen Portieren angefordert.



6.21 h:
Tag und Nacht
sicher unterwegs.



6.47 h:
Dienstübergabe
auf der Station.

5.50 h:
Eine lange Nacht
geht zu Ende.

Ein neuer Tag erwacht.

VIELE WEGE FÜHREN ZUR OPTIMALEN PATIENTENVERSORGUNG. WEGE IM FREIEN, WEGE IN GEBÄUDEN UND IN EINEM KILOMETERLANGEN UNTERIRDISCHEN WEGENETZ.

Eine lange Nacht geht zu Ende. Draußen ist es bereits wieder hell, davon bekommen die Mitarbeiter des Patiententransportservice allerdings noch nicht allzu viel mit. Den Großteil der Nacht erledigen sie ihre Arbeit unterirdisch und nützen die kilometerlangen Transportwege unter dem Klinikareal.

Von A nach B. Die Zahl der Patiententransporte hält sich nach Mitternacht in bescheidenen Grenzen. Nur der Mitarbeiter, der für die Unfallambulanz eingeteilt ist, kommt beinahe die ganze Nacht hindurch seiner eigentlichen Aufgabe nach: Patienten von A nach B zu bringen. Die anderen fünf Kollegen sind in den „Stehzeiten“ mit anderen Fixaufgaben betraut, wie z. B. dem Einsammeln von Sterilisationsgut, der Transferierung von OP-Kleingeräten und anderem mehr.

Erledigt. Koordiniert werden all diese Aufgaben von einem Mitarbeiter in der Leitstelle des Patiententransportservice. Transportanforderungen aus den einzelnen Kliniken, Stationen und Ambulanzen erfolgen ausschließlich computerunterstützt. Der Leitstellen-Disponent leitet die wichtigsten Informationen via SMS an seine Kollegen im Transporteinsatz weiter, wie z. B. Name des Patienten, Abhol- und Zielort, Transportart (gehend, sitzend, liegend) und mit der jeweiligen Priorität (Notfall oder Zeittransport) versehen. Die Auftragsannahme wird danach ebenso wie die Erledigung wieder mittels SMS bestätigt.

„Das war's wohl für heute?“ – mit dieser Frage treffen die Mitarbeiter vom Patiententransportservice der

Reihe nach in der Leitstelle ein. Jeder von ihnen ist ausgebildeter Rettungssanitäter und könnte Patienten, sollte es während des Transports erforderlich werden, Erste Hilfe leisten. Die heutige Nachtschicht geht in Kürze zu Ende, alle zugeteilten Aufgaben sind erledigt.

Eine lange Transportliste. „Von wegen, das war's für heute, jetzt geht es erst richtig los. Die lieben Kollegen von der Pflege waren sehr fleißig in der Nacht. Es liegt bereits eine lange Liste dringender Transportanforderungen vor. Die Kollegen vom Tagdienst starten wie immer mit vollem Programm in den Tag“, teilt der Disponent auch die Kollegen von der Nachtschicht noch einmal für ein paar dringende Aufträge ein. Nur so ist ein fließender Übergang vom Nacht- zum Tagdienst möglich.

Dienstende und -anfang. „Ich soll einen Patienten zum OP bringen“, meldet sich der Mitarbeiter vom Patiententransport noch kurz vor Schichtende bei einem Pfleger auf der Station. Wie immer um diese Zeit haben die Pflegemitarbeiter alle Hände voll zu tun. Die letzten Erledigungen vor Dienstübergabe. In Kürze werden die Schwestern und Pfleger vom Tagdienst eintreffen und die weitere Betreuung der Patienten übernehmen ...

Nach zwölf Stunden Dienst, vollgepackt mit unzähligen Aufgaben und großer Verantwortung, gehen die diensthabenden Nachtschwestern und -pfleger gerne heim. Um schon bald wieder, gut erholt und mit vollem Einsatz, für ihre Patienten da zu sein.

Facts

- ca. 1.500 Patiententransporte pro Tag
- 50 Rettungssanitäter stehen dafür täglich zur Verfügung, darunter auch zum Rettungssanitäter ausgebildete Zivildienster.
- Zwischen 8 und 10 Stunden sind die Mitarbeiter dabei nahezu durchgehend auf den Beinen.

ANMELDUNG

Bitte holen Sie sich zur
Anmeldung eine Nummer
bei der Information (Portier)

Das Jahr 2012 in Zahlen.



Die TILAK in Zahlen.

Die Ergebnisse des abgebildeten Wirtschaftsjahres 2012 zeigen deutlich die Entwicklungen und die Leistungen des TILAK-Verbands im ständigen Bemühen, dem gesetzlichen Auftrag gerecht zu werden, nämlich die bestmögliche medizinische Versorgung der Tiroler Bevölkerung auf höchstem Niveau zu gewährleisten.

Tag für Tag und rund um die Uhr stehen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der TILAK für die Gesundheit der Menschen in diesem Land im Einsatz. Rund 7.700 Beschäftigte arbeiten heute im gesamten TILAK-Verband. Sie haben es sich zur Aufgabe gemacht, kranken Menschen kompetente und menschliche Hilfe angedeihen zu lassen. Durch ihr Engagement und ihren Einsatz wurden die hohen Standards sichergestellt und weiterentwickelt.

Die TILAK als Rechtsträgerin.

Die Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH „TILAK – Unternehmen Gesundheit“ wurde 1991 gegründet. Alleinigere Gesellschafter der TILAK ist das Land Tirol.

Die Gesellschaft hat gemäß § 8 des Gesellschaftsvertrages einen Aufsichtsrat.

Im Berichtsjahr waren folgende Personen als Aufsichtsrat bestellt:

Dr. Dietmar Schennach (Vorsitzender)
Univ.-Prof. DDr. Christoph Huber (stv. Vorsitzender)
HRⁱⁿ Dr. Ida Hintermüller
Dipl. KH-Bw. Stefan Knitel

Vom Betriebsrat entsandt:

ZBR Gerhard Hödl
ZBR Johann Schübl

Als Geschäftsführer der „TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH“ war 2012 bestellt und im Firmenbuch eingetragen:

Mag. Stefan Deflorian, Innsbruck

Als Prokuristen waren im Berichtsjahr bestellt und im Firmenbuch eingetragen:

Mag. Dr. Markus Schwab
Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Buchberger

Die Prokuristen vertreten gemeinsam mit einem Geschäftsführer.

Die TILAK als Versorgerin.

Im Berichtszeitraum standen in den vier Landeskrankenhäusern und in der Landes-Pflegeklinik Tirol insgesamt 2.366 Betten mit einem durchschnittlichen Auslastungsgrad von 80,5 Prozent zur Verfügung.

Die Landeskrankenanstalten waren um die Aufnahme von Begleitpersonen zur Verbesserung des Heilungserfolges, insbesondere bei Kindern, sehr bemüht. Im Jahr 2012 wurden insgesamt 5.395 Begleitpersonen aufgenommen.

Tiroler Landeskrankenanstalten	systemisierte Betten 2012
Landeskrankenhaus Innsbruck	1.564
38 Universitätskliniken	
4 Institute für Patientenversorgung	
89 Stationen (davon 16 Intensivstationen)	
41 Ambulanzen	
69 Funktionseinrichtungen (Labore, Therapien, Röntgen)	
19 OP-Fächer (62 OP-Säle)	
Landeskrankenhaus Hochzirl	200
Landeskrankenhaus Natters	164
Landeskrankenhaus Hall	537
Summe TILAK	2.465

	2012		% - Abweich. 2012/2011	
	Aufnahmen	Belagstage	Aufnahmen	Belagstage
Landeskrankenhaus Innsbruck – Universitätskliniken				
Bereich Chirurgie	9.084	55.975	-1,4 %	-3,0 %
Univ.-Klinik für Visceral-, Transplant.- und Thoraxchirurgie	6.142	39.434	-2,1 %	-3,6 %
Univ.-Klinik für Gefäßchirurgie	1.780	8.906	-1,6 %	-5,0 %
Univ.-Klinik für Herzchirurgie	1.162	7.635	2,5 %	2,7 %
Univ.-Klinik für Unfallchirurgie	6.580	28.931	-2,9 %	-3,7 %
Univ.-Klinik für Orthopädie	2.775	18.513	-0,8 %	-6,1 %
Univ.-Klinik für Plast., Rekonstruktive und Ästhet. Chirurgie	2.389	8.287	-5,2 %	-7,5 %
Bereich Anästhesie	28	8.764	7,7 %	-3,4 %
Univ.-Klinik für Strahlentherapie – Radioonkologie	643	4.142	-17,8 %	4,7 %
Univ.-Klinik für Nuklearmedizin	880	3.052	8,2 %	3,8 %
Univ.-Klinik für Augenheilkunde und Optometrie	8.466	4.954	0,5 %	-25,3 %
Univ.-Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe	9.673	24.546	3,7 %	-6,3 %
Univ.-Klinik für Urologie	4.765	13.270	-1,8 %	-4,8 %
Univ.-Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	1.645	6.790	-5,1 %	1,0 %
Univ.-Klinik für Neurologie	5.212	35.162	-7,2 %	0,6 %
Bereich Innere Medizin	17.462	66.031	-4,7 %	0,1 %
Univ.-Klinik für Innere Medizin I (Endo)	3.714	16.536	-9,9 %	-1,7 %
Univ.-Klinik für Innere Medizin II (Gastrologie)	1.294	6.017	-0,1 %	-0,3 %
Univ.-Klinik für Innere Medizin III (Kardiologie)	4.317	14.823	2,9 %	1,7 %
Univ.-Klinik für Innere Medizin IV (Nephrologie)	469	5.531	-12,3 %	2,3 %
Univ.-Klinik für Innere Medizin V (Hämatologie)	4.545	13.310	-7,1 %	-0,4 %
Univ.-Klinik für Innere Medizin VI (INF)	636	5.223	-0,6 %	4,3 %
Gemeinsamer Bereich Innere Medizin	2.487	4.591	-5,9 %	-3,8 %
Univ.-Klinik für Neurochirurgie	2.217	20.861	1,7 %	1,6 %
Palliative Pflegestation/Ambulanz	203	4.396	10,3 %	13,0 %
Bereich HNO/HSS	2.832	12.165	-7,2 %	-8,8 %
Univ.-Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	2.663	11.611	-4,6 %	-5,8 %
Univ.-Klinik für HSS	169	554	-35,0 %	-45,3 %
Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie	3.456	16.885	1,3 %	3,9 %
Bereich Kinder- und Jugendheilkunde	5.954	25.061	-0,6 %	-1,6 %
Bereich Psychiatrie und Psychotherapie	2.640	41.558	-16,3 %	-0,6 %
Summe	89.904	399.343	-2,5 %	-2,2 %
Landeskrankenhaus Hochzirl				
Primariat Neurologie	754	24.390	-10,3 %	-1,8 %
Primariat Innere Medizin	2.155	41.054	-8,6 %	-0,9 %
Summe	2.909	65.444	-9,1 %	-1,2 %
Landeskrankenhaus Natters				
Primariat Pneumologie	5.065	23.269	2,0 %	-1,3 %
Primariat Innere Medizin	1.050	13.608	-5,7 %	3,2 %
Gemeinsame Einrichtungen	504	-	-14,1 %	-
Summe	6.619	36.877	-0,7 %	0,3 %
Landeskrankenhaus Hall				
Primariat Psychiatrie A	2.467	47.893	-10,3 %	-0,2 %
Primariat Psychiatrie B	2.070	28.154	-0,6 %	-0,8 %
Primariat Innere Medizin	6.445	27.856	1,4 %	3,6 %
Primariat Chirurgie	4.979	19.012	0,6 %	-5,6 %
Primariat Gynäkologie und Geburtshilfe	2.646	9.823	2,3 %	6,4 %
Primariat Urologie	2.426	6.410	-2,0 %	1,2 %
Primariat Unfallchirurgie	2.607	9.748	-3,3 %	5,4 %
Primariat Anästhesie	56	2.208	-15,2 %	2,4 %
Summe	23.696	151.104	-1,1 %	0,5 %
Landes-Pflegeklinik Tirol	33	44.325	73,7 %	-0,9 %

Stationäre PatientInnenversorgung

Im Jahr 2012 betrug die durchschnittliche Verweildauer in 4 Landeskrankenhäusern und in der Landes-Pflegeklinik Tirol 5,98 Tage.

TILAK gesamt (inkl. Tageskliniken) mit Landes-Pflegeklinik Tirol

Kennzahlen 2012	LKH Innsbruck	LKH Hochzirl	LKH Natters	LKH Hall	Landes-Pflegeklinik	2012	%-Abweich. 2012/2011
01 systemisierte Betten	1.564,4	200,0	164,0	537,0	0	2.465	-1,2 %
02 verfügbare Betten (mitternachtsfähig)	1.435,1	197,9	121	487,1	124	2.366	-1,2 %
a) davon Intensivbetten	127,0	0	4,0	12,0	0	143	0,0 %
03 Auslastungsgrad in % der verfügbaren Betten	76,0	90,3	83,0	84,8	97,7	80,5	0,34 %
04 Anzahl physische PatientInnen	52.015	2.430	3.409	15.613	154	67.904	-1,5 %
05 (Teil-)stationäre Aufnahmen	89.904	2.909	6.619	23.696	33	120.161	-2,3 %
a) davon 1-Tagesaufenthalte	25.762	25	569	3.192	0	29.548	-1,5 %
06 Entlassene (inkl. Verstorbene)	86.914	2.930	6.635	23.670	30	120.179	-2,1 %
07 Belagstage (Mitternachtstand)	399.343	65.444	36.877	151.104	44.325	697.093	-1,3 %
08 Pflagetage	488.984	68.374	43.512	175.820	44.423	821.113	-1,4 %
a) davon Sonderklasse	63.320	12.371	5.229	15.152	0	96.072	-2,9 %
b) davon auf Intensivstationen	36.468	0	1.430	3.515	0	41.413	-2,1 %
09 Ø-Verweildauer (in Tagen)	4,9	21,5	5,6	6,4	287,8	5,98	2,26 %
10 Begleitpersonen	5.291	24	20	60	0	5.395	-2,3 %
11 LDF-Punkte (in Mio.)	324,4	21,4	14,1	66,0	0,0	425,9	0,1 %

Kennzahldefinitionen

01 Jahres-Ø behördlich bewilligter Betten	Krankenanstalt neu aufgenommen	Basis für die Tagesauslastung (inkl. Pflegefälle)
02 Jahres-Ø verfügbarer Betten unter Berücksichtigung der Sperrtage; Formel: „Aufgestellte Betten“ minus (Sperrtage/Anzahl Tage)	wurden (inkl. 1-Tagesaufenthalte)	a) Summe der Aufenthaltstage nach Kalendertagen in der Sonderklasse (Behandlungskategorie Sonderklasse Mehrbett- bzw. Einzelzimmer)
a) Jahres-Ø der Intensiv- bzw. Überwachungsbetten lt. LKF-Vorgaben	a) Anzahl der Patienten, die am gleichen Kalendertag neu aufgenommen (nicht verlegt) und aus der Einrichtung entlassen werden bzw. versterben	b) Summe der Aufenthaltstage auf Intensivstationen nach Kalendertagen
03 Auslastung der verfügbaren Betten in Bezug auf die Mitternachtstände; Formel: Belagstage (Mitternachtsstände)/Verfügbare Betten (mitternachtsfähig)	06 Patienten, die die Krankenanstalt verlassen haben (inkl. Verstorbene) – entspricht den „Fällen“ lt. MBDS + Pflegefälle	09 Formel: (Belagstage + 1-Tagesaufenthalte)/ausnahmeaggregierte Patientenfälle
04 Anzahl der eindeutigen Patienten-identifikationsnummern (PATID) – wenn ein Patient mehrmals stationär aufgenommen wurde, wird er nur 1x gezählt	07 Summe der Patientenstände zu Mitternacht (00:00 Uhr) für den Betrachtungszeitraum = Basis für die Mitternachtsauslastung (inkl. Pflegefälle)	10 Anzahl der aufgenommenen Personen, die den Patienten während seines stationären Aufenthaltes begleiten
05 Anzahl der Patienten, die in der	08 Summe der Aufenthaltstage nach Kalendertagen für den Betrachtungszeitraum =	11 Summe der Punkte für leistungsbezogene Diagnosenfallgruppen lt. MBDS auf Basis der LKF-Zwischenabrechnung (Vorjahr auf Basis der LKF-Endabrechnung)

Diagnosen der entlassenen stationären PatientInnen

Die fünf am häufigsten codierten Krankenhaushauptdiagnosengruppen laut ICD-10-Diagnosenkatalog waren „Neubildungen“ (22,3 Prozent), „Kreislaufsystem“ (10,7 Prozent), „Verletzungen und Vergiftungen“ (9,0 Prozent), „Psychische-, Verhaltensstörungen“ (7,0 Prozent) und „Augen, Augenanhangsgebilde“ (7,0 Prozent). Die ersten drei Gruppen stellen einen Gesamtanteil von 41,9 Prozent dar.

Krankenhaushauptdiagnose lt. ICD-10-Diagnosenkatalog	Anzahl 2012	%-Anteil 2012	Ø-Belagsdauer 2012	%-Abweich. 2012/2011
I. Bestimmte Infekte, Parasiten (A00-B99)	2.671	2,2 %	5,8	2,4 %
II. Neubildungen (C00-D48)	26.738	22,3 %	3,5	1,1 %
III. Blut, blutbildende Organe, Immunsystem (D50-D89)	971	0,8 %	2,6	-25,9 %
IV. Endokrine, Ernährung, Stoffwechsel (E00-E90)	2.510	2,1 %	5,8	-6,2 %
V. Psychische-, Verhaltensstörungen (F00-F99)	8.365	7,0 %	13,9	-9,1 %
VI. Nervensystem (G00-G99)	5.680	4,7 %	4,8	-3,8 %
VII. Augen, Augenanhangsgebilde (H00-H59)	8.461	7,0 %	0,6	-0,1 %
VIII. Ohren, Warzenfortsatz (H60-H95)	759	0,6 %	4,3	-4,3 %
IX. Kreislaufsystem (I00-I99)	12.809	10,7 %	6,9	1,7 %
X. Atmungssystem (J00-J99)	6.252	5,2 %	6,2	-6,6 %
XI. Verdauungssystem (K00-K93)	7.465	6,2 %	5,1	-5,9 %
XII. Haut, Unterhaut (L00-L99)	1.631	1,4 %	6,3	-5,8 %
XIII. Muskeln, Skelett, Bindegewebe (M00-M99)	7.344	6,1 %	7,0	-2,4 %
XIV. Urogenitalsystem (N00-N99)	7.063	5,9 %	3,8	-4,0 %
XV. Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett (O00-O99)	4.555	3,8 %	4,2	2,3 %
XVI. Pernatalperiode (P00-P96)	562	0,5 %	16,4	29,5 %
XVII. Fehlbildung, Deformität, Chromosomenanomalie (Q00-Q99)	1.383	1,2 %	5,1	-9,4 %
XVIII. Unklassif., abnorme Laborbefunde (R00-R99)	3.321	2,8 %	3,0	4,9 %
XIX. Verletzung, Vergiftung (S00-T98)	10.787	9,0 %	6,5	-5,3 %
XX. Faktoren, die Gesundh.-Zustand beeinflussen (Z00-Z99)	819	0,7 %	1,4	51,7 %
Summe Diagnosen	120.146	100,0 %	5,4	-2,1 %

Medizinische Einzelleistungen (MEL)

2012 wurden 59.754 operative und 431.435 nichtoperative Einzelleistungen an stationären PatientInnen erbracht.

MEL an stationären PatientInnen	2012 Anzahl MEL	Ø-Belags- dauer
Operative MEL	59.754	9,0
01 Nervensystem, Gehirnschädel, Wirbelsäule	4.264	11,9
02 Augen und Orbita	6.426	1,7
03 Ohren, Nase, Mundhöhle, Rachen, Gesicht(sschädel), Hals	6.486	7,2
04 Atmungssystem, Thorax	890	18,5
05 Herz und Herz-Kreislauf-System	5.125	11,5
06 Endokrine Drüsen	852	6,0
07 Verdauungstrakt, Abdomen	5.948	17,3
08 Urogenitaltrakt, Geburtshilfe	12.263	4,8
09 Haut und Anhangsgebilde	4.918	11,0
10 Bewegungsapparat	11.821	9,9
11 Organtransplantationen	761	30,9
Nichtoperative MEL	431.435	28,0
12 Bildgebende Diagnostik und Intervention	79.092	14,9
13 Strahlentherapie	40.171	19,5
14 Nuklearmedizinische Diagnostik und Therapie	4.680	8,6
15 Endoskopische Diagnostik und Therapie	5.761	17,0
16 Kardiologische Diagnostik und Therapie	9.772	7,3
17 Dialyseverfahren	8.979	41,7
18 Sonstige diagnostische und therapeutische Verfahren	231.470	34,1
19 Neonatologische/Pädiatrische Intensivleistungen	6.246	36,0
20 Therapie auf Spezialabteilungen	11.068	34,1
21 Onkologische Therapie und andere Pharmakotherapie	34.196	16,0
Neue Methoden	30	13,6
22 Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	30	13,6
Summe Leistungen	491.219	

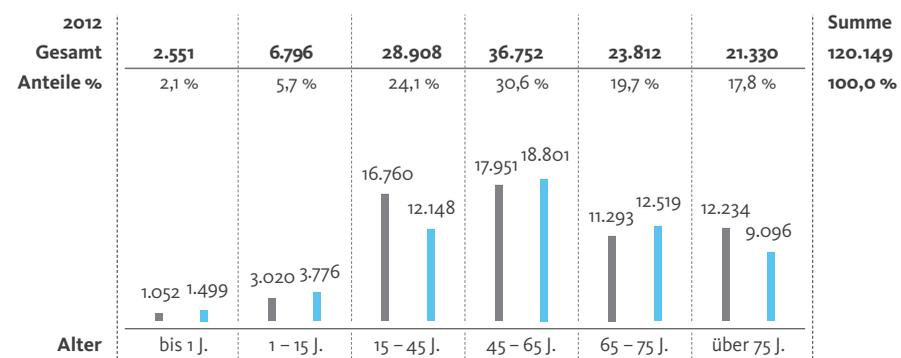
Einzugsgebiet entlassener PatientInnen

2012 wurden in den Landeskrankenanstalten insgesamt 120.149 PatientInnen (inkl. Pflegefälle) entlassen. 77.721 davon kamen aus den Bezirken Innsbruck-Stadt und Innsbruck-Land. 30.764 stationär behandelte PatientInnen sind den übrigen Tiroler Bezirken zuzurechnen.

Einzugsgebiet	2012	%-Abweich. 2012/2011
Tirol	108.485	-1,5 %
Imst	6.009	-0,9 %
Innsbruck – Land	43.674	0,1 %
Innsbruck – Stadt	34.047	-3,1 %
Kitzbühel	3.524	2,2 %
Kufstein	5.785	3,5 %
Landeck	2.555	-4,0 %
Lienz	1.391	-3,3 %
Reutte	1.899	-16,4 %
Schwaz	9.601	-2,7 %
Restliches Österreich	6.851	-8,0 %
Burgenland	46	17,9 %
Kärnten	796	-4,8 %
Niederösterreich	290	-7,9 %
Oberösterreich	885	-10,8 %
Salzburg	1.393	-20,9 %
Steiermark	343	-10,0 %
Vorarlberg	2.805	0,8 %
Wien	293	-14,8 %
Ausland	4.813	-7,1 %
Deutschland	1.337	-1,3 %
Italien	2.443	-9,8 %
Bozen – Südtirol	2.221	-7,4 %
Trentino	42	-45,5 %
Sonstiges Ausland	1.033	-7,9 %
Summe Einzugsgebiete	120.149	-2,1 %

Altersstruktur entlassener PatientInnen

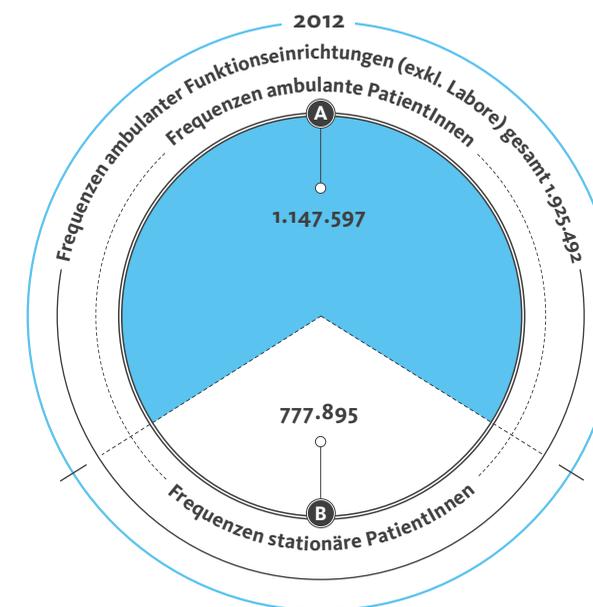
Die Zuordnung der stationär entlassenen PatientInnen nach Altersgruppen zeigt, dass 36.752 PatientInnen zwischen 45 und 65 Jahren die zahlenmäßig größte PatientInnengruppe darstellen. Unter den 120.149 entlassenen PatientInnen waren 62.310 Frauen und 57.839 Männer.



■ weiblich
■ männlich

Ambulante Versorgung von PatientInnen

In den Ambulanzen und Funktionseinrichtungen (ohne Laboratorien) wurden 1.925.492 Frequenzen gezählt. 1.147.597 davon entfielen auf diagnostische und therapeutische Behandlungen ambulanter PatientInnen.



%-Abweich. 2012/2011

A -2,7 %

B -1,0 %

Gesamt -2,0 %

Die TILAK als Arbeitgeberin.

Die ArbeitnehmerInnen in den Landeskrankenanstalten, der Landes-Pflegeklinik Tirol und dem AZW sind Bedienstete des Landes. Diese MitarbeiterInnen sind gemäß Übertragungsvertrag bzw. Landesgesetz (LGBl. Nr. 62/2004) der Gesellschaft zur Dienstleistung zugewiesen.

Im Jahr 2012 waren in der TILAK mit 7.671 MitarbeiterInnen (Personen ohne Bundesbedienstete, ohne FerialarbeitsnehmerInnen) um 168 mehr Beschäftigte als im Vorjahr tätig. Davon waren 5.276 Frauen und 2.395 Männer. Diese Anzahl an Beschäftigten entspricht rund 6.289 Vollzeitäquivalenten.

Vollzeitäquivalente¹⁾

TILAK gesamt 2012 (Landespersonal)

Ärzte	1.303,96
Apo./Chem./Phys./Psych.	136,84
Hebammen	37,59
Dipl. Krankenpflegepersonal	2.582,07
Med.-techn. Dienst	627,51
Pflege- u. Sanitätshilfsdienst	726,10
Verwaltungspersonal	867,81
Betriebspersonal	721,29
Sonstiges Personal	135,19
Summe	7.138,36

¹⁾ Vollzeitäquivalente = Anzahl MitarbeiterInnen korrigiert um das Beschäftigungsausmaß und die Periodenbeschäftigung

Vollzeitäquivalente ¹⁾ TILAK gesamt 2012	LKH Innsbruck inkl. Zentrale Dienste	LKH Hochzirl	LKH Natters	LKH Hall	Landes- Pflegeklinik	AZW
Ärzte	1.091,70	32,07	30,05	146,64	3,00	0,50
Apo./Chem./Phys./Psych.	119,19	1,00	1,00	15,12	0,53	-
Hebammen	27,58	-	-	10,01	-	-
Dipl. Krankenpflegepersonal	1.899,71	111,84	96,48	414,41	31,35	28,28
Med.-techn. Dienst	501,89	52,12	19,36	50,20	1,94	2,00
Pflege- u. Sanitätshilfsdienst	530,62	44,12	16,92	85,63	48,81	-
Verwaltungspersonal	709,82	15,81	23,98	81,88	2,88	33,44
Betriebspersonal	522,84	39,73	32,07	111,58	12,97	2,10
Sonstiges Personal	107,24	5,32	1,31	17,17	-	4,15
Summe	5.510,59	302,01	221,17	932,64	101,48	70,47

¹⁾ Vollzeitäquivalente = Anzahl MitarbeiterInnen korrigiert um das Beschäftigungsausmaß und die Periodenbeschäftigung

Die TILAK als Wirtschaftsbetrieb.

Betriebseinnahmen gemäß Krankenanstaltengesetz

Die Gesamteinnahmen betragen im Jahr 2012 Euro 549,5 Mio. Bei der (teil)stationären Patientenversorgung betragen die Umsätze Euro 381,0 Mio., dies ist ein Anteil von rund 70 Prozent aller Betriebseinnahmen. Die Erlöse für ambulante Patientenversorgung beliefen sich auf Euro 57,5 Mio. und stellen einen Anteil von rund 11 Prozent aller Einnahmen dar. Als Kostenersatz für die Mehrkosten aus Lehre und Forschung wurde ein Bundesbeitrag zum Klinischen Mehraufwand in Höhe von Euro 52,4 Mio. geleistet. Die übrigen Einnahmen ergaben Euro 58,7 Mio. Insgesamt wurden über den TGF als Verrechnungsstelle für in- und ausländische sozialversicherte Patienten 85,0 Prozent der Umsatzerlöse abgerechnet.

KAG ¹⁾ -relevante Betriebseinnahmen (in 1.000 Euro)	% - Abweich.		Anteil % 2012
	2012	2012/2011	
Patientenerlöse stationär	380.998	3,3 %	69,3 %
Patientenerlöse ambulant	57.505	4,0 %	10,5 %
Sonstige medizinische Erlöse	10.252	9,4 %	1,9 %
Sonstige nicht medizinische Erlöse	15.721	4,3 %	2,9 %
Beitrag für Klinischen Mehraufwand	52.364	-22,6 %	9,5 %
TGF – Ersatz für Pensionen und Schulen	23.386	2,4 %	4,3 %
TGF – Strukturvorweganteile	9.300	0,0 %	1,7 %
Summe	549.526	0,2 %	100,0 %

¹⁾ Krankenanstaltengesetz

Betriebsausgaben gemäß Krankenanstaltengesetz

Die Betriebsausgaben werden durch Leistungsausweitungen, innovative Behandlungsmethoden und zeitgerechte bauliche sowie technische Infrastruktur in allen TILAK-Bereichen wesentlich mitbestimmt. Die Gesamtausgaben betragen im Jahr 2012 Euro 580,7 Mio.

KAG ¹⁾ -relevante Betriebsausgaben (in 1.000 Euro)	% - Abweich.		Anteil % 2012
	2012	2012/2011	
Personalaufwand	346.505	4,4 %	59,7 %
Sonstige Leistungen für Personal	6.434	2,1 %	1,1 %
Pensionen und Ruhebezüge	15.846	2,1 %	2,7 %
Medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	110.375	4,1 %	19,0 %
Nicht medizinische Ge- und Verbrauchsgüter	11.570	-0,5 %	2,0 %
Medizinische Fremdleistungen	6.535	8,4 %	1,1 %
Nicht medizinische Fremdleistungen	48.243	0,6 %	8,3 %
Instandhaltungen	15.235	8,3 %	2,6 %
Ersatzinvestitionen	8.036	14,2 %	1,4 %
Vorsteuer abzüglich Beihilfe	5.210	-1,3 %	0,9 %
Bestandsveränderungen, Wertberichtigungen etc.	6.662	-54,0 %	1,1 %
Summe	580.651	2,6 %	100,0 %
Betriebsergebnis Landeskrankenhäusern	-31.021	72,9 %	
Betriebsergebnis Landes-Pflegeklinik Tirol	-105	-240,0 %	

¹⁾ Krankenanstaltengesetz

Investitionsausgaben

Investitionsausgaben sind gemäß Krankenanstaltengesetz über das Investitionsbudget zu finanzieren (inklusive Investition im Namen und auf Rechnung des Landes). Diese beliefen sich 2012 exkl. der betriebsfinanzierten Investitionen auf 56,8 Millionen Euro. Das Land Tirol finanzierte hiervon 57,0 Prozent, der Bund 27,5 Prozent, 12,1 Prozent wurden über TGF-Mittel subventioniert. Die restlichen 3,4 Prozent wurden durch Drittmittel aufgebracht.

Investitionen TILAK gesamt inkl. paktierte Geräte und Bauleitungskosten (in 1.000 Euro)

nach Kostenarten	2012	Anteil	Differenz 2012/2011	
			absolut	in %
Bau	48.160	77,4 %	+13.058	+37,2 %
Einrichtung	1.773	2,9 %	-1.482	-45,5 %
Geräte	12.173	19,6 %	-2.937	-19,4 %
Geringwertige Wirtschaftsgüter	107	0,2 %	-313	-74,5 %
Summe	62.214	100,0 %	+8.325	+15,4 %
nach Finanzierungsstruktur				
Bundesanteil (inkl. Med. Universität)	15.618	25,1 %	-294	-1,8 %
Tiroler Gesundheitsfonds	6.881	11,1 %	+3	+0,0 %
Betriebsfinanzierte Maßnahmen	5.446	8,8 %	+942	+20,9 %
Drittmittel	1.908	3,1 %	-686	-26,4 %
Landesanteil	32.362	52,0 %	+8.359	+34,8 %
Summe	62.214	100,0 %	+8.325	+15,4 %

Personalkosten

Die Personalaufwendungen beliefen sich auf Euro 368,8 Mio., das entspricht einem Anteil an den Gesamtausgaben von rund 64 Prozent. An Ausgaben für medizinische Ge- und Verbrauchsgüter sowie medizinische Fremdleistungen fielen Euro 116,9 Mio. an, das entspricht einem Anteil an den Gesamtausgaben von rund 20 Prozent. Die Ausgaben für nichtmedizinische Fremdleistungen (inkl. Instandhaltungen) und nichtmedizinische Ge- und Verbrauchsgüter beliefen sich auf Euro 75,0 Mio., die übrigen Ausgaben schlugen mit Euro 19,9 Mio. zu Buche.

TILAK gesamt Personalkosten in Mio. Euro (lt. KORE)

	2012	%-Abweich.
		2012/2011
Landeskrankenhaus Innsbruck - Universitätskliniken	293,55	3,78 %
Landeskrankenhaus Hochzirl	16,55	4,07 %
Landeskrankenhaus Natters	12,87	3,12 %
Landeskrankenhaus Hall	54,11	4,89 %
Landes-Pflegeklinik Tirol	5,12	3,55 %
AZW - Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe	4,43	3,82 %
TILAK-Holding	11,94	5,64 %
Summe	398,56	3,97 %

Die TILAK als Ausbilderin.

Die TILAK bietet ihren MitarbeiterInnen umfangreiche Weiterbildungsmöglichkeiten sowohl auf fachlicher als auch sozialer Ebene an. Mit rund 70 Beschäftigten und über 500 externen Vortragenden ist das AZW (Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe) der größte Ausbildungsträger für Gesundheitsberufe in Westösterreich und bietet an den beiden Standorten Innsbruck und Hall rund 25 verschiedene Aus- und Weiterbildungen an.

AbsolventInnen und KursteilnehmerInnen	2012
Fachbereich Pflege	463
Gehobene Gesundheits- und Krankenpflege	148
Sonderausbildungen	60
Weiterbildungen	80
Heimhilfe	11
Pflegehilfe	110
Sanitätshilfsdienste	54
Nostrifikationen	0
Fachbereich MTD (ab 2010 Übernahme durch fh gesundheit)	0
Medizin.-techn. Dienste/Medizin.-techn. Fachdienst	0
Nostrifikationen	0
Medizinische Assistenzberufe (ab 2010)/Eurak	85
Medizin.-techn. Fachdienst	11
GesundheitstrainerIn inkl. Kombiausbildung	29
Massageausbildungen	45
Fachbereich Medizin	105
TurnusärztInnen, GegenfachärztInnen	105
Summe	653

Weiterführende detaillierte Informationen und Statistiken stehen im Internet unter www.tilak.at zum Download bereit.

Treten Sie mit uns in Kontakt.



Landesklinikum Innsbruck – Universitätskliniken

Anichstraße 35, 6020 Innsbruck
Tel. +43 (0) 50 504 - 0
office@tilak.at
www.tilak.at



Landesklinikum Hall

Milser Straße 10, 6060 Hall in Tirol
Tel. +43 (0) 50 504 30
lkh.office@tilak.at
www.tilak.at/lkh-hall



Landesklinikum Hochzirl – Anna-Dengel-Haus

Hochzirl, 6170 Zirl
Tel. +43 (0) 5238 501 - 0
hz.verw_dion@tilak.at
www.tilak.at/lkh-hochzirl



Landesklinikum Natters

In der Stille 20, 6161 Natters
Tel. +43 (0) 512 5408 - 0
natters.direktionssekretariat@tilak.at
www.tilak.at/lkh-natters



Landes-Pflegeklinik Tirol

Milser Straße 10/5, 6060 Hall in Tirol
Tel. +43 (0) 50 504 33400
lpk.tirol@tilak.at
www.tilak.at/landespflegeklinik



Herausgeber und Medieninhaber: TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH, Anichstraße 35, 6020 Innsbruck, Austria, Tel. +43 (0) 50 504 - 0, www.tilak.at.
Idee und Konzept: Zimmermann Pupp Werbeagentur. **Text und Redaktion:** Brigitta Hochfilzer, PR-Beratung. **Fotos:** Gunda Dittrich, Wien. **Druck:** Tiroler Repro Druck.
TILAK GmbH alle Rechte vorbehalten. Alle Informationen wurden mit größtmöglicher Sorgfalt zusammengetragen, jedoch kann für den Inhalt und die Richtigkeit aller Angaben keine Gewähr übernommen werden.

Hinweis zu Gender-Formulierungen: Bei allen Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, betrifft die gewählte Formulierung Personen beiderlei Geschlechts.

