

# Qualitätssysteme in österreichischen Krankenanstalten

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH





# Qualitätssysteme in österreichischen Krankenanstalten

Bericht über die praktische Qualitätsarbeit

Brigitte Domittner  
Wolfgang Geißler  
Christine Knauer

Projektassistenz:  
Bettina Engel

Wien, im Mai 2011  
Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

ISBN-978-3-85159-155-2

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6,  
1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Fax 513 84 72, Homepage: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Der Umwelt zuliebe:  
Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier  
ohne optische Aufheller hergestellt.

# Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht dokumentiert erstmals den Entwicklungsstand der Qualitätssysteme in österreichischen Krankenanstalten und zeigt, wie ernst Qualitätsarbeit in den Spitälern genommen wird. Die Ergebnisse reichen von Informationen zu Qualitätsstrategien, Mitarbeitern mit QM-Ausbildung, über eingesetzte Qualitätsmodelle, spezifische Qualitätsinstrumente und hausübergreifende Qualitätsprojekte bis hin zu Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit.

Die Bundesgesundheitsagentur beauftragte die Gesundheit Österreich mit dem Aufbau der Berichterstattung zu Qualitätsstrukturen und -arbeit im österreichischen Gesundheitswesen. Die Daten werden über die zugangsgeschützte, webbasierte Plattform [www.qualitaetsplattform.at](http://www.qualitaetsplattform.at) erhoben. Der Fragebogen (Kriterienkatalog) ist mit Bund, Ländern, Sozialversicherung und Praxisvertretern breit abgestimmt. Um eine möglichst hohe Beteiligung an der Befragung zu erreichen, war es notwendig, einen kompakten Kriterienkatalog zu entwickeln und die Anonymität in den Auswertungen zuzusichern. Ausschließlich Spitäler und Träger haben Zugriff auf ihre eigenen Daten.

## Teilnahmerate

Von 177 kontaktierten Akutkrankenhäusern nahmen 126 an der Befragung auf der Qualitätsplattform teil. Der **Rücklauf** übersteigt mit **71 Prozent** (gemeinnützige Häuser: 80 %, Sanatorien: 29 %) die Erwartungen. **Bezogen auf die Bettenzahl** beträgt der Rücklauf **87 Prozent** (gemeinnützige Häuser: 89 %, Sanatorien: 45 %). In Anbetracht der hohen Beteiligung gibt der vorliegende Bericht erstmalig einen repräsentativen Überblick über die Ist-Situation der Qualitätsstrukturen und Qualitätsarbeit vor Ort in den österreichischen Krankenhäusern.

## Ist-Stand im Überblick

Der Kriterienkatalog zu Qualitätsstrukturen und -arbeit in den Krankenhäusern umfasst vier Dimensionen. Tabelle 1 zeigt eine zusammenfassende Einschätzung zum Ist-Stand in den Häusern im Jahr 2010. Detaillierte Angaben zu ausgewählten Kriterien veranschaulicht Tabelle 2.

Tabelle 1:  
Qualitätsstrukturen und Qualitätsarbeit im Überblick

Dimensionen	Zusammenfassende Einschätzung
Strategische und strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit	
Umfassende Qualitätsmodelle	
Spezifische Instrumente der Qualitätsarbeit	
Patientensicherheit und Risikomanagement	

 im Durchschnitt gut     mehr Entwicklungspotenziale     im Durchschnitt nicht ausreichend

Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Tabelle 2:  
Qualitätsstrukturen und Qualitätsarbeit im Detail (n=126)

Ausgewählte Kriterien in den vier Dimensionen	Anteil der Krankenhäuser, die die Fragen mit „ja“ beantwortet haben
<b>Strategische und strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit</b>	
Leitbild	87%
Qualitätsstrategie	72%
Geschäftsordnung für QSK	85%
Eigene Q-Abteilung/Qualitätsmanager/in	74%
Q-Ansprechpartner/in in (zumindest einigen) Abteilungen	77%
VZÄ-Angabe für Koordination der Qualitätsarbeit	52%
Mitarbeiter/innen mit QM-Ausbildung	92%
<b>Umfassende Qualitätsmodelle</b>	65%
<b>Spezifische Instrumente der Qualitätsarbeit</b>	
Leitlinien	91%
Richtlinien	91%
Klinische Pfade	59%
Bericht über die Qualitätsarbeit	86%
Mitarbeiterschulungen zu Patientenrechten	32%
Patientenbefragungen	100%
Mitarbeiterbefragungen	78%
Strukturierte Mitarbeitergespräche	93%
Strukturierte Erfassung der Fort- und Weiterbildung	93%
Strukturiertes Beschwerdemanagement	83%
Betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement	58%
Hausübergreifende Qualitätsprojekte	82%
Konzept zum KVP (Kontinuierlicher Verbesserungsprozess)	56%
<b>Patientensicherheit und Risikomanagement (RM)</b>	
Instrumente des Risikomanagements	73%
Konzept für Risikomanagement	57%
RM-Ansprechpartner/in in (zumindest einigen) Abteilungen	65%
VZÄ-Angabe für Koordination des Risikomanagements	29%
Mitarbeiter/innen mit RM-Ausbildung	75%

Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

## Erläuterung der Ergebnisse

- » Die Krankenhäuser berichten, dass sie im Schnitt drei Viertel der abgefragten **Qualitätsstrukturen** aufgebaut haben. Fast alle Häuser beschäftigen Mitarbeiter/innen mit Qualitätsmanagement-Ausbildung. Zu fix gewidmeter Arbeitszeit (Vollzeitäquivalente) für die Koordination der operativen Qualitätsarbeit können jedoch nur 52 Prozent der Häuser Angaben machen.
- » Umfassende **Qualitätsmodelle** sind in zwei Dritteln der Krankenhäuser implementiert, für das gesamte Haus allerdings nur in der Hälfte aller Spitäler. Am häufigsten zum Einsatz kommen ISO und EFQM.
- » Alle Häuser setzen **spezifische Instrumente** der Qualitätsarbeit ein. Am häufigsten werden Patientenbefragungen durchgeführt, Mitarbeiterschulungen zu Patientenrechten sind hingegen selten. Mehr als achtzig Prozent der Häuser nehmen an hausübergreifenden Qualitätsprojekten teil, die häufigsten sind Ringversuche im Labor, Qualitätsregister und trägerweite Projekte (z. B. zu Kennzahlensystemen, Benchmarking, Nahtstellenmanagement).
- » **Risikomanagement-Instrumente** verwenden knapp drei Viertel der Spitäler. Am häufigsten kommen Fehlermelde- und Lernsysteme, Checklisten und Risikoanalysen zum Einsatz. Drei Viertel der Häuser beschäftigen Mitarbeiter/innen mit Risikomanagement-Ausbildung. Zu fix gewidmeter Arbeitszeit (Vollzeitäquivalente) für die Koordination des Risikomanagements können jedoch nur 29 Prozent der Häuser Angaben machen.
- » Die gemeinnützigen Spitäler schneiden in allen Dimensionen tendenziell besser ab als Sanatorien.

## Projektdatenbank

Die Qualitätsplattform bietet auch eine Projektdatenbank an, in der Krankenhäuser qualitätsrelevante Projekte vorstellen können. Ziel ist **Informationsaustausch und Wissenstransfer** zwischen den Einrichtungen. Bis Anfang April 2011 trugen 47 Krankenhäuser 222 ausgewählte Projekte ein.

## Resümee

Der vorliegende Bericht beschreibt den **aktuellen Stand der Qualitätsstrukturen und -arbeit in den österreichischen Krankenhäusern** und zeigt die Vielfalt an Aktivitäten, die von engagierten Qualitätsmanager/innen vor Ort in den Häusern vorangetrieben werden. Die bisherigen Rückmeldungen und Eindrücke rund um die Berichterstattung zeigen, dass gerade diese Personen das **Publikmachen** der Aktivitäten schätzen und als **Anerkennung ihrer Leistungen** sehen. Die Berichterstattung kann ein weiterer **Anreiz** sein, Strukturen zu verbessern und neue Aktivitäten zu setzen. Gleiches gilt für die Projektdatenbank, die den Wissenstransfer zwischen Spitalern – und zukünftig auch anderen Gesundheitseinrichtungen (z. B. stationäre REHA-Einrichtungen) – fördert.

Die Qualitätsplattform ermöglicht darüber hinaus die **Überprüfung von operativen Zielen** zur Qualitätsstrategie. So weisen z. B. die Befragungsergebnisse zu Qualitätsmodellen oder Patientensicherheit/Risikomanagement auf mögliche **Entwicklungspotenziale** hin. Auch die fixe Widmung von Personalkapazitäten für Qualitätsarbeit und Risikomanagement scheint ein Entwicklungsbereich zu sein, der einer vertiefenden Analyse bedarf.

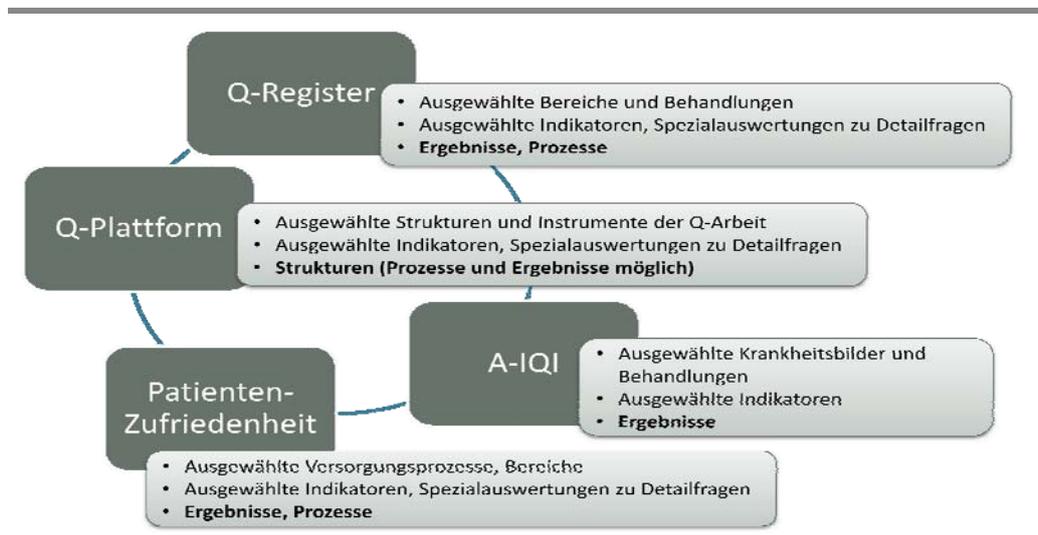
Mit Zustimmung der Häuser bzw. Träger stehen die in der Plattform gesammelten Daten auch für **Bundesländerberichte** zur Verfügung. Dies wird von den Ländern Kärnten und Tirol bereits genutzt. Genauso können Krankenhausträger die Daten ihrer Häuser für **Trägerberichte** heranziehen. Das hat den Vorteil, dass Daten nicht doppelt erhoben werden und die Berichte eine bundesweit einheitliche, vergleichbare Struktur erhalten.

### Weitere Schritte

Qualität und Qualitätsmessung im Gesundheitswesen betreffen mehrere Dimensionen und Perspektiven. Dazu zählen die **Ergebnisqualität der Gesundheitsleistungen, Struktur- und Prozessebene** wie auch die **Patientensicht**.

Um das Qualitätsgeschehen umfassend abzubilden, stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung (siehe Abbildung 1). Die Qualitätsplattform dokumentiert die Strukturebene. Patientenzufriedenheitsbefragungen liefern die Patientenperspektive und Informationen zu Prozessen, während Qualitätsregister wie auch Routinedatenauswertungen (A-IQI) die Ergebnisqualität in unterschiedlichem Spezialisierungsgrad abbilden.

Abbildung 1:  
Ausgewählte Instrumente für die Qualitätsmessung



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Für eine umfassende Darstellung und Analyse des Qualitätsgeschehens im Gesundheitswesen sind **alle Dimensionen und Perspektiven zu verknüpfen** und **die unterschiedlichen Instrumente zu nützen**.

Um den Wert der Strukturinformationen zur Qualitätsarbeit in österreichischen Spitälern zu erhöhen, ist eine **100%-ige Teilnahmequote** unter Heranziehung entsprechender **Anreize bzw. Maßnahmen** anzustreben. In Kärnten und Tirol besteht beispielsweise die Verpflichtung zur Qualitätsberichterstattung für alle Krankenhäuser.

Auf Basis der gewonnenen Informationen und der offenkundigen Bereitschaft der Spitäler sind nun weitere Entwicklungspotenziale mit den Systempartnern auszuloten und **geeignete Maßnahmen** zu beschließen.



# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
2	Teilnehmende Krankenhäuser .....	3
3	Qualitätsstrukturen in österreichischen Krankenanstalten .....	7
3.1	Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit .....	7
3.1.1	Leitbild für das Krankenhaus .....	7
3.1.2	Qualitätsstrategie .....	8
3.2	Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit .....	8
3.2.1	Kommission für Qualitätssicherung (QSK) .....	8
3.2.2	Koordination der Qualitätsarbeit .....	11
3.2.3	Qualitäts-Ansprechpersonen in Abteilungen .....	13
3.2.4	Qualitätsmanagement-Ausbildung .....	14
3.3	Qualitätsmodelle .....	14
3.3.1	International Organization for Standardization (ISO) .....	16
3.3.2	European Foundation for Quality Management (EFQM) .....	17
3.3.3	Common Assessment Framework (CAF) .....	18
3.3.4	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) .....	18
3.3.5	Joint Commission International (JCI) .....	18
3.3.6	Sonstige Qualitätsmodelle .....	19
3.4	Instrumente der Qualitätsarbeit .....	19
3.4.1	Richtlinien – Leitlinien – Klinische Pfade .....	19
3.4.2	Berichte über die Qualitätsarbeit .....	20
3.4.3	Patientenorientierung .....	23
3.4.4	Mitarbeiterorientierung .....	27
3.4.5	Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden .....	31
3.4.6	Hausübergreifende Qualitätsprojekte .....	35
3.4.7	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) .....	37
3.5	Patientensicherheit und Risikomanagement .....	39
3.5.1	Instrumente des Risikomanagements .....	39
3.5.2	Konzepte für Risikomanagement .....	42
3.5.3	Koordination des Risikomanagements .....	42
3.5.4	Risikomanagement-Ansprechpersonen in Abteilungen .....	43
3.5.5	Risikomanagement-Ausbildung .....	44
4	Qualitätsprojekte in österreichischen Krankenanstalten .....	45
4.1	Zielgruppe(n) .....	45
4.2	Reichweite .....	46
4.3	Inhaltliche Orientierung .....	47
4.4	Projektauvaluierung .....	47
4.5	Projektstatus und Übergang in den Routinebetrieb .....	48

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Rücklaufquoten je Krankenanstalten-Kategorie – nach Häusern und Betten für das Jahr 2010 .....	4
Tabelle 2.2: Rücklaufquoten je Bundesland – nach Häusern, Betten und Gemeinnützigkeit.....	4
Tabelle 3.1 Implementierung von Qualitätsmodellen nach Krankenhaus-Kategorien (n=126) .....	15
Tabelle 3.2: Instrumente des Risikomanagements (n=110, Mehrfachantworten möglich) .....	40

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 4.1: Ist in den Krankenhäusern ein Leitbild definiert? (N = 126) .....	7
Abbildung 4.2: QSK-Vertreterinnen und -Vertreter nach Berufsgruppen (Mehrfachnennungen möglich) .....	9
Abbildung 4.3: Informationen, die die QSK regelmäßig erhält (Mehrfachnennungen möglich).....	11
Abbildung 4.4: Wer koordiniert die Umsetzung der operativen Qualitätsarbeit? (Mehrfachnennungen möglich) .....	12
Abbildung 4.5: In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Qualitätsarbeit? (n = 97) .....	14
Abbildung 4.6: Ist in den Krankenhäusern ein Qualitätsmodell implementiert oder geplant? (n=126).....	15
Abbildung 4.7: Qualitätsmodelle (Implementierungsstand und Reichweite) (n=104, Mehrfachnennungen möglich).....	16
Abbildung 4.8: Häufigkeit der Anwendung und Reichweite von Richtlinien, Leitlinien und klinischen Pfaden (Mehrfachantworten möglich).....	20
Abbildung 4.9: Erstellen die Krankenhäuser regelmäßig einen Bericht über die Qualitätsarbeit? (n = 126) .....	21
Abbildung 4.10: Werden die Qualitätsberichte veröffentlicht? (n = 108).....	22
Abbildung 4.11: Zielgruppen der Qualitätsberichte (n=108, Mehrfachantworten möglich).....	23
Abbildung 4.12: Wie werden die Patientinnen und Patienten auf Ihre Rechte aufmerksam gemacht? (n=126, Mehrfachantworten möglich).....	24
Abbildung 4.13: In welchen Intervallen erfolgen die Patientenbefragungen? (n=126) .	25
Abbildung 4.14: Themengebiete von Patientenbefragungen (n=126, Mehrfachantworten möglich).....	26
Abbildung 4.15: Ergebnisse der Patientenbefragungen ergehen an folgende Stellen (n=126, Mehrfachantworten möglich) .....	27
Abbildung 4.16: Themengebiete von Mitarbeiterbefragungen (n=98, Mehrfachantworten möglich).....	28
Abbildung 4.17: Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen ergehen an folgende Stellen (n=98, Mehrfachantworten möglich) .....	29

Abbildung 4.18: Für welche Mitarbeitergruppen werden die Fort- und Weiterbildungen strukturiert erfasst? (n=117, Mehrfachantworten möglich).....	31
Abbildung 4.19: Wie werden Vorschläge und Beschwerden der Patientinnen und Patienten erhoben? (n=126, Mehrfachantworten möglich).....	32
Abbildung 4.20: Informationen zu Vorschlägen und Beschwerden der Patientinnen und Patienten ergehen an folgende Stellen (n=126, Mehrfachantworten möglich).....	33
Abbildung 4.21: Gibt es für die Bearbeitung von Beschwerden ein systematisches Vorgehen (strukturiertes Beschwerdemanagement)? (n=126).....	34
Abbildung 4.22: Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen / Ideenmanagement für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter? (n=126) .....	35
Abbildung 4.23: Teilnahme an hausübergreifenden Qualitätsprojekten (n=103, Mehrfachnennungen möglich).....	36
Abbildung 4.24: Sind Instrumente des Risikomanagements in Verwendung? (n=126) .....	39
Abbildung 4.25: Art der Meldung bei hausinternen/trägerinternen Fehlermelde- und Lernsystemen.....	40
Abbildung 4.26: Art der Durchführung von Risikoanalysen .....	41
Abbildung 4.27: Evaluierung des Risikomanagements (n=92).....	41
Abbildung 4.28 In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Risikomanagement? (n=82) .....	44
Abbildung 4.29: Daten, Auswertungen oder Informationen auf deren Basis kontinuierliche Verbesserungsprozesse initiiert werden (n=126, Mehrfachantworten möglich).....	37
Abbildung 4.30: Ist in den Krankenhäusern das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert? (n=126) .....	38
Abbildung 5.1: Zielgruppe/n der Projekte (n=222, Mehrfachantworten möglich) .....	46
Abbildung 5.2: Reichweite der Projekte (n=222) .....	46
Abbildung 5.3: Inhaltliche Orientierung der Projekte (n=222, Mehrfachantworten möglich).....	47
Abbildung 5.4: Projektevaluierung (n=222).....	48
Abbildung 5.5: Übergang in den Routinebetrieb (n=222).....	48

# Abkürzungsverzeichnis

AEMP	Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BSC	Balanced Scorecard
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
BMG	Gesundheitsministerium für Gesundheit
CAF	Common Assessment Framework
EFQM	European Foundation for Quality Management
EMAS	Eco-Management and Audit Scheme
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz (Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen)
GMP	Good Manufacturing Practice
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points-Konzept
ISO	International Organization for Standardization
IVF	In-vitro-Fertilisation
JACIE	Joint Accreditation Committee-ISCT & EBMT
JCI	Joint Commission International
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KMT	Knochenmark-Transplantation
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
n	Umfang der Stichprobe
ÖQUASTA	Qualitätssicherung und Standardisierung medizinisch-diagnostischer Untersuchungen
pCC	proCum Cert GmbH
QSK	Kommission für Qualitätssicherung
RM	Risikomanagements
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	World Health Organization



# 1 Einleitung

Die Qualitätsberichterstattung ist rechtlich im Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) und in der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens verankert. Eine österreichweite Verpflichtung zur Teilnahme an der Qualitätsberichterstattung gibt es derzeit allerdings noch nicht – nur in Kärnten und Tirol sind alle Spitäler auf Landesebene dazu verpflichtet. In Kärnten wird seit dem Jahr 2005 regelmäßig ein Bericht zu Qualitätsstrukturen und –projekten der Spitäler auf der Website des Kärntner Gesundheitsfonds<sup>1</sup> veröffentlicht. Österreichweit veröffentlichen einige Spitäler und Träger eigene Qualitätsberichte oder integrieren Qualitätskapitel in ihre Jahresberichte. Beispielhaft seien hier die Qualitätsberichte der AUVA<sup>2</sup> und der Vinzenz-Gruppe<sup>3</sup> genannt. Die Aufbereitung der Berichtsinhalte variiert aber und viele Informationen zu Qualitätsstrukturen und Qualitätsarbeit in den Krankenhäusern gelangten bisher nicht an die Öffentlichkeit.

## Qualität berichten und vernetzen

Ziel des Gesundheitsqualitätsgesetzes aus dem Jahr 2005 war, den vielen unterschiedlichen Aktivitäten in der Qualitätsarbeit einen bundesweit einheitlichen, sektorenübergreifenden und transparenten Rahmen zu geben. Damit Transparenz gelingen kann, ist eine regelmäßige, aussagekräftige und verständliche Berichterstattung nötig. Dafür wurde Ende 2010 die webbasierte Plattform [www.qualitaetsplattform.at](http://www.qualitaetsplattform.at) eingerichtet. Die Gesundheit Österreich entwickelte diese Plattform im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, in der Bund, Bundesländer, Sozialversicherung, Patientenvertreter/innen und weitere wichtige Akteure im Gesundheitswesen vertreten sind, in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten von Bund, Ländern, Sozialversicherung und Gesundheitseinrichtungen.

Die Qualitätsplattform besteht aus einer Strukturdatenbank und einer Projektdatenbank. In der Strukturdatenbank werden jährlich Daten zu Strukturen und Instrumenten der Qualitätsarbeit in den Krankenhäusern gesammelt. Sie umfasst Themen wie Qualitätsstrategie, Qualitätsmodelle, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, Be-

---

<sup>1</sup> siehe [http://www.ktn.gv.at/151196\\_DE-Kaerntner\\_Gesundheitsfonds-Downloadbereich](http://www.ktn.gv.at/151196_DE-Kaerntner_Gesundheitsfonds-Downloadbereich)

<sup>2</sup>

siehe [http://www.auva.at/portal27/portal/auvportal/channel\\_content/cmsWindow?action=2&p\\_menuid=63601&p\\_tabid=5](http://www.auva.at/portal27/portal/auvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=63601&p_tabid=5)

<sup>3</sup> siehe [http://www.vinzenzgruppe.at/index\\_html?sc=897683359](http://www.vinzenzgruppe.at/index_html?sc=897683359)

schwerdemanagement, Risikomanagement, kontinuierliche Verbesserungsprozesse etc. Die Projektdatenbank beinhaltet Informationen zu in österreichischen Krankenhäusern durchgeführten Projekten. Die Projektdatenbank soll vor allem zum Wissenstransfer und zur Vernetzung beitragen. Die Projekte werden von den Krankenhäusern laufend in die Datenbank eingetragen.

Ziel der Qualitätsplattform ist, auf Basis der eingetragenen Daten jährlich einen Bericht zu veröffentlichen und so eine standardisierte, regelmäßige und österreichweite Berichterstattung zu erreichen.

### **Umfassende Berichterstattung**

Informationen zur Qualität im Gesundheitswesen beziehen sich aber nicht nur auf Strukturen und Instrumente der Qualitätsarbeit. Eine umfassende Qualitätsberichterstattung beinhaltet auch Prozess- und Ergebnisdaten. Daher ist geplant, in den kommenden Jahren zusätzliche Datenquellen für die Berichterstattung zu nutzen. Dies umfasst Ergebnisse aus der österreichweiten Patientenzufriedenheitsbefragung ebenso wie Auswertungen aus vorhandenen Dokumentationen der Krankenhäuser und anderen Gesundheitseinrichtungen. So wird beispielsweise im Projekt A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) an Ergebnisqualitätsauswertungen auf Basis von Routinedaten gearbeitet werden, die zukünftig im österreichweiten Qualitätsbericht dargestellt werden könnten. Auch Qualitätsregister ermöglichen Spezialauswertungen, die in die Qualitätsberichterstattung einfließen sollen. Beispielhaft sei hier das Stroke-Unit-Register genannt, das Auswertungen zu Ergebnis- wie auch zur Prozessqualität ermöglicht, z. B. zum Zeitablauf der Diagnostik, zur Door-to-Needle-Time oder zur Thrombolyse-Rate.

### **Qualitätsstrukturen in österreichischen Krankenhäusern**

Der vorliegende Bericht dokumentiert erstmals den Entwicklungsstand der Qualitätsstrukturen und -arbeit in österreichischen Akutkrankenhäusern.

An dieser Stelle sei allen beteiligten Personen gedankt, die die Entwicklung der Qualitätsplattform tatkräftig unterstützt haben. Insbesondere sind dies die Mitglieder des Expertengremiums (siehe Anhang 2) und all jene Personen in Krankenhäusern und bei Trägern, die an der Evaluierung, am Pretest und an der Pilotphase teilgenommen haben.

Dank gilt speziell auch all jenen, die diesen Bericht durch ihre aktive Teilnahme an der Qualitätsplattform und Dateneingabe erst ermöglichten.

## 2 Teilnehmende Krankenhäuser

Laut Krankenanstalten-Verzeichnis gibt es in Österreich mit Stand März 2011 insgesamt 272 Krankenanstalten, von denen die Akutspitäler zur Teilnahme an der Qualitätsberichterstattung für das Jahr 2010 eingeladen wurden. Anderen Krankenanstalten, z. B. stationäre Rehabilitationseinrichtungen oder spezielle Einrichtungen der Langzeitversorgung wurden in diese erste österreichweite Befragung nicht mit einbezogen. Es ist aber geplant, den Teilnehmerkreis schrittweise zu erweitern – so werden für das Berichtsjahr 2011 die stationären Rehabilitationseinrichtungen integriert. Ziel ist es, in den kommenden Jahren die Qualitätsberichterstattung auszuweiten. Dazu ist sowohl eine Ausweitung der zu befragenden Einrichtungen, wie der Befragungsinhalte geplant.

Unter den 173 kontaktierten Akutspitälern sind auch einige Mehrstandorthäuser. Nach Rücksprache mit den Trägern und Häusern wurden die Standorte von drei dieser Häuser gesondert angeschrieben, da separate Strukturen vorliegen. Somit wurden insgesamt 177 Häuser kontaktiert.

Die Teilnahme an der österreichweiten Qualitätsberichterstattung ist freiwillig. Von den 177 kontaktierten Häusern nahmen 126 an der Befragung teil und trugen bis 8. April 2011 die Daten auf der Qualitätsplattform ein. Der Rücklauf betrug somit 71 Prozent. Bezogen auf die Bettenzahl (tatsächliche Betten; Datenstand des Jahres 2009) decken die teilnehmenden Krankenhäuser 87 Prozent der Krankenhausbetten in Akutspitälern ab. Alle teilnehmenden Krankenhäuser sind in Anhang 1 angeführt.

Für ausgewählte Auswertungen wurde zwischen fünf Krankenanstalten-Kategorien unterschieden, das sind: Basisversorgung, erweiterte Versorgung, Maximalversorgung inkl. Universitätskliniken, Sanatorien und Sonderkrankenanstalten. Die Typisierung entspricht jener des Krankenanstalten-Verzeichnisses, aus Gründen der Anonymität und Aussagekraft wurden die beiden Kategorien ‚Maximalversorgung‘ und ‚Universitätskliniken‘ zu einer Gruppe (mit der Bezeichnung Maximalversorgung) zusammengefasst. Zu beachten ist, dass bei jenen Mehrstandorthäusern, die pro Standort gesondert befragt wurden, die Kategorie des jeweiligen Mehrstandortkrankenhauses lt. Verzeichnis für alle Standorte übernommen wurde.

Diese Klassifikation gibt auch Auskunft über etwaige Unterschiede hinsichtlich privater bzw. nicht-gemeinnütziger (Sanatorien) und gemeinnütziger (alle anderen Kategorien) Häuser.<sup>4</sup> Bei den gemeinnützigen Krankenhäusern liegt die Teilnehmerate bei achtzig Prozent (bezogen

---

<sup>4</sup> In Vorarlberg gibt es zwei PRIKRAF-finanzierte Sanatorien, die laut Krankenanstalten-Verzeichnis als gemeinnützig eingestuft sind. Sie bleiben für diesen Bericht der Kategorie „Sanatorien“ zugeordnet.

auf die Betten 89 %), bei den privaten Krankenhäusern mit 29 Prozent (bezogen auf die Betten 45 %) deutlich darunter. Die Rücklaufquote liegt in der Kategorie ‚Maximalversorgung‘ mit 100 Prozent, gefolgt von den Häusern der Gruppe ‚erweiterte Versorgung‘ (85 % Rücklauf bezogen auf Häuser, 88 % bezogen auf Betten). Für weitere Informationen siehe Tabelle 2.1.

Tabelle 2.1:  
Rücklaufquoten je Krankenanstalten-Kategorie – nach Häusern und Betten für das Jahr 2010

KH-Typ / Rücklaufquoten	Basisversorgung	Erweiterte Versorgung	Maximalversorgung (inkl. Unikliniken)	Sonderkrankenanstalten	Sanatorien (privat)	Summe gemeinnützig	Summe
Kontaktierte Häuser	62	34	9	37	35	142	177
Teilnehmende Häuser	49	29	9	29	10	116	126
Rücklauf (Häuser)	79 %	85 %	100 %	78 %	29 %	82 %	71 %
Rücklauf (tats. Betten)	80 %	88 %	100 %	87 %	45 %	89 %	87 %

Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Die Rücklaufquote schwankt auch zwischen den Bundesländern (siehe Tabelle 2.2) Eine vollständige Teilnahme erreichen Kärnten und Burgenland. Anzumerken ist hier, dass in Kärnten die Häuser verpflichtet sind, an der Qualitätsberichterstattung teilzunehmen. Gleiches gilt für Tirol, das bis zum Ende der Datenerhebung für diesen Bericht eine Rücklaufquote von 86 Prozent (bezogen auf Krankenhäuser) erreichte. In Salzburg und Vorarlberg wurde die geringste Teilnahmequote von Krankenhäusern verzeichnet.

Tabelle 2.2:  
Rücklaufquoten je Bundesland – nach Häusern, Betten und Gemeinnützigkeit

Bundesland / Rücklaufquoten	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Summe
Kontaktierte Häuser	5	14	24	21	21	37	14	11	30	177
Teilnehmende Häuser	5	14	18	18	9	23	12	5	22	126
Rücklauf Häuser in Summe	100 %	100 %	75 %	86 %	43 %	62 %	86 %	45 %	73 %	71 %
Rücklauf Häuser gemeinnützig	100 %	100 %	75 %	91 %	64 %	79 %	91 %	71 %	75 %	82 %
Rücklauf Häuser nicht-gemeinnützig	-	100 %	-	0 %	20 %	0 %	67 %	0 %	67 %	29 %
Rücklauf bezogen auf Betten in Summe	100 %	100 %	76 %	94 %	81 %	81 %	90 %	83 %	87 %	87 %
Rücklauf Betten gemeinnützig	100 %	100 %	76 %	96 %	86 %	86 %	92 %	86 %	89 %	89 %
Rücklauf Betten nicht-gemeinnützig	-	100 %	-	0 %	36 %	0 %	63 %	0 %	65 %	45 %

Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

In Anbetracht der erreichten Rücklaufquote – 71 Prozent bezogen auf Krankenhäuser und 87 Prozent bezogen auf Bettenzahl – zeigt der vorliegende Bericht aussagekräftig die Ist-Situation von Qualitätsstrukturen und Qualitätsarbeit in österreichischen Akutkrankenhäusern. Diese Aussage trifft jedenfalls auf gemeinnützige Spitäler zu, die hinsichtlich „Bettenbeteiligung“ knapp neunzig Prozent erreichen. Die Ergebnisse aus den Sanatorien sind vorsichtiger zu interpretieren, sie repräsentieren weniger als ein Drittel der Häuser und weniger als die Hälfte der Betten. Die Nicht-Teilnahme wurde von einigen Häusern mit der Freiwilligkeit der Befragung oder auch mit ihrer „Kleinheit“ bzw. ihrer „kurzen Öffnungszeit im Jahr“ begründet.



# 3 Qualitätsstrukturen in österreichischen Krankenanstalten

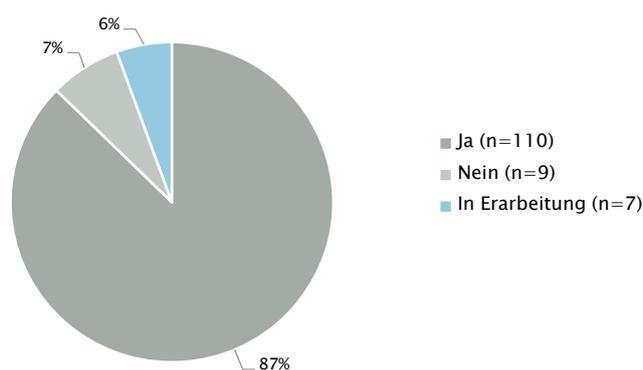
In fünf Abschnitten werden Qualitätsstrukturen und Qualitätsarbeit in österreichischen Krankenhäusern beschrieben. Die ersten beiden Abschnitte widmen sich der strategischen und strukturellen Verankerung von Qualitätsarbeit in den Spitälern. Qualitätsmodelle, wie z. B. ISO, EFQM oder KTQ, finden sich im 3. Abschnitt. Mit den verschiedenen Instrumenten der Qualitätsarbeit, wie z. B. Leitlinien, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, hausübergreifende Qualitätsprojekte, kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) und dem Thema Patientensicherheit/Risikomanagement – schließen die Abschnitte 4 und 5 das Kapitel.

## 3.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit

### 3.1.1 Leitbild für das Krankenhaus

Von den 126 teilnehmenden Krankenhäusern definierten 110 ein Leitbild (87 %). In sieben Häusern wird derzeit ein Leitbild erarbeitet, neun Häuser haben keines. Bei dieser Frage wurde explizit nach einem Leitbild für das ganze Krankenhaus gefragt – nicht gemeint waren Leitbilder für einzelne Krankenhausbereiche (z. B. Leitstellen-Leitbild) oder Berufsgruppen (z. B. Pflege-Leitbild). Hinsichtlich der verschiedenen Krankenhaus-Kategorien gibt es bei dieser Fragestellung keine nennenswerten Unterschiede in den Ergebnissen.

Abbildung 3.1:  
Ist in den Krankenhäusern ein Leitbild definiert? (N = 126)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Wer sich genauer über Inhalte von Leitbildern einzelner Häuser informieren möchte, kann dies über den Spitalskompass tun, der im Internet unter [www.spitalskompass.at](http://www.spitalskompass.at) kostenlos abrufbar ist.

### 3.1.2 Qualitätsstrategie

In 91 Krankenhäusern (72 %) ist eine Qualitätsstrategie schriftlich definiert. 92 Prozent dieser Häuser (84 Einrichtungen) haben aus der Strategie konkrete Qualitätsziele abgeleitet. In achtzig Einrichtungen (95 %) werden diese Ziele auch evaluiert. In 87 Häusern (96 %) wird die Qualitätsstrategie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommuniziert.

Hinsichtlich der verschiedenen Krankenhaus-Kategorien gibt es bei diesen Fragestellungen keine nennenswerten Unterschiede in den Ergebnissen.

## 3.2 Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit

### 3.2.1 Kommission für Qualitätssicherung (QSK)

Die Einrichtung einer Kommission für Qualitätssicherung (auch Qualitätssicherungskommission, QSK oder Qualitätsmanagementkommission) ist im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) § 5b (4) verankert. In den jeweiligen Landesgesetzen sind u. a. die Vertreterinnen und Vertreter nach Berufsgruppen aufgelistet, die dieser Kommission zumindest angehören müssen. Auch die Aufgaben der QSK sind in den genannten Gesetzen geregelt.

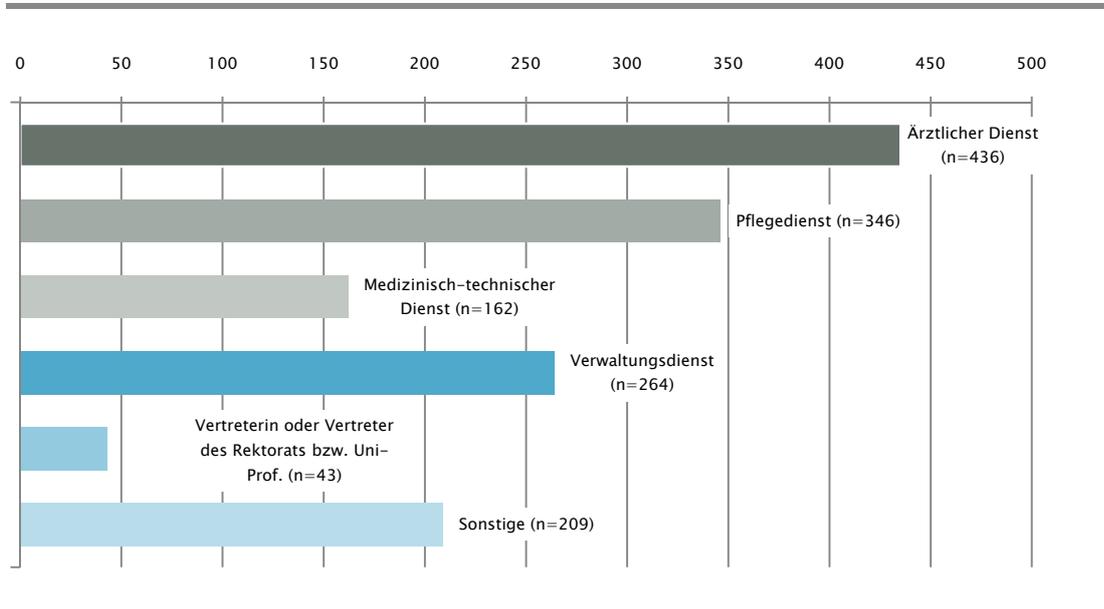
#### **Mitglieder der QSK**

Insgesamt wurden von den teilnehmenden Spitälern 1.460 Mitglieder in Qualitätssicherungskommissionen rückgemeldet. Im Durchschnitt besteht eine QSK aus 11,6 Personen. Je nach Krankenhaus-Typus unterscheidet sich die durchschnittliche QSK-Größe: Maximalversorgung-Häuser weisen durchschnittlich 25 QSK-Mitglieder aus, alle anderen Typen rund zehn QSK-Mitglieder.

Die zahlenmäßig am häufigsten vertretene Berufsgruppe in den Qualitätssicherungskommissionen ist der ärztliche Dienst gefolgt vom Pflegedienst. An dritter Stelle liegt die Berufsgruppe des Verwaltungsdienstes. In der Rubrik „Sonstige“ wurden weitere Berufsgruppen genannt, z. B. Controlling, Seelsorge, Qualitätsmanagement, Technik, Psychologie, Küche oder Personalvertretung.

Abbildung 3.2:

QSK-Vertreterinnen und -Vertreter nach Berufsgruppen (n=126, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

## **Geschäftsordnung für die QSK**

In 107 Krankenhäusern (85 %) wurde für die QSK eine Geschäftsordnung erstellt – in den gemeinnützigen Einrichtungen (88 %) häufiger als in den Sanatorien (50 %).

## **Aufgabenbereiche der QSK und Themenschwerpunkte im Jahr 2010**

Die von den QSK übernommenen Aufgabenbereiche sind vielfältig. Als Ergänzung zu den gesetzlich definierten Aufgaben (dazu zählen unter anderem Initiierung und Koordinierung der Umsetzung der Qualitätsarbeit, Beratung der Kollegialen Führung) wurden beispielsweise folgende Bereiche genannt: Formulieren der Qualitätspolitik, Ableiten von Qualitätszielen, Implementierung von Qualitätsmodellen, Erarbeitung von Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren zur Steuerung und Optimierung von Prozessabläufen und Ergebnissen, Analysieren der Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, Moderation und Schulung von Projektgruppen und Qualitätszirkeln, Mitwirken an der Qualitätsmanagement-Bewusstseinsbildung, Fördern der Weiterbildung und Motivation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum Thema Qualität, Identifikation, Priorisierung und Initiierung von Qualitätsverbesserungs-, Qualitätssicherungs- sowie Risikomanagement-Maßnahmen oder die Förderung der Entwicklung einer interdisziplinären und interprofessionellen Gesprächskultur.

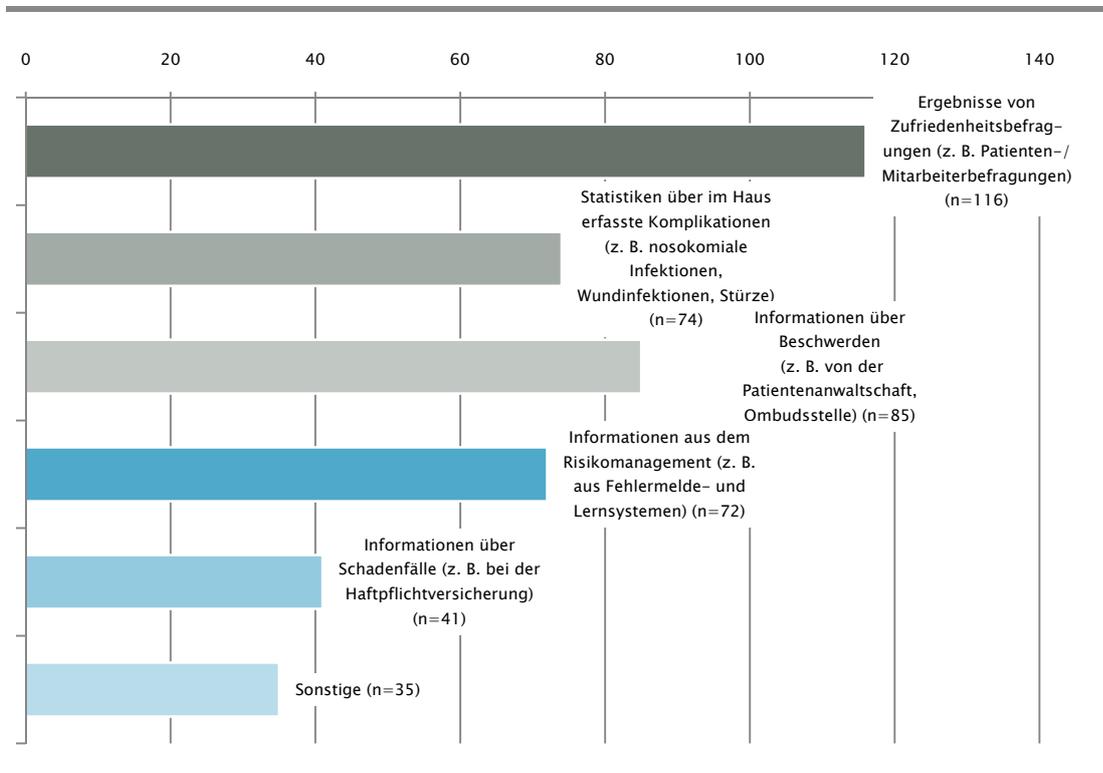
Die Frage, ob es im Jahr 2010 konkrete Themen- oder Arbeitsschwerpunkte der QSK gab, wurde von 93 Häusern (74 %) bejaht. Die genannten Themen und Arbeitsschwerpunkte sind vielfältig und zum Teil umfangreich. Neben der häufig genannten Auseinandersetzung mit Qualitätsmodellen (z. B. Implementierung, (Re)Zertifizierung, Audits) und Risikomanagement (z. B. Einführung von Fehlermeldesystemen, OP-Checklisten und Team-Time-Out) werden unter anderem folgende Themen angeführt: Medikamentengebarung und e-Medikation, Gesundheitsförderung, elektronische (Pflege)Dokumentation, (Hände)Hygiene, Vereinfachung und Neustrukturierung von Formularen und Dokumentationen, Neukonzeptionierung von Brandschutz und Katastrophenmanagement, Entwicklung von Kennzahlensystemen, Patientenidentifikation oder die Einführung eines Tumorboards.

## **Informationsquellen für die QSK**

Abbildung 3.3 gibt Auskunft über die Informationsquellen für die QSK. Am häufigsten erhält die QSK Informationen aus Patienten- oder Mitarbeiterzufriedenheitsbefragungen, gefolgt von Informationen über Beschwerden. An dritter Stelle liegen Daten über im Haus erfasste Komplikationen. Unter der Kategorie „Sonstige“ wurden z. B. aktuelle Informationen zu laufenden Projekten und zum Qualitätsmodell, Bewertungsergebnisse zu Weiterbildungen, Informationen zu baulichen und technischen Maßnahmen sowie Auswertungen aus dem Vorschlagswesen genannt.

Abbildung 3.3:

Informationen, die die QSK regelmäßig erhält (n=126, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

### 3.2.2 Koordination der Qualitätsarbeit

Die Umsetzung der Qualitätsarbeit wird in den verschiedenen Spitälern unterschiedlich koordiniert. In der Hälfte der Häuser wird diese Aufgabe von mehreren Stellen gleichzeitig wahrgenommen, in den anderen fünfzig Prozent von einer Stelle. Ein einziges Haus gibt an, dass derzeit niemand die Koordination der operativen Qualitätsarbeit übernommen hat.

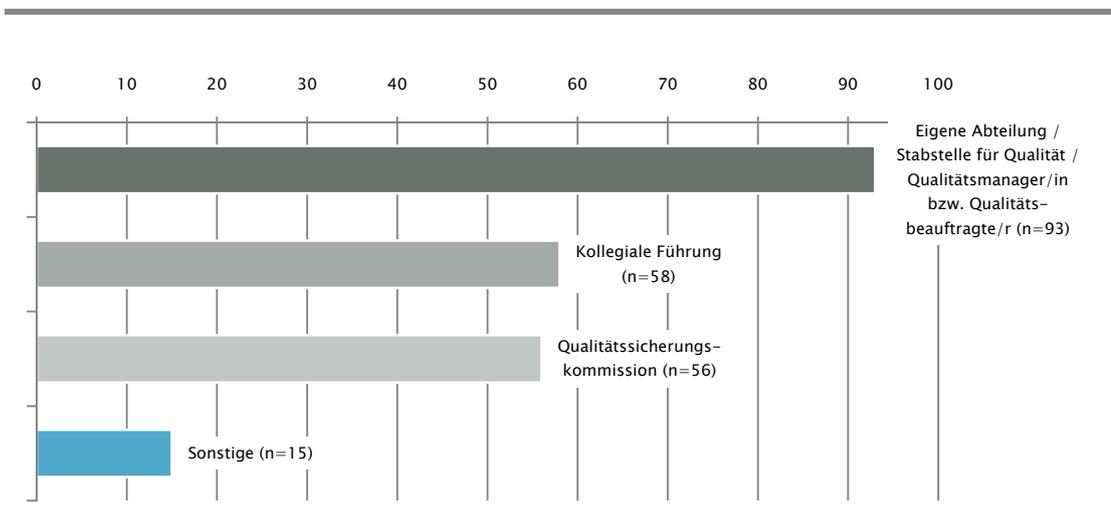
#### Koordinierende Stellen

In 49 Häusern sind eigene Abteilungen bzw. Stabsstellen für Qualität oder Qualitätsmanager/innen bzw. Qualitätsbeauftragte alleinig für die Koordination zuständig. In sechs Häusern übernimmt diese Aufgabe ausschließlich die Kollegiale Führung, in weiteren sechs Häusern ausschließlich die QSK. Von einem Haus wurde rückgemeldet, dass der Träger diese Aufgabe durchführt. In den anderen Häusern sind mehrere Stellen gleichzeitig für die Koordination der Umsetzung von Qualitätsarbeit zuständig.

Zusätzlich sind noch andere Stellen oder Abteilungen in die Koordination eingebunden, so wurden unter der Kategorie „Sonstige“ z. B. Qualitätsabteilungen in Trägern, Hygienekommissionen, gemeinsame Stabsstellen für Qualitäts- und Risikomanagement oder Stabsstellen für Projektmanagement genannt.

Wie in Abbildung 3.4 ersichtlich ist, gibt es in 93 Krankenhäusern (74 %) eigene Abteilungen bzw. Stabsstellen für Qualität oder Qualitätsmanager/innen bzw. Qualitätsbeauftragte für die Koordination. Hier zeichnen sich hinsichtlich der Krankenhaus-Kategorien Unterschiede ab: in Sanatorien und Sonderkrankenanstalten gibt es seltener eigene Qualitätsabteilungen oder Qualitätsbeauftragte/Qualitätsmanager/innen (nur in rund der Hälfte der Häuser). Die Häuser der erweiterten Versorgung haben demgegenüber zu neunzig Prozent eigene Abteilungen bzw. Qualitätsbeauftragte/Qualitätsmanager/innen.

Abbildung 3.4:  
Wer koordiniert die Umsetzung der Qualitätsarbeit? (n=126, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

### **Vollzeitäquivalente und Köpfe für die Koordination**

66 Häuser (52 %) können angeben, wie viele Vollzeitäquivalente (VZÄ) für die Koordination der Umsetzung von Qualitätsarbeit besetzt sind. Hinsichtlich der Krankenhaus-Kategorien gibt es hier deutliche Unterschiede. Lediglich zwanzig Prozent der Sanatorien und 34 Prozent der Sonderkrankenanstalten machten VZÄ-Angaben, während 78 Prozent der Maximalversorgungshäuser Vollzeitäquivalente bezifferten. In Summe wurden 90,23 VZÄ rückgemeldet, der Durchschnitt liegt bei 1,37 VZÄ je Haus, der Median beträgt ein VZÄ. Fast alle Häuser, die Vollzeitäquivalente bezifferten, verfügen über eine eigene Qualitätsabteilung oder Qualitätsbeauftragte/Qualitätsmanager/innen.

Die 90,23 VZÄ verteilen sich auf insgesamt 127 Personen (Köpfe). Die Angaben sprechen von einer Person bis hin zu zehn Personen pro Haus. Durchschnittlich koordinieren in diesen 66 Häusern 1,9 verschiedene Personen (nicht VZÄ) die Umsetzung von Qualitätsarbeit. Der Median liegt bei einer Person.

Sechzig Häuser (48 %) können zu VZÄ keine Angabe machen. Auch diese Häuser, die keine VZÄ ermitteln konnten, gaben die Anzahl der Personen (Köpfe) an, die mit der Koordination der Umsetzung von Qualitätsarbeit betraut sind. In diesen sechzig Häusern wurden hierfür 279 Personen (nicht VZÄ) angeführt. Die Angaben sprechen von einer Person bis hin zu 23 Personen. Durchschnittlich beschäftigen sich in diesen 60 Häusern 4,65 verschiedene Personen (nicht VZÄ) mit der Koordination der operativen Qualitätsarbeit. Der Median liegt bei drei Personen.

In Summe sind in den 126 rückmeldenden Krankenhäusern somit 406 Personen (Köpfe) u. a. mit der Koordination der operativen Qualitätsarbeit betraut. Im Durchschnitt sind es etwas mehr als drei Personen je Haus, der Median liegt bei zwei Personen.

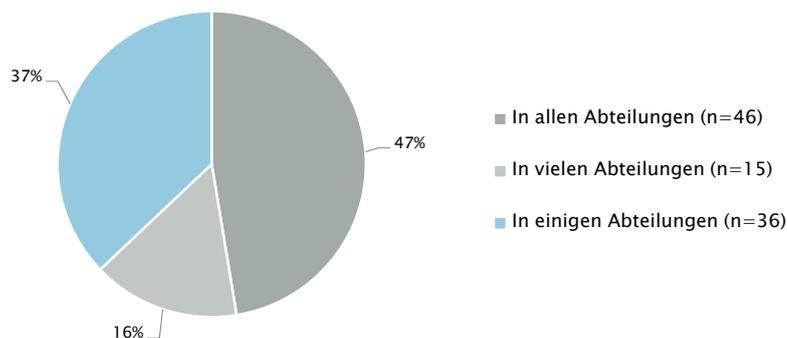
### **3.2.3 Qualitäts-Ansprechpersonen in Abteilungen**

97 Krankenhäuser (77 %) geben an, in den Abteilungen Ansprechpersonen für Qualitätsarbeit definiert zu haben. Fast die Hälfte der Häuser davon sogar in allen Abteilungen.

Bezogen auf die Krankenhaus-Kategorien sind in den Sanatorien (90 %) öfter Ansprechpersonen in den Abteilungen definiert als in den gemeinnützigen Einrichtungen (76 %) – allerdings in 67 Prozent der Fälle ausschließlich in einigen Abteilungen. In den gemeinnützigen Häusern mit Ansprechpersonen ist die „Flächendeckung“ besser (49 % haben Ansprechpersonen in allen Abteilungen).

Abbildung 3.5:

In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Qualitätsarbeit? (n = 97)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

### 3.2.4 Qualitätsmanagement-Ausbildung

116 Krankenhäuser (92 %) geben an, dass in ihrem Haus Mitarbeiter/innen mit spezieller Qualitätsmanagement-Ausbildung beschäftigt sind. Insgesamt sind dies 1.345 Personen. Der Durchschnitt liegt bei 11,6 Personen pro Haus ( $\emptyset$  bezogen auf 116 Krankenhäuser), der Median liegt bei drei Personen. Die Antworten zeigen eine breite Streuung, die angegebene Personenzahl liegt zwischen einer und 324 Personen pro Haus. Zehn Krankenhäuser beschäftigen mehr als zwanzig Personen mit spezieller Qualitätsmanagement-Ausbildung, wobei – bis auf ein Haus der Basisversorgung – all diese Häuser den Krankenhaus-Kategorien ‚erweiterte Versorgung‘ und ‚Maximalversorgung‘ zuzuordnen sind. Zu diesen beiden Kategorien ist festzuhalten, dass in allen Häusern zumindest eine Person mit einer QM-Ausbildung tätig ist.

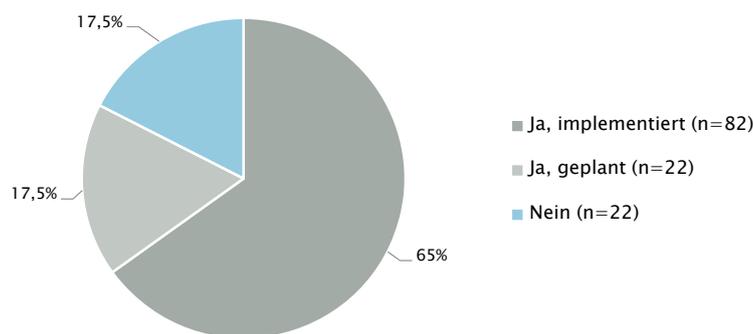
### 3.3 Qualitätsmodelle

82 Krankenhäuser (65 %) hatten im Jahr 2010 ein Qualitätsmodell – für das ganze Haus oder zumindest für Teile der Organisation – implementiert. 62 dieser Häuser (49 % aller Häuser) hatten (zumindest) ein Qualitätsmodell organisationsweit implementiert, 55 davon mindestens eines der angeführten Modelle ISO, EFQM, KTQ und JCI. Die anderen sieben Häuser hatten ein „sonstiges Modell“ organisationsweit implementiert, dabei wurden dreimal „Best Health Austria“ und dreimal ein Träger-eigenes Modell genannt. Ein Haus führte ein sehr spezifisches Zertifikat an (imedON-Zertifikat für patientenfreundliche Websites).

Weitere 22 Häuser (17,5 %), die bisher noch kein Modell implementiert hatten, planen die Einführung eines Qualitätsmodells – in den meisten Fällen für die Jahre 2011 bis 2015, in einem Haus bis 2020. Die verbleibenden 22 Spitäler (17,5 %) hatten im Jahr 2010 kein Qualitätsmodell implementiert und dies auch nicht geplant.

Abbildung 3.6:

Ist in den Krankenhäusern ein Qualitätsmodell implementiert oder geplant? (n=126)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Bezogen auf die Krankenhaus-Kategorien sind hier Unterschiede erkennbar, am häufigsten sind Qualitätsmodelle – zumindest in Teilen der Organisation – in den Häusern der Kategorie ‚Maximalversorgung‘ implementiert, am seltensten in den Sanatorien (siehe Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1

Implementierung von Qualitätsmodellen nach Krankenhaus-Kategorien (n=126)

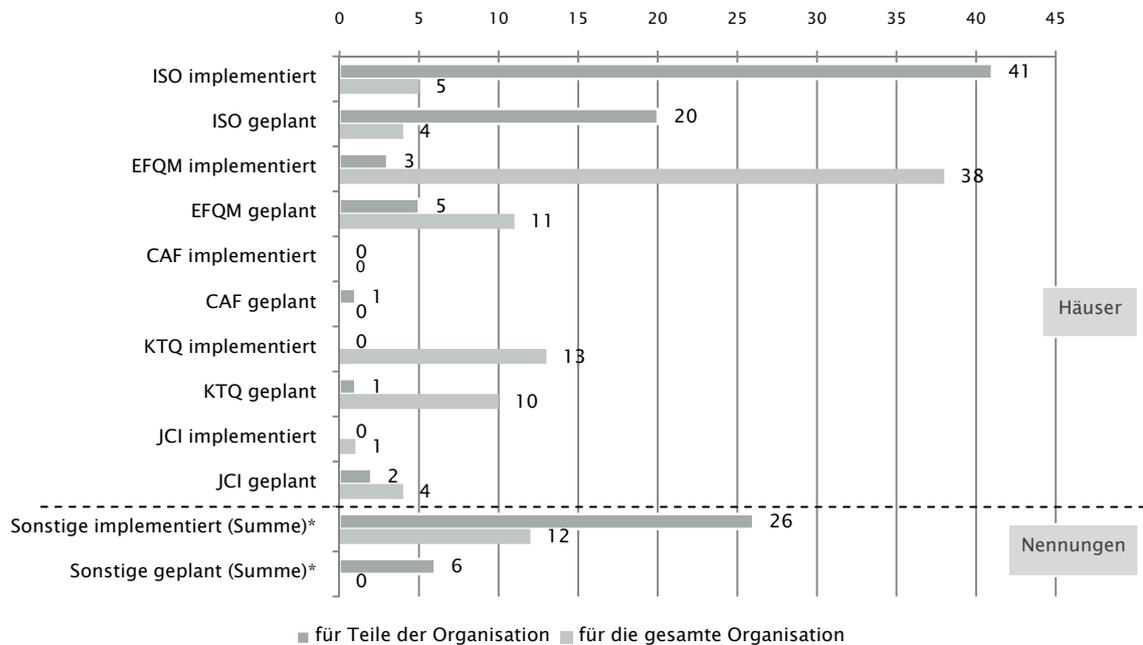
KH-Kategorien / Implementierungsstand	Basisversorgung	erweiterte Versorgung	Maximalversorgung	Sonderkrankenanstalten	Sanatorien (privat)	Summe gemeinnützig	Summe
Qualitätsmodell implementiert	61%	79%	89%	59%	40%	67%	65 %
Qualitätsmodell in Planung	22%	17%	11%	10%	20%	17%	17,5 %
Kein Qualitätsmodell	16%	3%	0%	31%	40%	16%	17,5 %

Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Abbildung 3.7 zeigt, welche Qualitätsmodelle in den Krankenhäusern implementiert bzw. geplant sind. Zudem wird unterschieden, ob dies für die gesamte oder nur für Teile der Einrichtung zutrifft. Zu beachten ist, dass hier Mehrfachnennungen möglich sind.

Abbildung 3.7:

Qualitätsmodelle (Implementierungsstand und Reichweite) (n=104, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

\* „Sonstige“ sind als Summe der Nennungen zu verstehen (bis zu fünf Angaben je Haus möglich)

### 3.3.1 International Organization for Standardization (ISO)

#### ISO – implementiert

Im Jahr 2010 hatten 46 Spitäler das Qualitätsmodell ISO implementiert. In fünf Krankenhäusern organisationsweit, in 41 Häusern in Teilen der Organisation, wobei dies in manchen Häusern viele Teilbereiche sind (bis zu 19 Bereiche).

Folgende Bereiche wurden u. a. häufig genannt: Labor, Blutdepot, Apotheke, Pathologie, Radiologie, Nuklearmedizin, Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte (AEMP), Knochenmark-Transplantation (KMT), In-vitro-Fertilisation (IVF), Küche oder technischer Dienst.

## **Evaluierung**

Im Rahmen von ISO kommen in den Krankenhäusern folgende Evaluierungsarten zum Einsatz: externe und interne Audits, Überwachungsaudits und Verlängerungsaudits, Management Reviews, (Re-)Zertifizierungen oder Tracer-Methode.

## **ISO – in Planung**

In 24 Krankenhäusern waren 2010 eine ISO-Einführung bzw. –Ausweitung in Planung: In vier Häusern für die gesamte Organisation, in zwanzig Häusern für Teile der Organisation. Folgende Bereiche wurden hier u. a. genannt: Labor, technischer Dienst, Nuklearmedizin, Pathologie, Apotheke oder Brustgesundheitszentrum.

Unter diesen 24 Häusern sind 16 Krankenhäuser, die ISO bisher schon für Teile der Organisation implementiert hatten. Eines davon plant bis Ende 2011 eine einrichtungswerte Implementierung. Die anderen 15 Häuser planen ISO auf weitere Teilbereiche der Organisation auszuweiten.

Die voraussichtliche Einführung ist meist für das Jahr 2011 vorgesehen, mit Ausnahme eines Hauses, das das Jahr 2012 angab.

## **3.3.2 European Foundation for Quality Management (EFQM)**

### **EFQM – implementiert**

Im Jahr 2010 hatten 41 Krankenhäuser das Qualitätsmodell EFQM implementiert, davon 38 Häuser für die gesamte Einrichtung und drei Häuser für Teile der Organisation (z. B. in der Krankenhausleitung).

### **Evaluierung**

Unter EFQM kommen in den Krankenhäusern u. a. folgende Evaluierungsarten zum Einsatz: Assessments und Selbstbewertungen (z. B. in Workshops, Evaluierung im Rahmen der QMK-Sitzungen, Auswertung von Kennzahlen aus der BSC), Fremdbewertungen, Audits und Validierungen, Site-Visits der AFQM oder Simulation um den Staatspreis.

### **EFQM – in Planung**

Die Einführung von EFQM ist in 16 Häusern geplant, in elf Einrichtungen für die gesamte Organisation in fünf Häusern für Teile davon (für ausgewählte medizinische Abteilungen und

für die Kollegiale Führung). Eine Teileinführung bezieht sich auf zwei Standorte eines Mehrstandortkrankenhauses, die nacheinander die Implementierung geplant haben. Als Zeithorizont für die Implementierung werden die Jahre 2011 bis 2015 angegeben.

### 3.3.3 Common Assessment Framework (CAF)

Ein Krankenhaus plant, CAF für Teile der Organisation (Röntgenabteilung) bis zum Jahr 2013 einzuführen.

### 3.3.4 Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)

#### **KTQ – implementiert**

Im Jahr 2010 hatten 13 Krankenhäuser KTQ organisationsweit implementiert.

#### **Evaluierung**

Unter KTQ kommen in den Krankenhäusern u. a. folgende Evaluierungsarten zum Einsatz: (Re-)Zertifizierungen, interne/externe Audits und Visitationen, Selbst- und Fremdbewertungen oder Evaluierung durch den Träger.

#### **KTQ – in Planung**

Elf Häuser planen die Implementierung von KTQ, davon ein Haus für Teile der Organisation und zehn Häuser für die gesamte Einrichtung. Die meisten Häuser planen die Einführung für die Jahre 2011 bis 2014, ein Haus für das Jahr 2020.

### 3.3.5 Joint Commission International (JCI)

Das Qualitätsmodell JCI war 2010 in einem Krankenhaus organisationsweit implementiert. Die Evaluierung erfolgt mittels (Re-)Akkreditierung. Die Einführung von JCI ist in sechs Häusern geplant, zweimal für Teilbereiche und vier Mal für die gesamte Organisation. Als Zeithorizont sind hier die Jahre 2011 bis 2016 angeführt.

## 3.3.6 Sonstige Qualitätsmodelle

### Sonstige Qualitätsmodelle – implementiert

25 Häuser gaben an, mindestens ein „sonstiges Qualitätsmodell“ implementiert zu haben, Zwölf davon für die gesamte Organisation, die restlichen 13 Häuser für Teile der Organisation. Insgesamt gab es 38 Nennungen zu sonstigen implementierten Qualitätsmodellen.

Folgende Modelle sind zumindest in einem Haus für die gesamte Einrichtung implementiert: EMAS (Eco- Management and Audit Scheme), Balanced Scorecard, AUVA QM-System, Best Health Austria, pCC, imedON-Zertifikat (patientenfreundliche Webseite) und Risikomanagement nach ONR 49000 ff.

Folgende Modelle wurden u. a. genannt, die für Teile der Organisation implementiert sind: DocCert nach Eusoma-Kriterien, Qualitätszertifikat Mammadiagnostik, OnkoZert, GMP (Good Manufacturing Practice), EMAS (Eco- Management and Audit Scheme), JACIE (Joint Accreditation Committee-ISCST & EBMT), ÖQUASTA (Qualitätssicherung und Standardisierung medizinisch-diagnostischer Untersuchungen) oder HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points-Konzept).

### Sonstige Qualitätsmodelle – in Planung

Sechs Krankenhäuser gaben an, ein „sonstiges Qualitätsmodell“ für Teile der Organisation in den Jahren 2011 bis 2013 implementieren zu wollen. Genannt wurden: OnkoZert, Validierung der AEMP (Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte), DocCert nach EUSOMA-Kriterien, Zertifizierung zum Brustgesundheitszentrum und die ISO Norm 15159 für den Laborbereich.

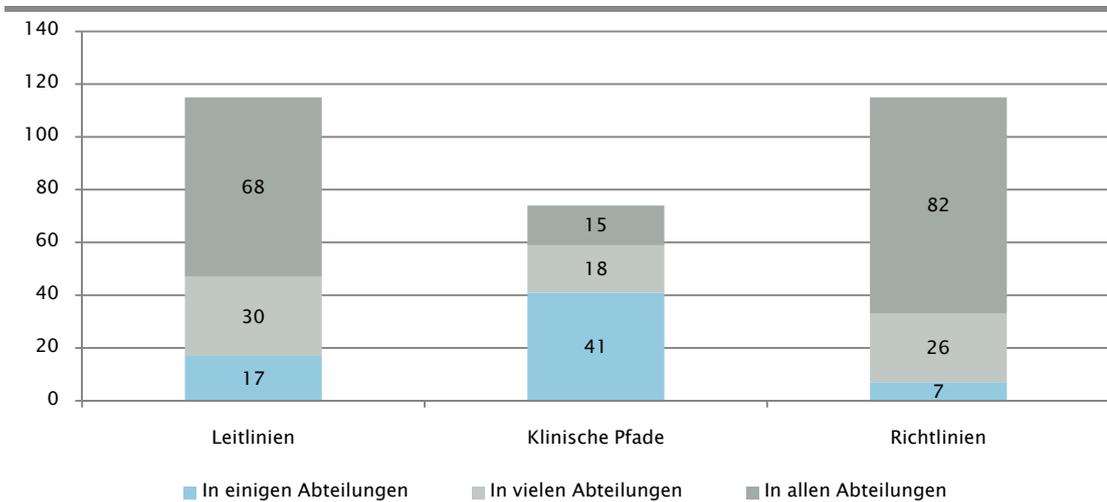
## 3.4 Instrumente der Qualitätsarbeit

### 3.4.1 Richtlinien – Leitlinien – Klinische Pfade

Richtlinien, Leitlinien und klinische Pfade sind Standards, die idealtypische Abläufe und Verfahrensweisen beschreiben. Am häufigsten sind in den Krankenhäusern Leitlinien und Richtlinien in Verwendung. Jeweils 115 Häuser (91 %) geben an, diese beiden Instrumente im Einsatz zu haben. Klinische Pfade sind in 74 Häusern in Verwendung (59 %). Nur beim Einsatz der klinischen Pfade lassen sich Unterschiede zwischen den Krankenhaus-Kategorien erkennen: sie sind in gemeinnützigen Häusern öfter in Verwendung (61 %) als in privaten (30 %).

Leitlinien und Richtlinien kommen mehrheitlich in allen Abteilungen zum Einsatz, klinische Pfade mehrheitlich nur in einigen Abteilungen.

Abbildung 3.8:  
Häufigkeit der Anwendung und Reichweite von Richtlinien, Leitlinien und klinischen Pfaden  
(n=126, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Neben den oben genannten Standards kommen in den Krankenhäusern noch weitere Instrumente zum Einsatz. Von 43 Häusern wurden hierzu 86 Eingaben gemacht. Häufig genannt wurden beispielsweise Qualitätshandbücher, Prozessbeschreibungen und -abbildungen, SOP, standardisierte Arbeitsanleitungen und Verfahrensanweisungen oder Checklisten.

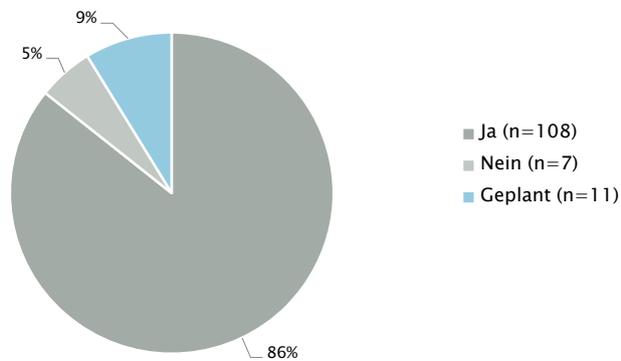
### 3.4.2 Berichte über die Qualitätsarbeit

108 Krankenhäuser (86 %) erstellen regelmäßig einen Bericht über ihre Qualitätsarbeit oder liefern einen Beitrag für einen Sammelbericht (z. B. für einen trägerweiten Bericht). Bei elf weiteren Häusern ist dies in Planung (in acht Häusern für das Jahr 2011, zwei Mal für 2012 und in einem Fall für 2013).

Hinsichtlich der Krankenhaus-Kategorien lassen sich hier Unterschiede erkennen. Am häufigsten erstellen die Häuser der Basisversorgung (94 %) und die Sonderkrankenanstalten (93 %) einen Qualitätsbericht. Bei den Sanatorien wird mit siebzig Prozent eine geringere Quote erreicht.

Abbildung 3.9:

Erstellen die Krankenhäuser regelmäßig einen Bericht über die Qualitätsarbeit? (n = 126)

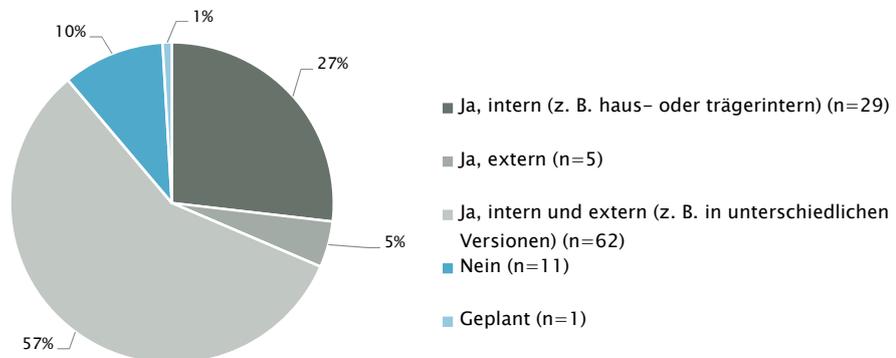


Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Ein Großteil der Häuser (89 %) publiziert die erstellten Berichte – entweder intern (also innerhalb der Einrichtung oder des Trägers) und/oder extern (z. B. für die interessierte Öffentlichkeit). Elf Krankenhäuser (11 %) veröffentlichen den Qualitätsbericht nicht, ein Haus plant dies erst für die Zukunft.

67 Häuser publizieren den Bericht nach außen – dafür wird in vielen Fällen eine eigene Berichtsversion erstellt (z. B. in Form eines Sammelberichtes des Trägers).

Abbildung 3.10:  
Werden die Qualitätsberichte veröffentlicht? (n = 108)



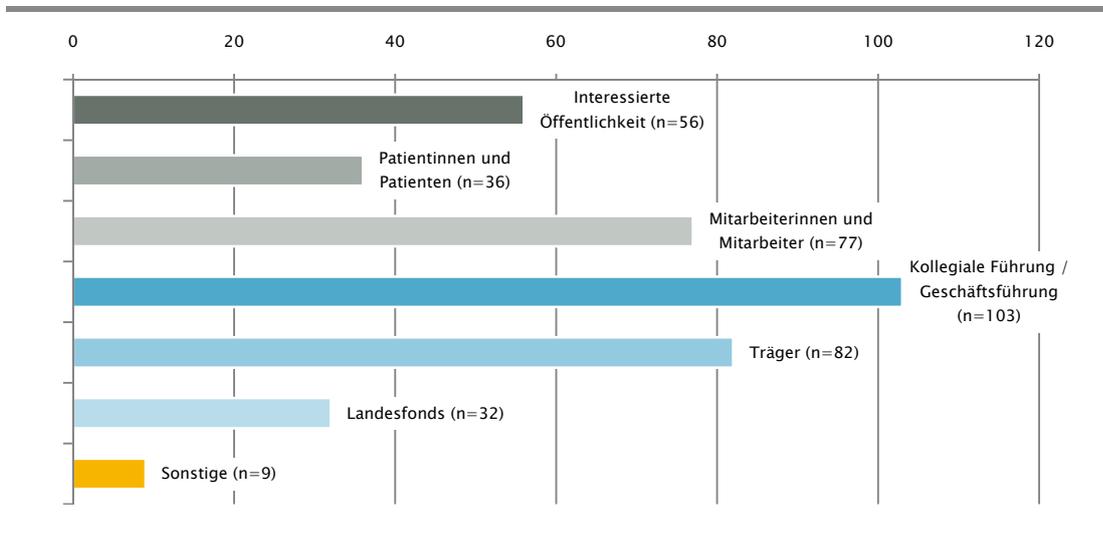
Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Fast alle Qualitätsberichte werden jährlich erstellt (in 94 % der Fälle), in sieben Häusern gibt es alle zwei bis drei Jahre neue Berichte.

Die Zielgruppen der Berichte befinden sich eher innerhalb der Einrichtungen bzw. der Träger. So sind 95 Prozent der Berichte u. a. an die Kollegiale Führung bzw. die Geschäftsführung im Haus gerichtet und 76 Prozent werden für den Träger erstellt. Sonstige Zielgruppen sind beispielsweise Zuweiser, Regionalmanagement, Länder oder andere Gesundheitseinrichtungen.

Abbildung 3.11:

Zielgruppen der Qualitätsberichte (n=108, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Ein Haus nutzte die Möglichkeit, seinen Qualitätsbericht auf der Qualitätsplattform hochzuladen. Von jenen Häusern, die ihre Berichte nicht publizieren, wurden Angaben zu den Berichtsinhalten gemacht. Diese Berichte umfassen z. B. Strukturen und Tätigkeiten des Qualitäts- und Risikomanagements, Aktivitäten, Projekte und Verbesserungsmaßnahmen, Audit-/Zertifizierungsberichte und Qualitätsauszeichnungen, Auswertungen aus sowie getroffene Maßnahmen auf Basis von Beschwerdemanagement und anderen Befragungen, Leistungszahlen und statistische Daten, (medizinische/pflegerische) Qualitätsindikatoren, Evaluierung der Qualitätsziele oder Planung für die nächste Berichtsperiode.

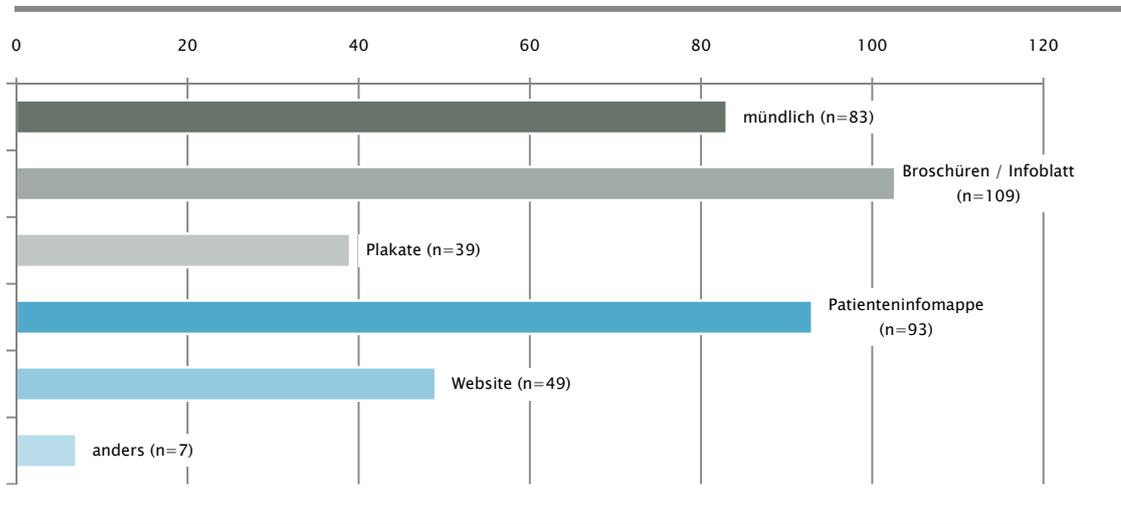
### 3.4.3 Patientenorientierung

#### 3.4.3.1 Patientenrechte

Die Krankenhäuser informieren ihre Patientinnen und Patienten primär mit Broschüren, Infoblättern und Informationsmappen über Patientenrechte. An dritter Stelle liegt die mündliche Informationsweitergabe. Die Krankenhauswebsite nützen dafür derzeit 39 Prozent der Häuser, am häufigsten die Maximalversorgungshäuser (56 %).

Abbildung 3.12:

Wie werden die Patientinnen und Patienten auf Ihre Rechte aufmerksam gemacht? (n=126, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Zusätzlich informieren Patientenservicestellen und Beschwerdestellen, Piktogramme und Informationstafeln sowie Informationskanäle im Krankenhaus-TV über Patientenrechte.

Regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter/innen zum Thema 'Patientenrechte' finden nur in knapp einem Drittel der Krankenhäuser statt (32 %). In gemeinnützigen Häusern gibt es diese Schulungen häufiger, die höchste Quote erreichen die Häuser der erweiterten Versorgung (45 %). In Sanatorien beträgt die Quote zehn Prozent.

### 3.4.3.2 Patientenbefragungen

Patientenbefragungen werden in allen Krankenhäusern durchgeführt. In 82 Prozent der Häuser in allen Abteilungen mit Patientenkontakt, in 18 Prozent nur in einigen Abteilungen mit Patientenkontakt. Alle Sanatorien geben an, in allen Abteilungen mit Patientenkontakt zu befragen, bei den gemeinnützigen Krankenhäusern sind es achtzig Prozent.

Die Befragungen erfolgten in gut der Hälfte der Häuser kontinuierlich. Zwanzig Prozent befragen einmal pro Jahr, innerhalb eines begrenzten Zeitraums, 17 Prozent in längeren Abständen. Auch hier gibt es Unterschiede hinsichtlich der Krankenhaus-Kategorien: 100 Prozent der Sanatorien befragen kontinuierlich, bei den gemeinnützigen Häusern sind es nur ca. fünfzig Prozent.

Abbildung 3.13:

In welchen Intervallen erfolgen die Patientenbefragungen? (n=126)

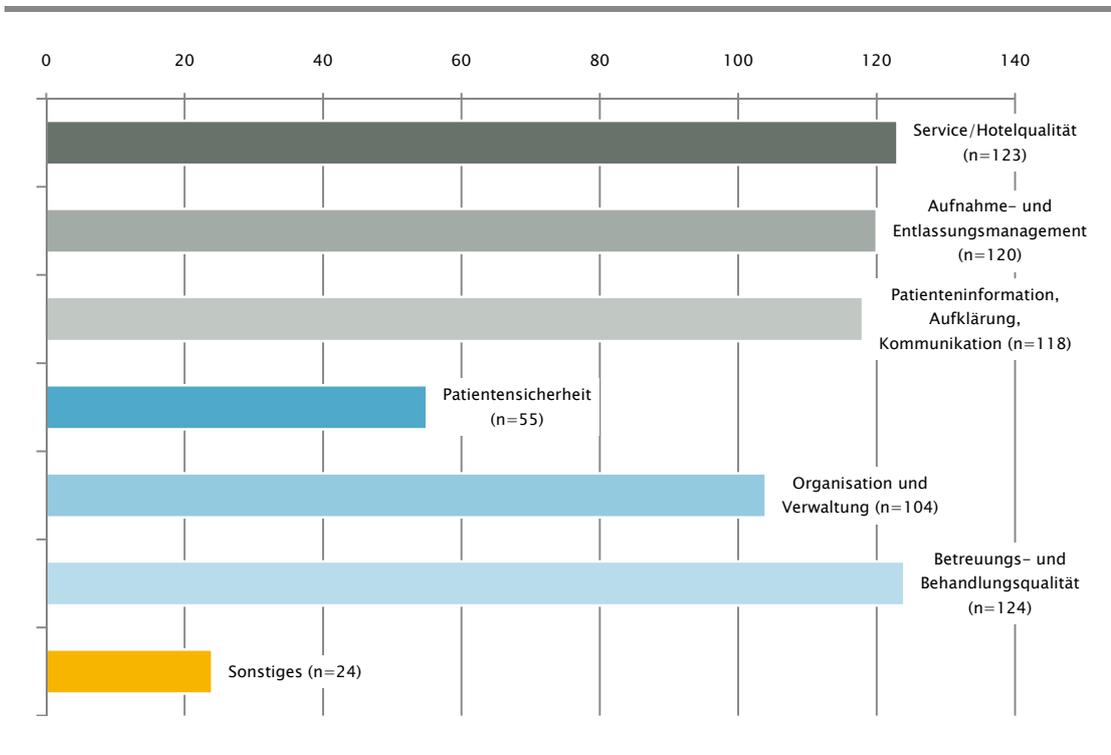


Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Am häufigsten werden Patientinnen und Patienten zu den Themen „Betreuungs- und Behandlungsqualität“ und „Service/Hotelqualität“ befragt. Unter der Kategorie „Sonstiges“ wurden z. B. Fragen zu Schmerzmanagement, subjektiv-empfundene Belastungsgefühle, Störung der Nachtruhe, Wahrung der Intimsphäre, Patientenschulungen, Seelsorge, Abläufen und Prozessen, Hygiene oder Infrastruktur genannt.

Abbildung 3.14:

Themengebiete von Patientenbefragungen (n=126, Mehrfachantworten möglich)

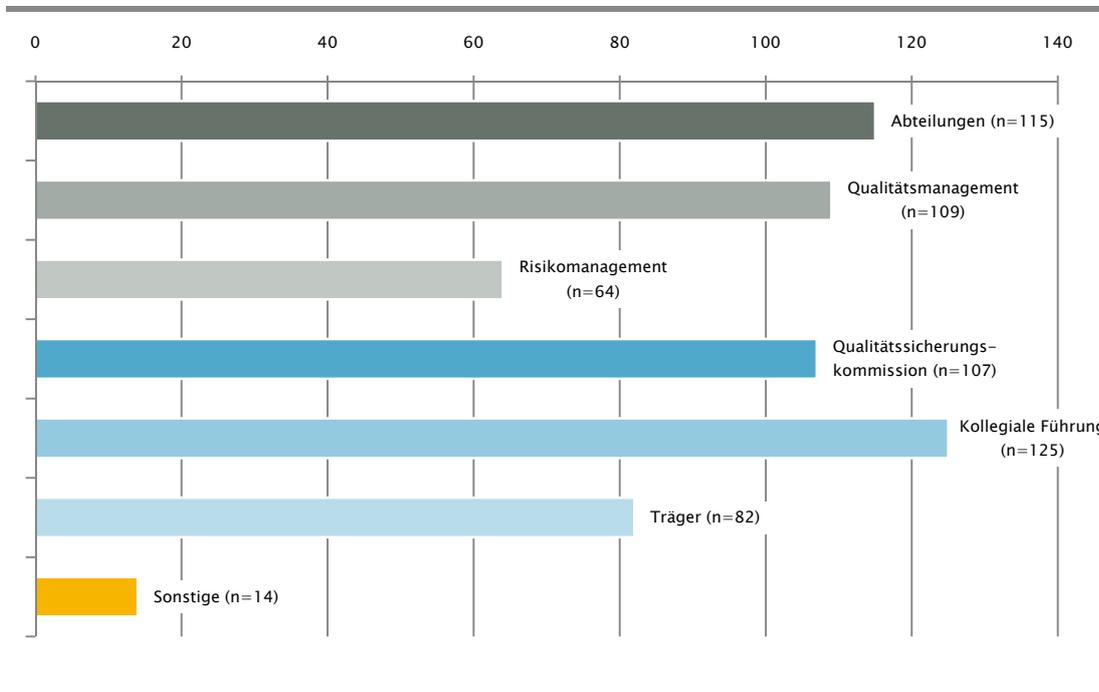


Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Die Ergebnisse aus den Patientenbefragungen ergehen am häufigsten an die Kollegiale Führung. Meist werden die Ergebnisse auch den Abteilungen rückgemeldet und dem Qualitätsmanagement und der Qualitätssicherungskommission zur Verfügung gestellt.

In der Kategorie „Sonstiges“ wurden z. B. Ombudsstelle, gesamte Unternehmensgruppe, alle interessierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Presse/Medien genannt.

Abbildung 3.15:  
 Ergebnisse der Patientenbefragungen ergehen an folgende Stellen  
 (n=126, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

## 3.4.4 Mitarbeiterorientierung

### 3.4.4.1 Mitarbeiterbefragung

98 Krankenhäuser (78 %) führen Mitarbeiterbefragungen durch. In drei Vierteln der Fälle werden alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befragt, in 25 Prozent Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus einigen ausgewählten Bereichen.

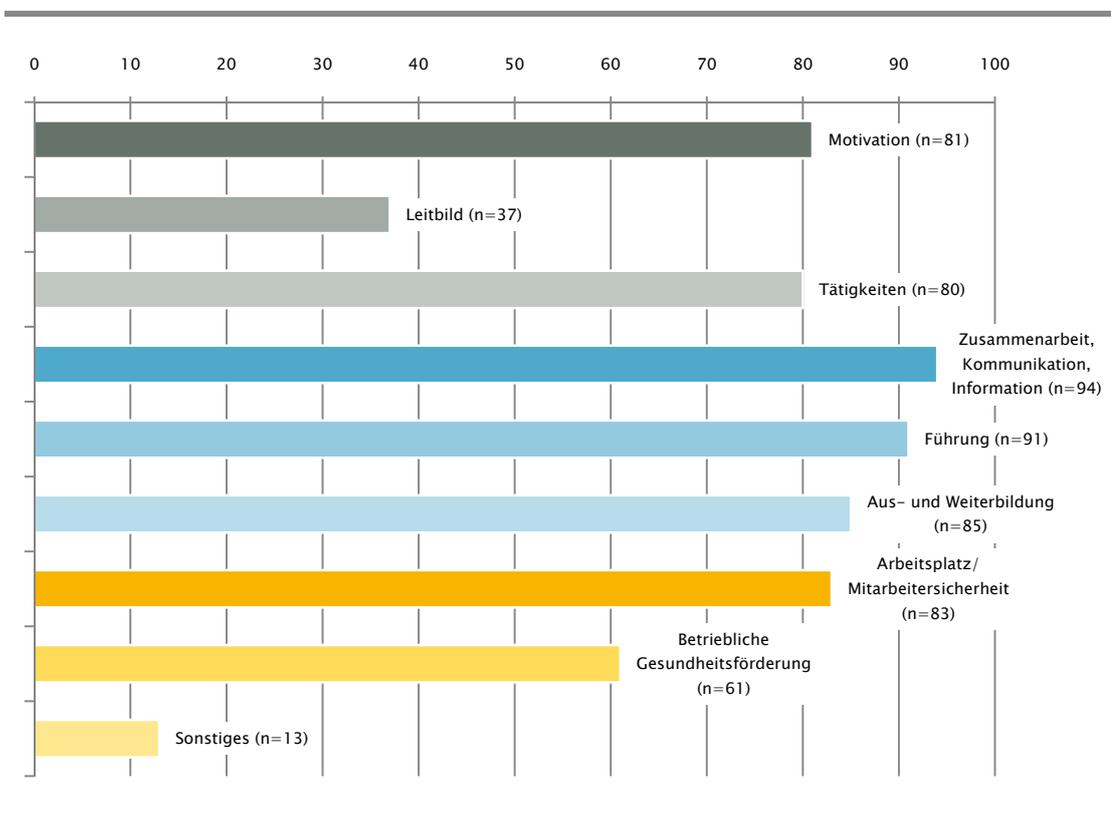
Die höchste Quote erreichen mit fast neunzig Prozent die Häuser der Maximalversorgung, wobei hier in knapp zwei Dritteln der Fälle nur Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus einigen ausgewählten Bereichen befragt werden. Die geringste Befragungsquote erreichen die Sanatorien (70 %), allerdings werden hier immer alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter befragt.

22 Prozent der Krankenhäuser geben an, keine Mitarbeiterbefragungen durchzuführen. Begründet wurde dies z. B. damit, dass die Befragungen in Planung sind, die bisherige Akzeptanz schlecht war oder persönliche Gespräche angeboten werden.

In acht Krankenhäusern (8 %) werden die Mitarbeiterbefragungen jährlich durchgeführt, in den anderen Häusern erfolgen diese in längeren Abständen oder unregelmäßig.

Am häufigsten werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu den Themen „Zusammenarbeit, Kommunikation und Information“, „Führung“ und „Aus- und Weiterbildung“ befragt. Unter der Kategorie „Sonstiges“ wurden z. B. Fragen zu Werten, Umwelt, Kollegialität, Arbeitssituation und Arbeitsplatzbedingungen, Unternehmenskultur, Arbeitsabläufen und Prozessen, Betriebsrat oder Betriebskantine genannt.

Abbildung 3.16:  
Themengebiete von Mitarbeiterbefragungen (n=98, Mehrfachantworten möglich)

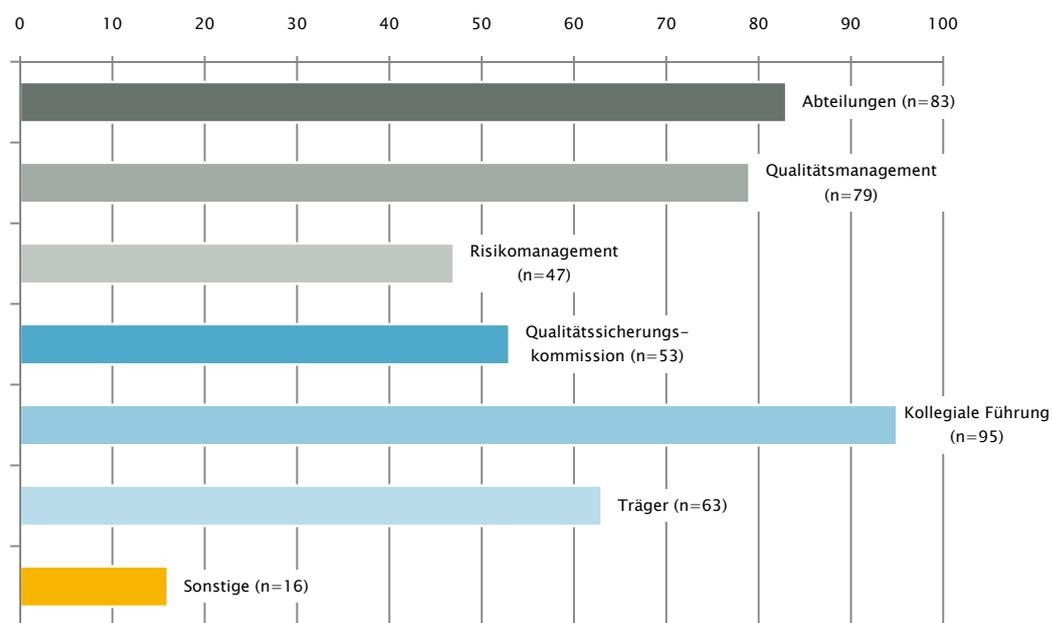


Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Die Ergebnisse aus den Mitarbeiterbefragungen ergehen in fast allen Krankenhäusern an die Kollegiale Führung. Meist werden die Ergebnisse den Abteilungen rückgemeldet und dem Qualitätsmanagement und dem Träger zur Verfügung gestellt.

Unter der Kategorie „Sonstiges“ wurden z. B. Betriebsrat und Personalvertretung, Geschäftsführung oder andere übergeordnete Ebenen genannt. Zusätzlich werden die Ergebnisse in manchen Häusern den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über das Intranet, via Informationsveranstaltungen oder durch die Möglichkeit der Einsichtnahme (z. B. im QM-Büro) zur Verfügung gestellt.

Abbildung 3.17:  
Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen ergeben an folgende Stellen  
(n=98, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

### 3.4.4.2 Strukturierte Mitarbeitergespräche

In 117 Krankenhäusern (93 %) werden strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt – in etwas mehr als der Hälfte dieser Häuser (57 %) mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, ansonsten nur in einigen Bereichen. Die Gespräche erfolgen bei 65 Prozent der Häuser einmal im Jahr, bei den restlichen 35 Prozent in längeren Abständen bzw. unregelmäßig. Neun Häuser (7 %) führen keine Mitarbeitergespräche durch, einige davon planen eine Einführung im Jahr 2011.

Die höchste Quote erreichen mit 100 Prozent die Häuser der Maximalversorgung, knapp gefolgt von den Sonderkrankenanstalten mit 97 Prozent. Bei der „Flächendeckung“ liegen die Maximalversorgungshäuser allerdings hinter den anderen Kategorien, nur 44 Prozent der Häuser führen die Gespräche mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durch. Die Sonderkrankenanstalten erreichen hier einen Anteil von 64 Prozent.

In Sanatorien werden strukturierte Mitarbeitergespräche seltener durchgeführt (80 %) als in gemeinnützigen Häusern – jeweils in 50 Prozent bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bzw. in einigen Bereichen.

### 3.4.4.3 Strukturierte Erfassung der Fort- und Weiterbildung

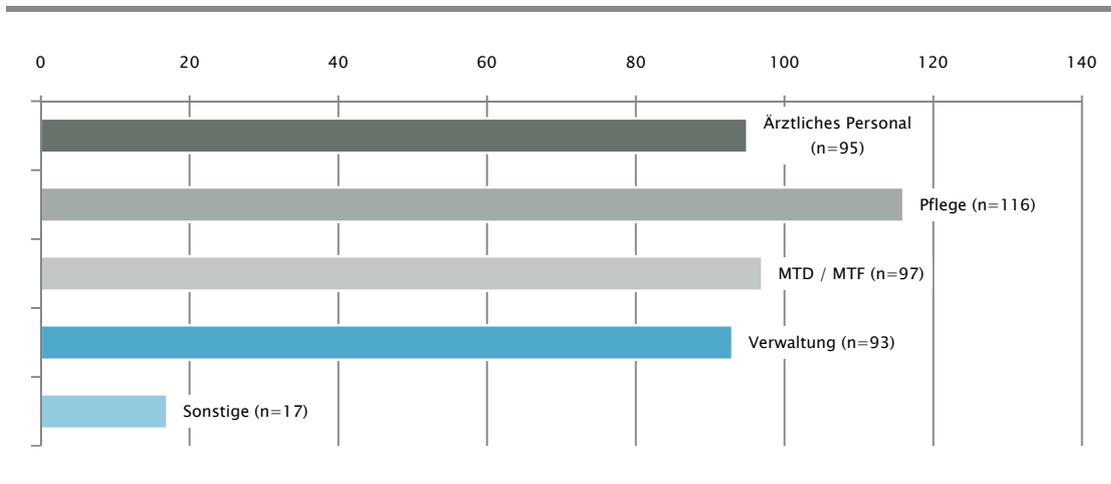
In 117 Krankenhäusern (93 %) werden die Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter strukturiert erfasst. Die Sonderkrankenanstalten liegen hier mit einer Quote von 90 Prozent etwas hinter den anderen Krankenhaus-Kategorien.

Am häufigsten werden die Fort- und Weiterbildungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Pflege erfasst, knapp dahinter liegen jene der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der MTD/MTF. Diese Ergebnisse sind für alle Krankenhaus-Kategorien gleich.

Von einigen Häusern wurde in der Kategorie „Sonstiges“ angegeben, dass die Fort- und Weiterbildungen des gesamten Personals in allen Bereichen strukturiert erfasst werden. Außerdem wurden hier u. a. die Bereiche Facility Management, Psychologie, Pharmazie sowie Technik, Küche und Reinigung genannt.

Abbildung 3.18:

Für welche Mitarbeitergruppen werden die Fort- und Weiterbildungen strukturiert erfasst?  
(n=117, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

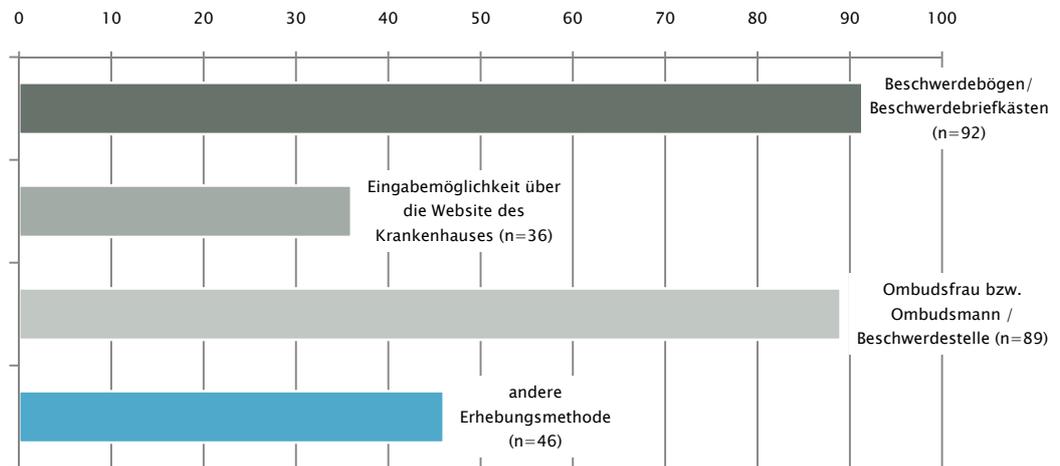
### 3.4.5 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden

#### 3.4.5.1 Erheben von Patientenbeschwerden und -vorschlägen

Alle Krankenhäuser bieten ihren Patientinnen und Patienten die Möglichkeit an, Vorschläge und Beschwerden zu deponieren. Am häufigsten kommen Beschwerdebögen, Beschwerdebriefkästen oder Ombudsstellen zum Einsatz. Das Internet nutzen 36 Häuser (29 %), gemeinnützige Häuser etwas häufiger (30 %) als Sanatorien (10 %). In der Kategorie „andere Erhebungsmethoden“ wurden z. B. Telefon, E-Mail, direkte Gespräche mit dem Personal, Patientenbefragungen und die Patientenanwaltschaft genannt.

Abbildung 3.19:

Wie werden Vorschläge und Beschwerden der Patientinnen und Patienten erhoben? (n=126, Mehrfachantworten möglich)

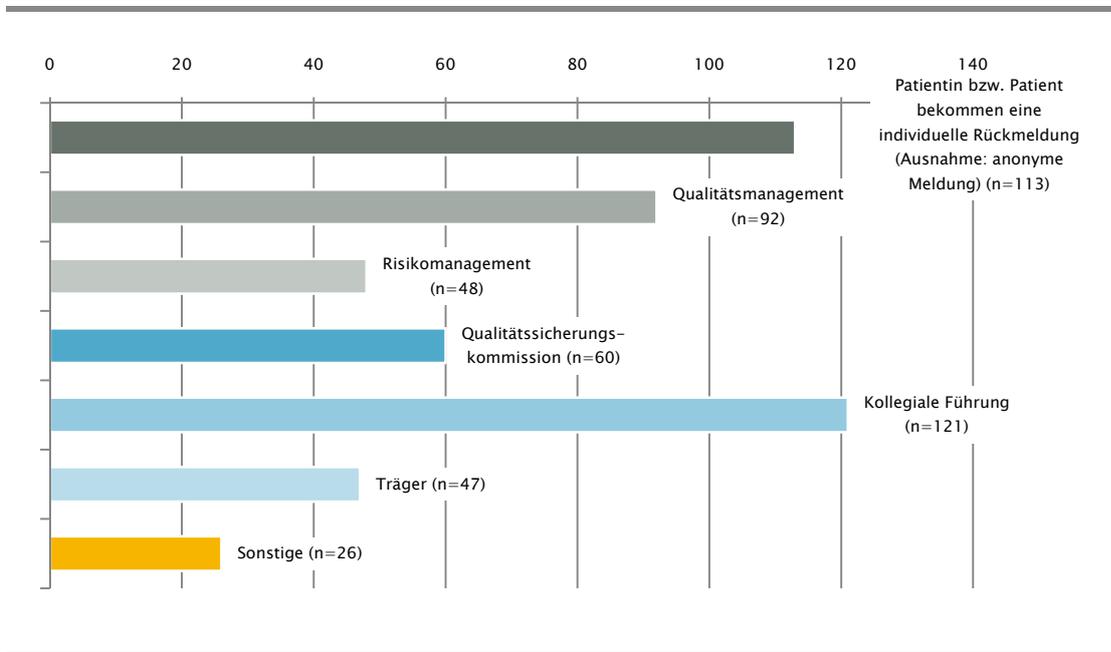


Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Die Informationen aus Vorschlägen und Beschwerden ergehen in fast allen Krankenhäusern an die Kollegiale Führung. Meist bekommen auch die Patientinnen und Patienten eine individuelle Rückmeldung (sofern die Meldung nicht anonym abgegeben wird). Unter der Kategorie „Sonstiges“ wurden z. B. angeführt, dass auch die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. die jeweiligen Abteilungen/Stationen informiert werden.

Abbildung 3.20:

Informationen zu Vorschlägen und Beschwerden der Patientinnen und Patienten ergehen an folgende Stellen (n=126, Mehrfachantworten möglich)



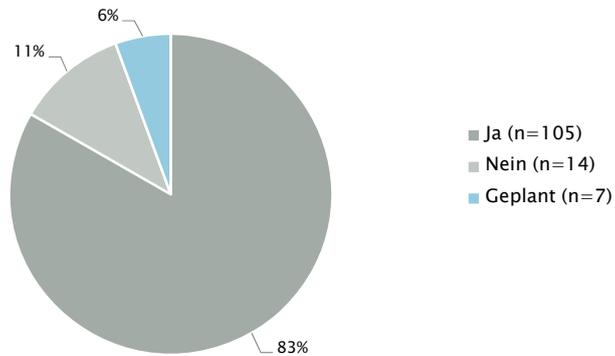
Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

### 3.4.5.2 Strukturiertes Beschwerdemanagement

105 Krankenhäuser (83 %) haben ein strukturiertes Beschwerdemanagement, d. h. ein systematisches Vorgehen zur Bearbeitung von Beschwerden, implementiert. Sieben Häuser planen eine Einführung in den Jahren 2011 bzw. 2012. Die höchste Quote erreichen hier die Häuser der Maximalversorgung (100 % implementiert) und jene der Kategorie ‚erweiterte Versorgung‘ (93 % implementiert, 7 % in Planung). Unter den Sanatorien haben siebenzig Prozent der Häuser ein strukturiertes Beschwerdemanagement implementiert.

Abbildung 3.21:

Gibt es für die Bearbeitung von Beschwerden ein systematisches Vorgehen (strukturiertes Beschwerdemanagement)? (n=126)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

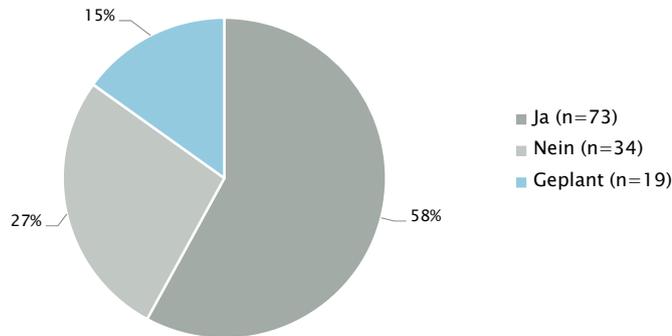
### 3.4.5.3 Betriebliches Vorschlagswesen/ Ideenmanagement

73 Krankenhäuser (58 %) geben an, ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eingerichtet zu haben. Am häufigsten ist dies mit 89 Prozent in Maximalversorgungshäusern der Fall, bei den Sanatorien trifft dies auf knapp ein Drittel der Häuser zu.

In 19 Häusern ist es in Planung, zumeist für die Jahre 2011 oder 2012, in einem Haus für das Jahr 2013.

Abbildung 3.22:

Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter? (n=126)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

### 3.4.6 Hausübergreifende Qualitätsprojekte

Qualitätssicherung findet in den Krankenhäusern meist nicht nur hausintern statt – 103 Krankenhäuser (82 %) nehmen an hausübergreifenden Qualitätsprojekten teil. Die Häuser der Maximalversorgung erreichen eine Teilnahmequote von 100 Prozent, die Sonderkrankenanstalten hingegen nur 67 Prozent, die Sanatorien siebzig Prozent.

Am häufigsten angegeben wird die Teilnahme an Ringversuchen (Labor), Qualitätsregistern und trägerweiten Qualitätsprojekten.

Bei den Qualitätsregistern wurden u. a. häufig genannt: GÖG-Register (z. B. Stroke-Unit-Register, Chirurgie-Register oder Implantate-Register), Geburtenregister, Tumorregister, Diabetes-Register oder Register von verschiedenen Fachgesellschaften.

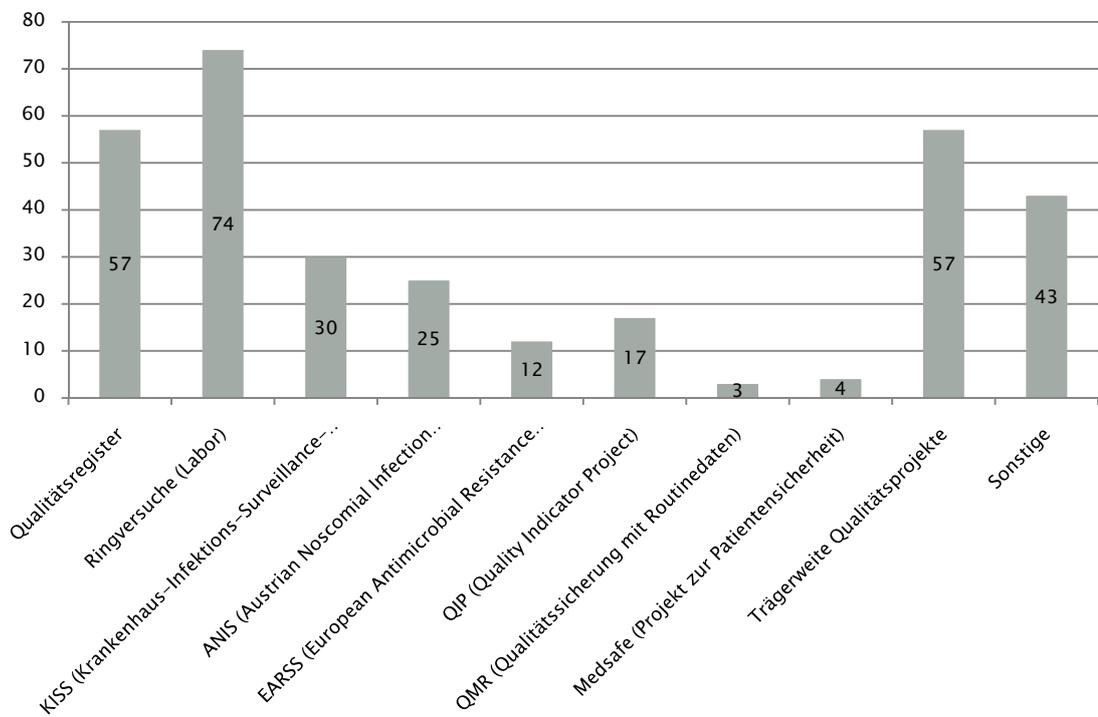
In den Kategorien „Trägerweite Projekte“ und „Sonstige“ wurden Projekte zu unterschiedlichsten Themenbereichen angeführt, u. a. zu

- » Patientensicherheit/Risikomanagement (z. B. Sturz-, Dekubitus- und Infektionsprophylaxe, Patientenidentifikation, Händehygiene, Fehlermelde- und Lernsysteme oder Medikamentensicherheit),
- » Nahtstellenmanagement (z. B. Aufnahme- und Entlassungsmanagement, e-Medikation, NSM bei Schlaganfall bzw. bei neurologischer Versorgung)

- » Kennzahlen-Systeme und Benchmarking (z. B. Entwicklung von Indikatorensets zur EQ-Messung, Chirurgie- und OP-Kennzahlen, A-IQI, Pflege-Kennzahlen oder diverse Benchmarking-Projekte von Fachgesellschaften),
- » Pflege (z. B. elektronische Pflegedokumentation, Messung von Pflegequalität und -outcome) und
- » Personal (z. B. betriebliche Gesundheitsförderung, altersgerechtes Arbeiten, Personalentwicklung oder Mitarbeiterbindung).

Abbildung 3.23:

Teilnahme an hausübergreifenden Qualitätsprojekten (n=103, Mehrfachnennungen möglich)



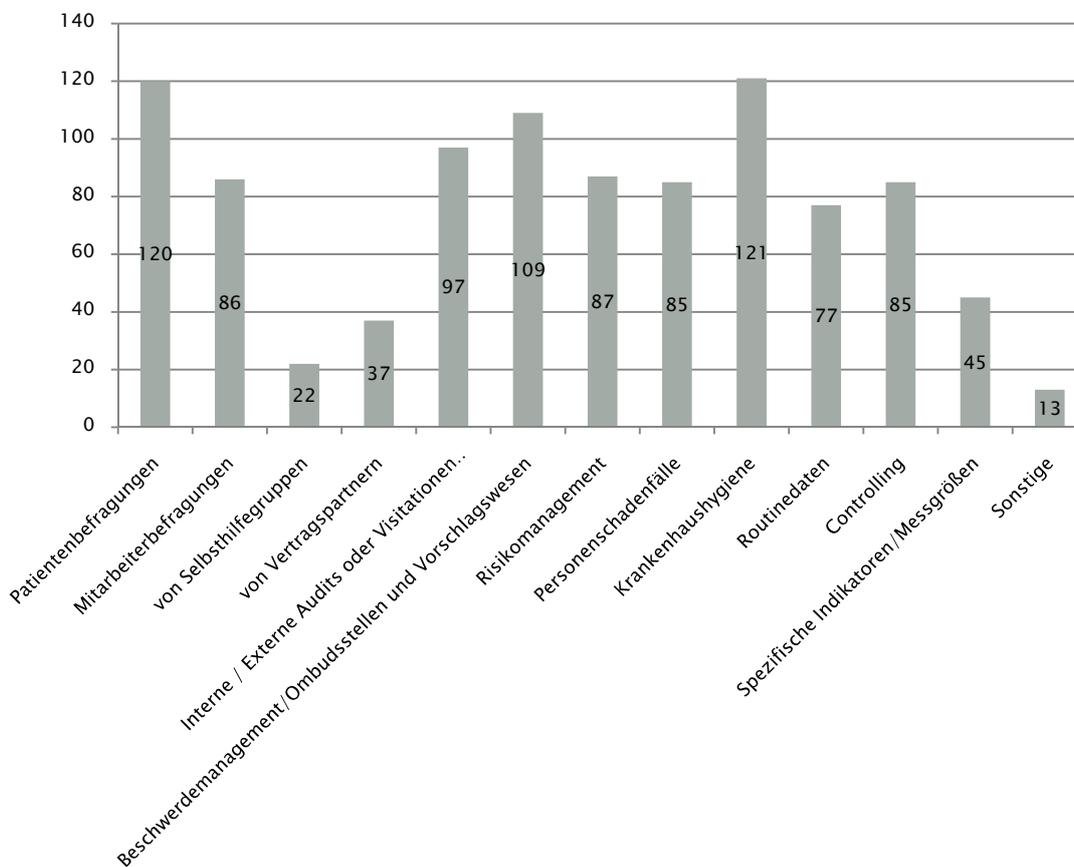
Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

### 3.4.7 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

In allen befragten Krankenhäusern werden kontinuierliche Verbesserungsprozesse initiiert, die auf unterschiedlichen Daten, Auswertungen oder Informationen basieren. Am häufigsten verwendet werden hierfür Daten aus Patientenbefragungen, der Krankenhaushygiene, aus dem Beschwerdemanagement und vom Vorschlagswesen sowie aus Audits und Visitationen (z. B. Vertragspartnerkontrolle oder Krankenhauseinschau).

Abbildung 3.24:

Daten, Auswertungen oder Informationen auf deren Basis kontinuierliche Verbesserungsprozesse initiiert werden (n=126, Mehrfachantworten möglich)



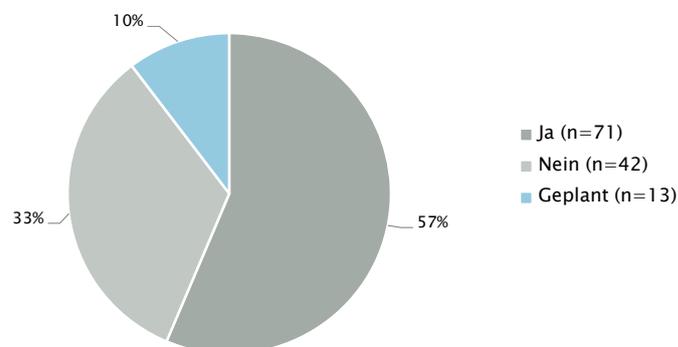
Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

In der Kategorie „Spezifische Indikatoren/Messgrößen“ wurden einerseits Überkategorien wie BSC- und EFQM-Kennzahlen genannt, andererseits auch konkrete Beispiele wie z. B. OP-Kennzahlen (z. B. Beginnzeiten, Wechselzeiten, Saalauslastung, abgesetzte Operationen), Sturz-, Dekubitus-, Nosokomiale Infektions-, Komplikations- und Wiederaufnahmerate, Intensivhäufigkeit, Verweildauer, Anzahl an Dienstunfällen (z. B. Nadelstichverletzungen), Kennzahlen spezifischer Bereiche (z. B. Labor, Pathologie, Nuklearmedizin, Blutdepot oder Gewebebanken), Befragungs-Indizes oder Wartezeiten (z. B. Aufenthaltsdauer in den Ambulanzen nach Behandlungsdringlichkeit, Wartezeiten in der Nachbehandlung und Diagnostik, Wartezeit auf Konsiliarbefund). Als „sonstige Quellen“ wurden z. B. Ideenmanagement, Problemmonitoring, Zuweiserbefragungen oder Führungskräfteworkshops genannt.

In mehr als der Hälfte der Krankenhäuser ist das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses verankert, weitere zehn Prozent planen die Implementierung eines solchen. Die höchste Implementierungs-Quote erreichen die Maximalversorgungshäuser mit 78 Prozent. Mit rund vierzig Prozent liegen Sanatorien und Sonderkrankenanstalten deutlich darunter, die Häuser mit Basis- bzw. erweiterter Versorgung mit rund sechzig Prozent dazwischen.

Abbildung 3.25:

Ist in den Krankenhäusern das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert? (n=126)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

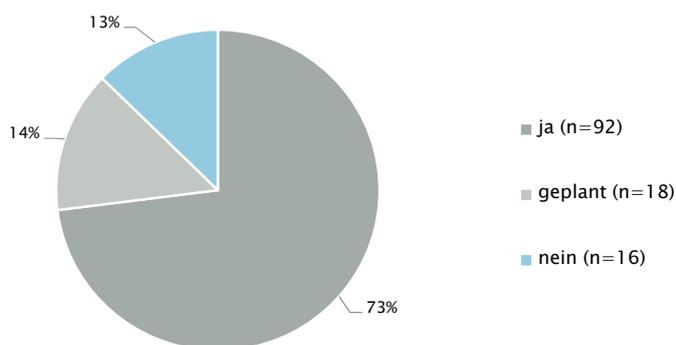
## 3.5 Patientensicherheit und Risikomanagement

### 3.5.1 Instrumente des Risikomanagements

Im Jahr 2010 war in 92 Krankenhäusern (73 %) zumindest ein Instrument des Risikomanagements (RM) in Verwendung und in 18 Häusern (14 %) war deren Einsatz in Planung.

Von den gemeinnützigen Spitälern haben drei Viertel Risikomanagement-Instrumente in Verwendung (im Bereich der Maximalversorgung sind es sogar 89 %), in der Kategorie der Sanatorien sind es vierzig Prozent.

Abbildung 3.26:  
Sind Instrumente des Risikomanagements in Verwendung? (n=126)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Am häufigsten zum Einsatz kommen Checklisten gefolgt von Risikoanalysen und internen Fehlermelde- und Lernsystemen, sowohl in den gemeinnützigen als auch in den privaten Spitälern. Auch bei den in Planung befindlichen Instrumenten liegen die drei genannten voran. Anzumerken ist, dass einzelne Instrumente in den Häusern zeitgleich sowohl in Verwendung als auch in Planung sein können – z. B. in einem ausgewählten Bereich während einer Pilotphase, nach der eine Ausrollung auf das ganze Krankenhaus oder weitere Bereiche geplant ist.

Tabelle 3.2:

Instrumente des Risikomanagements (n=110, Mehrfachantworten möglich)

Instrument	In Verwendung	Geplant
Haus-/trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme	60	20
Übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at)	29	12
Risikoanalyse	67	18
Fehleranalyse	31	5
Checklisten für ein strukturiertes Vorgehen in besonders gefahrgeneigten Situationen (z. B. OP-Checkliste der WHO)	71	23
Sonstige	7	7

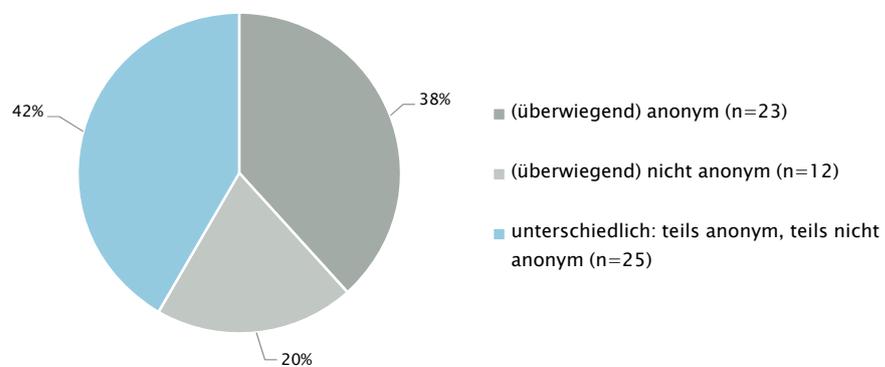
Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

In der Kategorie „Sonstige“ wurden z. B. Notfallpläne, Verfahrensanweisungen oder Risikomappen genannt.

In Fehlermelde- und Lernsystemen werden die Meldungen tendenziell (überwiegend) anonym oder in einer Mischform gemeldet.

Abbildung 3.27:

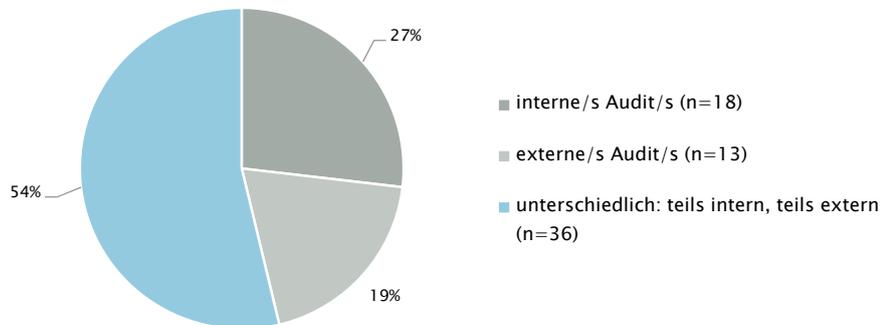
Art der Meldung bei hausinternen/trägerinternen Fehlermelde- und Lernsystemen (n=60)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Die Risikoanalysen werden in der Mehrheit der Häuser sowohl intern als auch extern durchgeführt.

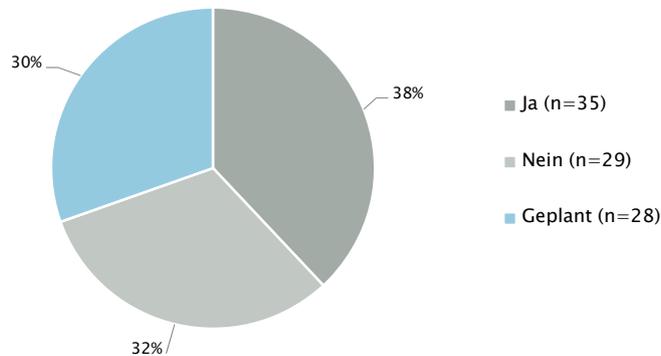
Abbildung 3.28:  
Art der Durchführung von Risikoanalysen (n=67)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

In 35 Krankenhäusern (38 % jener Häuser, die bereits Instrumente des Risikomanagements in Verwendung haben) werden die Aktivitäten im Bereich des Risikomanagements evaluiert. In 28 Häusern (30 %) ist die Evaluierung geplant.

Abbildung 3.29:  
Evaluierung des Risikomanagements (n=92)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Von den Krankenhäusern wurden u. a. folgende Indikatoren bzw. Messgrößen genannt, die für die Evaluierung des Risikomanagement herangezogen werden bzw. in Planung sind:

- » Infektionsrate, Sturzrate, Dekubitusrate
- » Anzahl an Meldungen in Fehlermelde- und Lernsysteme (Unterteilung nach Kategorien, wie z. B. Anteil nicht-anonymer Meldungen, Anteil bearbeitbarer Meldungen, Meldungen je Berufsgruppe)
- » Wiedereintrittsraten von unerwünschten Ereignissen
- » Kennzahl: Verbesserungen/Meldungen
- » Kennzahl: Meldungen/Risikoszenario
- » Anzahl geänderter Prozesse und Strukturen
- » Kennzahl: Schadensausmaß/Eintrittswahrscheinlichkeit
- » Veränderungen in der Risikomatrix
- » Veränderungen in Risikolandkarten
- » Anzahl an Regressfällen
- » Handschuh- und Desinfektionsmittelverbrauch

### 3.5.2 Konzepte für Risikomanagement

In 72 Krankenhäusern (57 %) gibt es bereits Konzepte für Risikomanagement, also ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (in 40 % der Sanatorien und in 59 % der gemeinnützigen Häuser). Weitere 34 Häuser (27 %) haben Konzepte – meist für die Jahre 2011 und 2012 – geplant (20 % der Sanatorien und 28 % der gemeinnützigen Krankenhäuser).

### 3.5.3 Koordination des Risikomanagements

Die Koordination des Risikomanagements gestaltet sich in den Krankenhäusern unterschiedlich. In einigen Häusern gibt eine zentrale Koordination, in anderen wird die Koordination in Teams oder von Einzelpersonen in den Abteilungen wahrgenommen.

#### **Koordinierende Stellen**

Folgende Personen/Einrichtungen koordinieren das operative Risikomanagement in den Krankenhäusern:

- » Risikomanagement (Abteilung bzw. Stabsstelle), Risikomanager/in bzw. –beauftragte/r
- » Qualitätsmanagement (Abteilung bzw. Stabsstelle), Qualitätsmanager/in bzw. –beauftragte/r
- » Qualitätssicherungskommission
- » Kollegiale Führung/Geschäftsführung
- » Vertrauensteam
- » (übergeordnete Stabsstelle im) Träger

- » Einzelpersonen, wie z. B. Abteilungsleiter/in oder Mitarbeiter/in in einer Pilotstation für den Einsatz von Risikomanagement-Instrumenten.

Von elf Häusern wird angegeben, dass derzeit (noch) niemand die Koordination des Risikomanagements übernommen hat.

### **Vollzeitäquivalente und Köpfe für die Koordination**

37 Häuser (29 %) geben an, wie viele Vollzeitäquivalente (VZÄ) für die Koordination des operativen Risikomanagements besetzt sind, das sind zehn Prozent der Sanatorien und 31 Prozent der gemeinnützigen Spitäler. In Summe wurden 29,18 VZÄ rückgemeldet, der Durchschnitt liegt bei 0,79 VZÄ je Haus, der Median beträgt 0,5 VZÄ.

Die 29,18 VZÄ verteilen sich auf insgesamt 59 Personen (Köpfe). Die Angaben reichen von einer Person bis hin zu fünf Personen. Durchschnittlich beschäftigen sich in diesen 37 Häusern 1,6 verschiedene Personen (nicht VZÄ) mit der Koordination des operativen Risikomanagements. Der Median liegt bei einer Person.

89 Häuser (71 %) machen keine VZÄ-Angaben. 74 dieser Häuser, die keine VZÄ angeben, können dennoch die Personen (Köpfe) beziffern, die mit der Koordination des operativen Risikomanagements betraut sind. Es wurden hierfür 304 Personen (nicht VZÄ) angegeben. Die Angaben reichen von einer Person bis hin zu 25 Personen. Durchschnittlich beschäftigen sich in 74 Häusern 4,1 verschiedene Personen (nicht VZÄ) mit der Koordination des operativen Risikomanagements. Der Median liegt bei zwei Personen.

Insgesamt 15 Häuser, die derzeit (noch) keine Koordination des Risikomanagements explizit angeben oder in denen derzeit eine andere Stelle oder die Krankenhausleitung diese Aufgabe „mitbetreut“, trugen bei der Anzahl der Köpfe „0“ ein.

In Summe sind in allen 126 rückmeldenden Krankenhäusern somit 363 Personen (Köpfe) u. a. mit der Koordination des operativen Risikomanagements betraut. Im Durchschnitt sind es knapp drei Personen je Haus, der Median liegt bei 1,5 Personen.

## **3.5.4 Risikomanagement-Ansprechpersonen in Abteilungen**

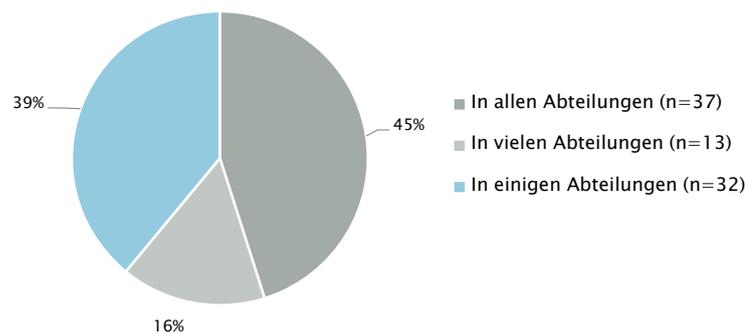
82 Krankenhäuser (65 %) geben an, Ansprechpersonen für Risikomanagement in Abteilungen definiert zu haben. Etwas weniger als die Hälfte davon in allen Abteilungen des Hauses.

Bezogen auf die Krankenhaus-Kategorien sind in gemeinnützigen Einrichtungen (68 %) häufiger Risikomanagement-Ansprechpersonen in Abteilungen definiert als in Sanatorien

(30 %). Am häufigsten gibt es die Ansprechpersonen in den Häusern der Basisversorgung (76 %). 46 Prozent der gemeinnützigen Häuser mit Ansprechpersonen haben diese in allen Abteilungen definiert, in den Sanatorien sind es 33 Prozent.

Abbildung 3.30

In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für Risikomanagement? (n=82)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

### 3.5.5 Risikomanagement-Ausbildung

95 Krankenhäuser (75 %) geben an, dass in ihrem Haus Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit spezieller Risikomanagement-Ausbildung beschäftigt sind. Insgesamt sind dies 689 Personen. Der Durchschnitt liegt bei 7,3 Personen pro Haus ( $\emptyset$  bezogen auf 95 Krankenhäuser), der Median bei drei Personen. Die Antworten zeigen eine breite Streuung, die angegebene Personenzahl liegt zwischen einer und 65 Personen pro Haus. Sieben Krankenhäuser beschäftigen mehr als zwanzig Personen mit spezieller Risikomanagement-Ausbildung, wobei – bis auf eine Sonderkrankenanstalt – all diese Häuser den Krankenhaus-Kategorien ‚erweiterte Versorgung‘ und ‚Maximalversorgung‘ zuzuordnen sind. Zu diesen beiden Kategorien ist festzuhalten, dass – mit einer Ausnahme – in allen Häusern zumindest eine Person mit einer Risikomanagement-Ausbildung tätig ist.

## 4 Qualitätsprojekte in österreichischen Krankenanstalten

Die österreichischen Krankenhäuser führen viele Qualitätsprojekte zu verschiedensten Themenbereichen großteils haus- oder trägerintern, teilweise auch organisationsübergreifend durch.

Diese Initiativen sind außerhalb der jeweiligen Einrichtungen aber nur zum Teil bekannt. Um den Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben, ausgewählte Projekte kurz vorstellen und beschreiben zu können, betreibt die Qualitätsplattform eine Projektdatenbank. Die Projekte werden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern selbst in die Datenbank eingetragen. Ziel ist der Informations- und Wissenstransfer zwischen den Einrichtungen. Zu jedem eingegebenen Projekt besteht die Möglichkeit, einen kurzen Projektbericht als pdf-Datei herunterzuladen. In diesem Bericht ist auch die Ansprechperson genannt, die für weitere Auskünfte zum Projekt kontaktiert werden kann.

In Summe wurden bis Anfang April 2011 von 47 Krankenhäusern 222 ausgewählte Projekte in die Projektdatenbank eingetragen. Alle Bundesländer, ausgenommen Vorarlberg, meldeten Projekte, wovon etwas mehr als die Hälfte bereits abgeschlossen ist.

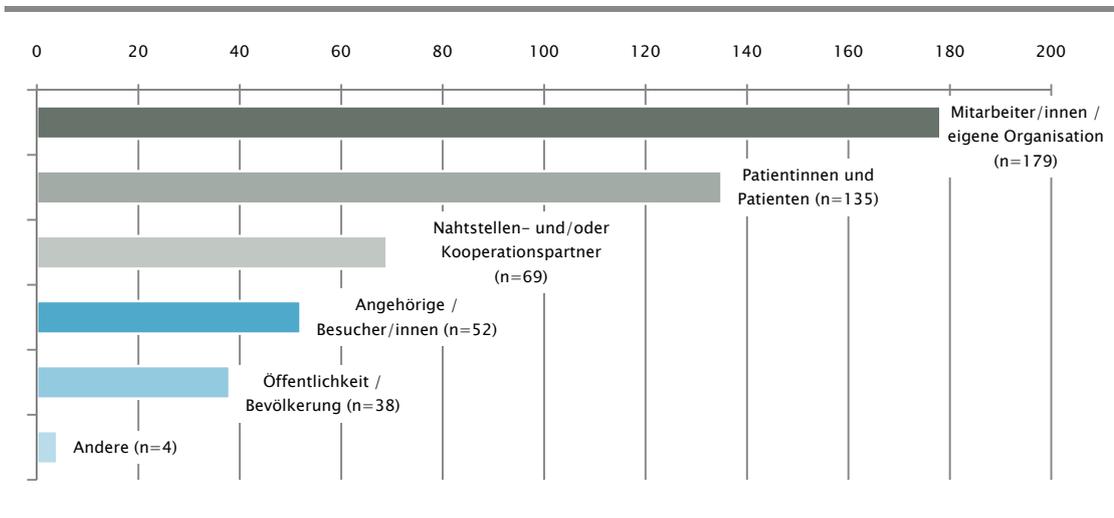
Das eigentliche Ziel der Projektdatenbank ist der Informationsaustausch zwischen den Krankenhäusern. In diesem Bericht wird daher nur ein kurzer Überblick über die eingetragenen Projekte gegeben. Einige Krankenhäuser, Träger und Länder veröffentlichen in ihren eigenen Qualitätsberichten oder auf ihren Websites detailliertere Informationen zu ihren Projekten.

Manche Krankenhausträger führen eigene umfangreiche Projektdatenbanken, die über jene der Qualitätsplattform hinausgehen und eher zur Projektbegleitung und als Projektmanagement-Tool gedacht sind. Um Doppelerhebungen zu vermeiden, wird bereits daran gearbeitet, die Projektdaten aus anderen Datenbanken automatisiert in die Qualitätsplattform einspielen zu können. Konkrete Gespräche wurden bereits mit der steiermärkischen KAGES geführt, im Sommer 2011 sollen ausgewählte KAGES-Projekte erstmalig automatisiert übernommen werden. Auch seitens des Wiener KAV wurde Interesse an einer derartigen Lösung bekundet.

### 4.1 Zielgruppe(n)

Die meisten auf der Qualitätsplattform eingetragenen Projekte haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bzw. die eigene Organisation und Patientinnen und Patienten als Zielgruppen.

Abbildung 4.1:  
Zielgruppe/n der Projekte (n=222, Mehrfachantworten möglich)

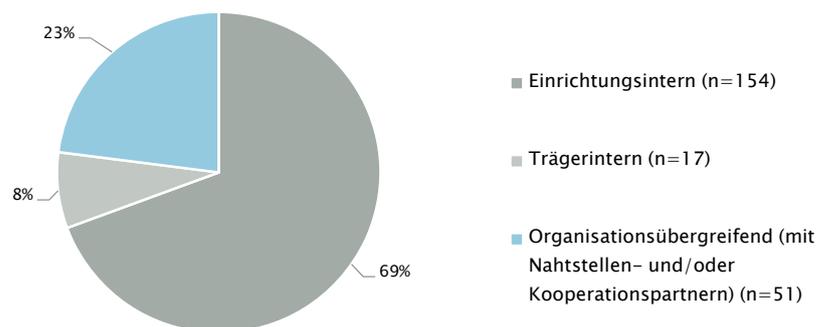


Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

## 4.2 Reichweite

Mehr als zwei Drittel der Projekte betreffen die eigene Einrichtung, rund ein Viertel wird organisationsübergreifend (mit Nahtstellen- und/oder Kooperationspartnern) abgewickelt.

Abbildung 4.2:  
Reichweite der Projekte (n=222)

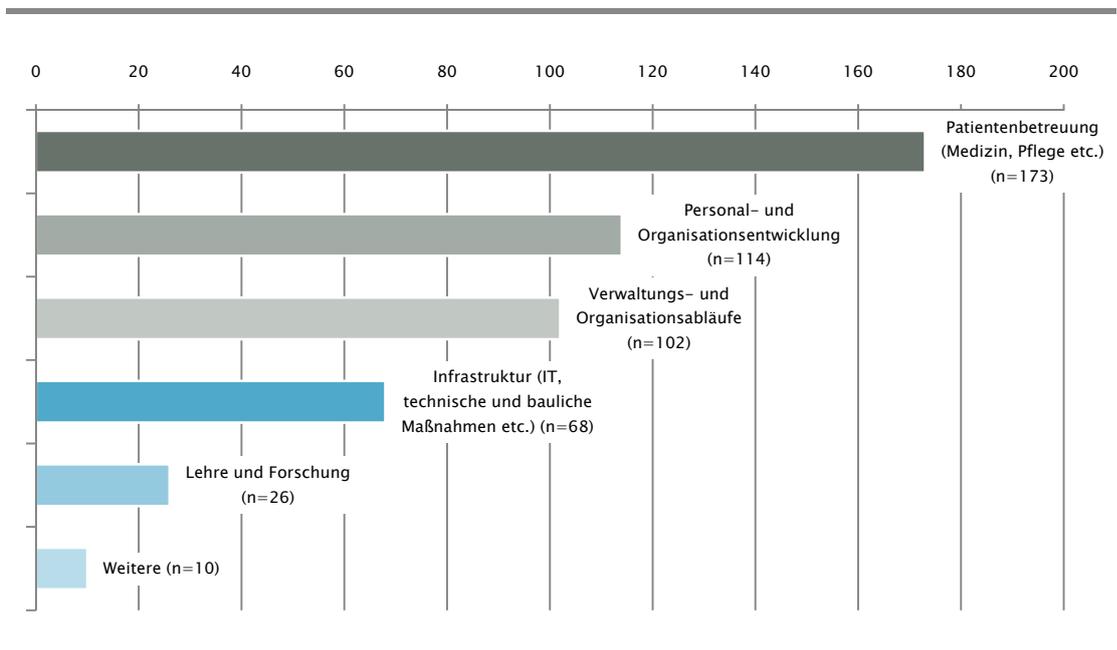


Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

### 4.3 Inhaltliche Orientierung

Die meisten Projekte orientieren sich inhaltlich am Thema Patientenbetreuung. Häufig werden auch die Bereiche Personal- und Organisationsentwicklung und Verwaltungs- und Organisationsabläufe genannt. Rund fünf Prozent der Projekte wurden unter der Kategorie „weitere“ angeführt, z. B.: Seelsorge, Gesundheitsförderung, Qualitäts- und Umweltmanagement, strategische Planung, interne Kommunikation, Informationsmanagement oder Innovation.

Abbildung 4.3:  
Inhaltliche Orientierung der Projekte (n=222, Mehrfachantworten möglich)

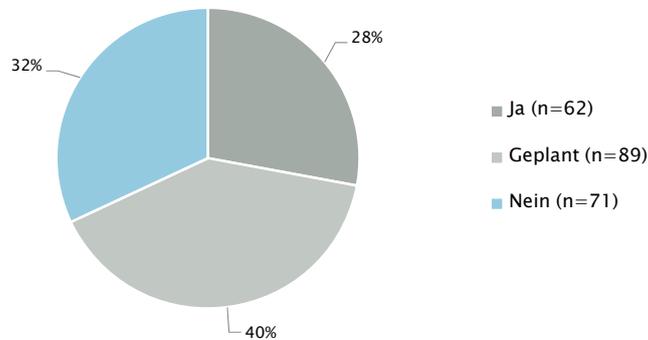


Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

### 4.4 Projektevaluierung

28 Prozent der eingegebenen Projekte wurden bereits evaluiert, für weitere vierzig Prozent ist dies vorgesehen. Die Möglichkeit zum Upload des Evaluierungsberichtes wurde für zwei Projekte genutzt. Diese Berichte stehen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Qualitätsplattform zur Ansicht und zum Download zur Verfügung.

Abbildung 4.4:  
Projektevaluierung (n=222)

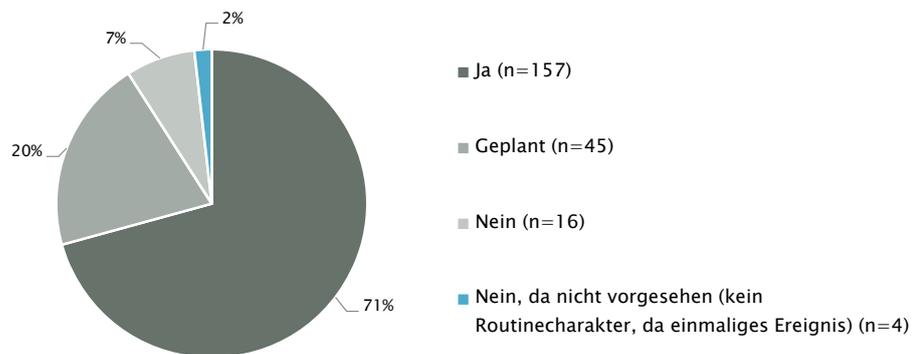


Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

## 4.5 Projektstatus und Übergang in den Routinebetrieb

Mehr als zwei Drittel der eingegebenen Projekte sind bereits in den Routinebetrieb übergegangen – also auch einige, bei denen die Projektlaufzeit noch nicht beendet ist (parallele Überführung in den Routinebetrieb). Bei etwa zwanzig Prozent ist die Überführung in die Routine geplant.

Abbildung 4.5:  
Übergang in den Routinebetrieb (n=222)



Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

Die Möglichkeit zum Upload des Projektberichts wurde für 25 Projekte genutzt. Diese Berichte stehen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Qualitätsplattform zur Ansicht und zum Download zur Verfügung.

# Anhang

---

Anhang 1: Teilnehmenden Krankenhäuser

Anhang 2: Mitglieder des Expertengremiums

Anhang 3: Fragebogen zu Qualitätsstrukturen und -arbeit

Anhang 4: Fragebogen zu Projekten

Anhang 5: Screenshot der Qualitätsplattform



# Anhang 1

## Teilnehmende Krankenhäuser

---



Tabelle 3.1:

## Teilnehmende Krankenhäuser nach Bundesländern und Krankenanstalten-Kategorie

Bundesland	Krankenhaus	Krankenanstalten-Kategorie
Burgenland	Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt	Erweiterte Versorgung
Burgenland	Allgemeines öffentliches Krankenhaus Güssing	Basisversorgung
Burgenland	Allgemeines öffentliches Ladislaus Batthyany-Strattmann Krankenhaus Kittsee	Basisversorgung
Burgenland	Allgemeines öffentliches Krankenhaus Oberpullendorf	Basisversorgung
Burgenland	Allgemeines öffentliches Krankenhaus Oberwart	Erweiterte Versorgung
Kärnten	Allgemeines öffentliches Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach	Basisversorgung
Kärnten	Gailtal-Klinik	Sonderkrankenanstalten
Kärnten	Klinikum-Klagenfurt am Wörthersee	Maximalversorgung
Kärnten	Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt	Basisversorgung
Kärnten	Unfallkrankenhaus Klagenfurt	Sonderkrankenanstalten
Kärnten	Landeskrankenhaus Laas mit angeschlossener Heilstätte	Sonderkrankenanstalten
Kärnten	Krankenhaus Barmherzige Brüder St. Veit a. d. Glan	Basisversorgung
Kärnten	Allgemeines öffentliches Krankenhaus Spittal/Drau	Basisversorgung
Kärnten	Landeskrankenhaus Villach	Erweiterte Versorgung
Kärnten	Öffentliches Krankenhaus Waiern/Feldkirchen	Sonderkrankenanstalten
Kärnten	Landeskrankenhaus Wolfsberg	Basisversorgung
Kärnten	Privatklinik Althofen	Sanatorien
Kärnten	Sonderkrankenhaus de La Tour	Sonderkrankenanstalten
Kärnten	Privatklinik Villach	Sanatorien
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten	Erweiterte Versorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg	Basisversorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Weinviertel Hollabrunn	Basisversorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Donauregion Klosterneuburg	Basisversorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Krems	Erweiterte Versorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten-Mauer	Sonderkrankenanstalten
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Mostviertel Melk	Basisversorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Mostviertel Scheibbs	Basisversorgung

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.2 – Seite 2 von 4

Bundesland	Krankenhaus	Krankenanstalten-Kategorie
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Mostviertel Waidhofen/Ybbs	Basisversorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Wiener Neustadt	Erweiterte Versorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Waldviertel Horn-Allentsteig	Erweiterte Versorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Weinviertel Korneuburg	Basisversorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Donauregion Tulln	Erweiterte Versorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus St. Pölten	Maximalversorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Voralpen Lilienfeld	Maximalversorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Waldviertel Zwettl	Erweiterte Versorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Waldviertel Gmünd	Erweiterte Versorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Waldviertel Waidhofen/Thaya	Erweiterte Versorgung
Oberösterreich	Landeskrankenhaus Bad Ischl	Basisversorgung
Oberösterreich	Krankenhaus St. Josef Braunau	Erweiterte Versorgung
Oberösterreich	Landeskrankenhaus Freistadt	Basisversorgung
Oberösterreich	Landeskrankenhaus Gmunden	Basisversorgung
Oberösterreich	Landeskrankenhaus Kirchdorf an der Krems	Basisversorgung
Oberösterreich	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz	Erweiterte Versorgung
Oberösterreich	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Linz	Erweiterte Versorgung
Oberösterreich	Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Elisabethinen Linz	Erweiterte Versorgung
Oberösterreich	Unfallkrankenhaus Linz	Sonderkrankenanstalten
Oberösterreich	Landes-Nervenlinik Wagner-Jauregg	Sonderkrankenanstalten
Oberösterreich	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried	Erweiterte Versorgung
Oberösterreich	Landeskrankenhaus Schärding	Basisversorgung
Oberösterreich	Kreuzschwestern Sierning GmbH Krankenhaus Sierning	Sonderkrankenanstalten
Oberösterreich	Landeskrankenhaus Steyr	Erweiterte Versorgung
Oberösterreich	Landeskrankenhaus Vöcklabruck	Erweiterte Versorgung
Oberösterreich	Klinikum Wels-Grieskirchen	Maximalversorgung
Oberösterreich	Landeskrankenhaus Rohrbach	Basisversorgung
Oberösterreich	Landes- Frauen- und Kinderklinik Linz	Sonderkrankenanstalten
Salzburg	Landeskrankenhaus Salzburg – Universitätsklinikum der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität	Maximalversorgung
Salzburg	Unfallkrankenhaus Salzburg	Sonderkrankenanstalten
Salzburg	Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Barmherzigen Brüder	Basisversorgung
Salzburg	Christian-Doppler-Klinik Salzburg – Universitätsklinikum der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität	Sonderkrankenanstalten
Salzburg	Landeskrankenhaus St. Veit – Lehrkrankenhaus der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität	Sonderkrankenanstalten
Salzburg	Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus	Erweiterte Versorgung

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.3 – Seite 3 von 4

Bundesland	Krankenhaus	Krankenanstalten-Kategorie
Salzburg	Allgemeines öffentliches Krankenhaus Zell am See	Basisversorgung
Salzburg	Emco Privatklinik	Sanatorien
Salzburg	Medizinisches Zentrum Bad Vigaun	Sanatorien
Steiermark	Landeskrankenhaus Bad Aussee	Basisversorgung
Steiermark	Landeskrankenhaus Bruck an der Mur	Erweiterte Versorgung
Steiermark	Landeskrankenhaus Feldbach	Basisversorgung
Steiermark	Landeskrankenhaus Fürstenfeld	Basisversorgung
Steiermark	Landeskrankenhaus Hörgas-Enzenbach	Sonderkrankenanstalten
Steiermark	Landeskrankenhaus-Universitätsklinikum Graz	Maximalversorgung
Steiermark	Unfallkrankenhaus Graz	Sonderkrankenanstalten
Steiermark	Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz	Sonderkrankenanstalten
Steiermark	Landeskrankenhaus Hartberg	Basisversorgung
Steiermark	Unfallkrankenhaus Kalwang	Sonderkrankenanstalten
Steiermark	Landeskrankenhaus Leoben	Erweiterte Versorgung
Steiermark	Krankenanstaltenverbund Mürzzuschlag-Mariazell	Basisversorgung
Steiermark	Landeskrankenhaus Bad Radkersburg	Sonderkrankenanstalten
Steiermark	Landeskrankenhaus Rottenmann	Basisversorgung
Steiermark	Landeskrankenhaus Stolzalpe	Sonderkrankenanstalten
Steiermark	Landeskrankenhaus Voitsberg	Basisversorgung
Steiermark	Marienkrankehaus Vorau	Basisversorgung
Steiermark	Landeskrankenhaus Wagna	Basisversorgung
Steiermark	Landeskrankenhaus Weiz	Basisversorgung
Steiermark	Landeskrankenhaus Deutschlandsberg	Basisversorgung
Steiermark	Albert Schweitzer Klinik	Sonderkrankenanstalten
Steiermark	Spitalsverbund Landeskrankenhaus Judenburg-Knittelfeld	Basisversorgung
Steiermark	Landeskrankenhaus Graz West	Basisversorgung
Tirol	Bezirkskrankenhaus Hall in Tirol (bis 2010)	Basisversorgung
Tirol	Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol	Sonderkrankenanstalten
Tirol	Landeskrankenhaus Innsbruck Universitätsklinik	Maximalversorgung
Tirol	Landeskrankenhaus Hochzirl	Sonderkrankenanstalten
Tirol	Sanatorium Kettenbrücke	Sanatorien
Tirol	Allgemeines öffentliches Bezirkskrankenhaus Lienz	Erweiterte Versorgung
Tirol	Landeskrankenhaus Natters	Sonderkrankenanstalten
Tirol	Bezirkskrankenhaus Reutte	Basisversorgung
Tirol	Allgemeines öffentliches Bezirkskrankenhaus St. Johann in Tirol	Basisversorgung
Tirol	Bezirkskrankenhaus Schwaz	Basisversorgung

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 3.4 – Seite 4 von 4

Bundesland	Krankenhaus	Krankenanstalten-Kategorie
Tirol	Allgemeines öffentliches Bezirkskrankenhaus Kufstein – Lehrkrankenhaus der medizinischen Universität Innsbruck	Erweiterte Versorgung
Tirol	Kursana Gesundheitszentrum Wörgl	Sanatorien
Vorarlberg	Landeskrankenhaus Bregenz	Basisversorgung
Vorarlberg	Krankenhaus der Stadt Dornbirn	Basisversorgung
Vorarlberg	Landeskrankenhaus Hohenems	Basisversorgung
Vorarlberg	Landeskrankenhaus Rankweil	Sonderkrankenanstalten
Vorarlberg	Landeskrankenhaus Feldkirch	Erweiterte Versorgung
Wien	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien	Maximalversorgung
Wien	Krankenhaus Barmherzige Brüder Wien	Erweiterte Versorgung
Wien	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien	Basisversorgung
Wien	Confraternität – Privatklinik Josefstadt	Sanatorien
Wien	Kaiserin-Elisabeth-Spital	Basisversorgung
Wien	Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf Krankenhaus und Geriatriezentrum	Basisversorgung
Wien	Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital	Erweiterte Versorgung
Wien	Goldenes Kreuz Privatklinik	Sanatorien
Wien	Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel	Erweiterte Versorgung
Wien	Krankenanstalt Rudolfstiftung inklusive Standort Semmelweis Frauenklinik	Erweiterte Versorgung
Wien	Krankenhaus St. Elisabeth	Basisversorgung
Wien	St. Josef-Krankenhaus	Basisversorgung
Wien	Unfallkrankenhaus Meidling	Sonderkrankenanstalten
Wien	Wilhelminenspital	Erweiterte Versorgung
Wien	Orthopädisches Krankenhaus Gersthof	Sonderkrankenanstalten
Wien	Orthopädisches Spital Speising	Sonderkrankenanstalten
Wien	Rudolfinerhaus	Sanatorien
Wien	St. Anna-Kinderspital	Sonderkrankenanstalten
Wien	Krankenhaus Göttlicher Heiland	Basisversorgung
Wien	Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauspital	Maximalversorgung
Wien	Privatklinik Döbling, International Vienna Health Center	Sanatorien
Wien	Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe – Otto Wagner-Spital und Pflegezentrum	Sonderkrankenanstalten

Quelle: GÖG-BIQG-eigene Darstellung

## Anhang 2

### Mitglieder des Expertengremiums

---

- » Dr. Theresa Geley, Tiroler Gesundheitsfonds (ab März 2010)
- » Dr. Astrid Knopp, Steiermärkische Gebietskrankenkasse
- » Susanne Lampert, Krankenhaus Zell am See
- » Mag. Inge Leeb-Klaus, Bundesministerium für Gesundheit
- » Martina Leiss, KAGES – Landeskrankenhaus Deutschlandsberg
- » Dr. Christoph Leitsberger, Kärntner Gesundheitsfonds
- » Dr. Johannes Schöch, Tiroler Gesundheitsfonds (bis Februar 2010)
- » Mag. Patrizia Theurer, Bundesministerium für Gesundheit
- » Dr. Wolfgang Trebuch, Landeskrankenhaus Wolfsberg



Anhang 3  
Fragebogen zu Qualitätsstrukturen und  
-arbeit

---



1. ALLGEMEINE BESCHREIBUNG				
<b>1.1 Krankenhaus:</b>	(vorausgefüllt)	<b>1.2 Gültig für das Jahr:</b>		(vorausgefüllt)
<b>1.3 Ansprechperson/en für Qualitätsfragen</b> (als Kontakt für die GÖG)	Anrede_1:	<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Titel_1:	_____
	Vorname_1:	_____	Nachname_1:	_____
	Email_1:	_____	Telefon_1:	_____
	Anrede_2:	<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Titel_2:	_____
	Vorname_2:	_____	Nachname_2:	_____
	Email_2:	_____	Telefon_2:	_____
<b>1.4 Ansprechperson/en zum Risikomanagement</b> (als Kontakt für die GÖG)	Anrede_1:	<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Titel_1:	_____
	Vorname_1:	_____	Nachname_1:	_____
	Email_1:	_____	Telefon_1:	_____
	Anrede_2:	<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Titel_2:	_____
	Vorname_2:	_____	Nachname_2:	_____
	Email_2:	_____	Telefon_2:	_____
<b>1.5. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (VZÄ)</b>	(vorausgefüllt)	<b>1.6 Bettenzahl gesamt:</b> (tatsächliche Betten)		(vorausgefüllt)
<b>1.7 Stationäre Aufnahmen:</b> (inkl. Nulltagespatientinnen und -patienten)	(vorausgefüllt)	<b>1.8 Frequenzen ambulanter Patientinnen und Patienten:</b>		(vorausgefüllt)
2. STRATEGISCHE VERANKERUNG DER QUALITÄTSARBEIT IN IHREM KRANKENHAUS				
<b>2.1 Ist in Ihrem Krankenhaus ein Leitbild definiert?</b> i Es zählt ein Leitbild des Krankenhauses oder auch jenes des Trägers, das für das Krankenhaus gilt.	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> In Erarbeitung → voraussichtl. Fertigstellung: _____			
<b>2.2 Ist in Ihrem Krankenhaus eine Qualitätsstrategie schriftlich festgelegt?</b> i Es zählt eine Qualitätsstrategie des Krankenhauses oder auch jene des Trägers, die für das Krankenhaus gilt.	<input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> Nein	Sind konkrete Qualitätsziele aus der Qualitätsstrategie abgeleitet?		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		↓ Falls ja, werden die Qualitätsziele evaluiert?		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		Wird die Qualitätsstrategie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommuniziert?		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3. STRUKTURELLE VERANKERUNG DER QUALITÄTSARBEIT IN IHREM KRANKENHAUS				
Qualitätssicherungskommission (QSK)				
<b>3.1 Die QSK ist gesetzlich verankert. Sie besteht in Ihrem Krankenhaus aus Vertreterinnen und Vertretern folgender Berufsgruppen:</b> (Mehrfachantworten möglich, bitte Berufsgruppen ergänzen)	<b>Berufsgruppen</b>			<b>Anzahl der Mitglieder</b>
	<input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst			_____
	<input type="checkbox"/> Pflegedienst			_____
	<input type="checkbox"/> Medizinisch-technischer Dienst			_____
	<input type="checkbox"/> Verwaltungsdienst			_____
	<input type="checkbox"/> Vertreterin oder Vertreter des Rektorats bzw. Universitätsprofessorin oder Universitätsprofessor			_____
<input type="checkbox"/> 5x Sonstige: _____			_____	
<b>3.2 Gibt es eine Geschäftsordnung für die QSK?</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			





	<b>Wer bekommt die Ergebnisse?</b> (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Abteilungen <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement <input type="checkbox"/> Risikomanagement <input type="checkbox"/> Qualitätssicherungskommission <input type="checkbox"/> Kollegiale Führung <input type="checkbox"/> Träger <input type="checkbox"/> Sonstige, wer?: _____
<input type="radio"/> Nein, warum nicht? _____ (optional)		

### 5.4 Mitarbeiterorientierung

<b>5.4.1</b> Werden in Ihrem Krankenhaus <b>Mitarbeiterbefragungen</b> durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja →	<b>Bei welchen</b> Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden diese durchgeführt?	<input type="radio"/> Bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern <input type="radio"/> in einigen Bereichen
		<b>In welchen Intervallen</b> erfolgen die Befragungen?	<input type="radio"/> 1 x im Jahr <input type="radio"/> In längeren Abständen bzw. unregelmäßig
		<b>Was wird erhoben bzw. zu welchen Themengebieten</b> wird befragt? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Motivation <input type="checkbox"/> Leitbild <input type="checkbox"/> Tätigkeiten <input type="checkbox"/> Zusammenarbeit, Kommunikation, Information <input type="checkbox"/> Führung <input type="checkbox"/> Aus- und Weiterbildung <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz/Mitarbeitersicherheit <input type="checkbox"/> Betriebliche Gesundheitsförderung <input type="checkbox"/> Sonstiges, welche Themen?: _____
		<b>Wer bekommt die Ergebnisse?</b> (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Abteilungen <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement <input type="checkbox"/> Risikomanagement <input type="checkbox"/> Qualitätssicherungskommission <input type="checkbox"/> Kollegiale Führung <input type="checkbox"/> Träger <input type="checkbox"/> Sonstige, wer?: _____
<input type="radio"/> Nein, warum nicht? _____ (optional)			

<b>5.4.2</b> Werden in Ihrem Krankenhaus <b>strukturierte Mitarbeitergespräche</b> durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja →	<b>Bei welchen</b> Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden diese durchgeführt?	<input type="radio"/> Bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern <input type="radio"/> in einigen Bereichen
		<b>In welchen Intervallen</b> erfolgen die Gespräche?	<input type="radio"/> 1 x im Jahr <input type="radio"/> In längeren Abständen bzw. unregelmäßig
<input type="radio"/> Nein, warum nicht? _____ (optional)			

<b>5.4.3</b> Werden die <b>Fort- und Weiterbildungen</b> der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Ihrem Krankenhaus <b>strukturiert erfasst?</b> (z. B. in Excel-File, Sammeldokument, Datenbank)	<input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> Nein	<b>Für welche Mitarbeitergruppen?</b> <input type="checkbox"/> Ärztliches Personal <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> MTD/MTF <input type="checkbox"/> Verwaltung <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<small>i Die Frage bezieht sich auf die Fort- und Weiterbildung generell und nicht nur auf QM-Fort-/Weiterbildungen.</small>		

### 5.5 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden

<b>5.5.1</b> Wie erheben Sie in Ihrem Krankenhaus <b>Vorschläge und Beschwerden</b> Ihrer Patientinnen und Patienten? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Beschwerdebögen / Beschwerdebriefkästen <input type="checkbox"/> Eingabemöglichkeit über die Website des Krankenhauses <input type="checkbox"/> Ombudsfrau bzw. Ombudsmann / Beschwerdestelle <input type="checkbox"/> andere Erhebungsmethode, welche: _____
--	---

<b>5.5.2 Wer bekommt die Informationen darüber?</b> (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Patientin bzw. Patient bekommt eine individuelle Rückmeldung (Ausnahme: anonyme Meldung) <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement <input type="checkbox"/> Risikomanagement <input type="checkbox"/> Qualitätssicherungskommission <input type="checkbox"/> Kollegiale Führung <input type="checkbox"/> Träger <input type="checkbox"/> Sonstige, wer: _____			
<b>5.5.3 Gibt es für die Bearbeitung von Beschwerden ein systematisches Vorgehen (strukturiertes Beschwerdemanagement)?</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant, für das Jahr: _____			
<b>5.5.4 Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen / Ideenmanagement für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter?</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant, für das Jahr: _____			
<b>5.6 Externe Qualitätssicherung</b>				
<b>5.6.1 Nimmt Ihr Krankenhaus an hausübergreifenden Qualitätsprojekten teil?</b>	<input type="radio"/> Ja → (Mehrfachantworten möglich) <input type="radio"/> Nein <input type="checkbox"/> Qualitätsregister: _____ <input type="checkbox"/> Ringversuche (Labor) <input type="checkbox"/> KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) <input type="checkbox"/> ANNIS (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System) <input type="checkbox"/> EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance System) <input type="checkbox"/> QIP (Quality Indicator Project) <input type="checkbox"/> QMR (Qualitätssicherung mit Routinedaten) <input type="checkbox"/> Medsafe (Projekt zur Patientensicherheit) <input type="checkbox"/> Trägerweite Projekte: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____			
<b>5.7 Patientensicherheit und Risikomanagement</b>				
<b>5.7.1 Werden in Ihrem Krankenhaus Instrumente des Risikomanagements verwendet oder ist dies geplant?</b> (z. B. Fehlermelde- und Lernsysteme)	<input type="radio"/> Ja → (Mehrfachantworten möglich) <input type="radio"/> Nein	Hausinterne/ Trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme (Reporting&Learning-Systeme)	<input type="checkbox"/> Ja* → <input type="checkbox"/> geplant	falls ja: wie wird gemeldet? <input type="radio"/> (überwiegend) anonym <input type="radio"/> (überwiegend) nicht-anonym <input type="radio"/> teils anonym, teils nicht-anonym
		Übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at)	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> geplant	
		Risikoanalyse	<input type="checkbox"/> Ja* → <input type="checkbox"/> geplant	falls ja: wie wird diese durchgeführt? <input type="radio"/> interne/s Audit/s <input type="radio"/> externe/s Audit/s <input type="radio"/> teil intern, teils extern
		Fehleranalyse (z. B. anhand des London-Protokolls)	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> geplant	
		Checklisten für ein strukturiertes Vorgehen in besonders gefahren-geneigten Situationen (z. B. OP-Checkliste der WHO)	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> geplant	
		<input type="checkbox"/> 3x Sonstige, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> geplant	
		*↓ 5.7.1.1 falls mind. 1x ja, <b>Evaluierung des Risikomanagements:</b> Messen Sie den Erfolg bzw. die Ergebnisse Ihrer Aktivitäten im Bereich des RM?	<input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> Geplant → <input type="radio"/> Nein	Welche Indikatoren bzw. Messgrößen verwenden Sie / wollen Sie verwenden? _____

5.7.2 Gibt es in Ihrem Krankenhaus ein <b>strukturiertes Vorgehen beim Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern?</b> (Konzept zum Risikomanagement)		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> geplant, für das Jahr _____ <input type="radio"/> Nein	
Koordination des operativen Risikomanagements			
5.7.3 Wer <b>koordiniert das operative Risikomanagement</b> in Ihrem Krankenhaus? (z. B. eigene RM-Abteilung, QM- und RM-Abteilung, Risikomanagerin bzw. Risikomanager)		_____	
5.7.3.1 Wie viele Stellen (in VZÄ) sind dafür besetzt?	<input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> nicht ermittelbar	5.7.3.2 Auf wie viele Personen (Köpfe) verteilen sich diese VZÄ? <i>(Auch wenn die VZÄ nicht ermittelbar sind, bitte trotzdem die Anzahl der Personen angeben.)</i>	_____
RM-Ansprechpartnerinnen und RM-Ansprechpartner in Abteilungen und RM-Ausbildung			
5.7.4 Gibt es in den Abteilungen <b>definierte Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner</b> für Risikomanagement?		<input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> In allen Abteilungen <input type="radio"/> In einigen Abteilungen <input type="radio"/> In vielen Abteilungen <input type="radio"/> Nein	
5.7.5 Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben eine spezielle <b>Risikomanagement-Ausbildung</b> ?			_____
5.8 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)			
5.8.1 Auf Basis welcher <b>Daten, Auswertungen oder Informationen</b> werden <b>kontinuierliche Verbesserungen</b> initiiert? (Mehrfachantworten möglich)		<input type="checkbox"/> Patientenbefragungen <input type="checkbox"/> Mitarbeiterbefragungen <input type="checkbox"/> von Selbsthilfegruppen <input type="checkbox"/> von Vertragspartnern <input type="checkbox"/> Interne/externe Audits oder Visitationen (z. B. Vertragspartnerkontrolle, Krankenseinschau) <input type="checkbox"/> Beschwerdemanagement/Ombudsstellen und Vorschlagswesen <input type="checkbox"/> Risikomanagement <input type="checkbox"/> Personenschadenfälle <input type="checkbox"/> Krankenhaushygiene <input type="checkbox"/> Routinedaten i z. B. Abrechnungsdaten, Patientendaten, Kostendaten, Leistungsdaten etc. <input type="checkbox"/> Controlling i z. B. Aufzeichnungen, Auswertungen, Berichte oder Planungen der Controlling-Abteilung <input type="checkbox"/> Spezifische Indikatoren/Messgrößen: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
5.8.2 Ist das <b>Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP)</b> verankert?  i Der KVP ist eine innere Haltung aller Beteiligten und bedeutet: stetige Verbesserung mit möglichst nachhaltiger Wirkung. Diese Haltung durchdringt dann alle Aktivitäten und das ganze Unternehmen. KVP bezieht sich auf die Produkt-, die Prozess- und die Servicequalität. Umgesetzt wird KVP durch einen Prozess stetiger kleiner Verbesserungsschritte (im Gegensatz zu eher großen, sprunghaften, einschneidenden Veränderungen) in kontinuierlicher Teamarbeit.		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant, für das Jahr: _____	
6. ANMERKUNGEN (optional)			
Hier haben Sie die Möglichkeit, uns Ihre <b>Anmerkungen und Anregungen</b> mitzuteilen (optional):		_____	
7. DATENSATZ ÜBERMITTELN			
<input type="checkbox"/> Bitte klicken Sie hier, wenn Sie die Bearbeitung aller Fragen abgeschlossen haben. Sie geben dadurch den Datensatz zur Auswertung für den Qualitätsbericht 2010 frei. Die Freigabe bewirkt nicht, dass andere Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer der Plattform Ihre Daten zu „Strukturen und Instrumenten der Qualitätsarbeit“ einsehen können.			

## Anhang 4

### Fragebogen zu Projekten

---



<b>1. PROJEKTKURZTITEL</b>					_____
<b>2. BASISINFORMATIONEN</b>					
<b>2.1 Projekttitel:</b>		_____			
<b>2.2 Projektbeginn:</b>	_____	<b>2.3 Status:</b>	<input type="radio"/> abgeschlossen <input type="radio"/> laufend	<b>2.4 (voraussichtl.) Projektende:</b>	_____
(bei voraussichtlich: optionales Feld)					
<b>2.5 Ansprechpartnerin bzw. -partner zum Projekt:</b>  i Bitte jene Person nennen, die am besten Auskunft zum Projekt geben kann. Dies muss nicht die Projektleitung sein.	Anrede:	<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr		Titel (optional): _____	
	Vorname: _____			Nachname: _____	
	E-Mail: _____			Telefon (optional): _____	
	Abteilung: _____				
<b>3. DETAILINFORMATIONEN</b>					
<b>3.1 Kurzbeschreibung:</b> (in „Abstract-Charakter“, d.h. Ausgangslage, Problemstellung, Projektziel, Maßnahmen, Ergebnisse)		_____			
<b>3.2 Zielgruppe/n:</b> (Mehrfachantworten möglich)		<input type="checkbox"/> Patientinnen und Patienten <input type="checkbox"/> Angehörige / Besucherinnen und Besucher <input type="checkbox"/> Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter / eigene Organisation <input type="checkbox"/> Öffentlichkeit / Bevölkerung <input type="checkbox"/> Nahtstellen- und/oder Kooperationspartner <input type="checkbox"/> Andere, welche: _____			
<b>3.3 Reichweite:</b>		<input type="radio"/> Einrichtungsintern (innerhalb eines Krankenhauses bzw. einer Einrichtung) <input type="radio"/> Trägerintern (innerhalb eines Trägers, in mehreren KH bzw. Einrichtungen) <input type="radio"/> Organisationsübergreifend (mit Nahtstellen-/Kooperationspartnern)			
<b>3.4 Inhaltliche Orientierung:</b> (Mehrfachantworten möglich)		<input type="checkbox"/> Patientenbetreuung (Medizin, Pflege etc.) <input type="checkbox"/> Personal- und Organisationsentwicklung <input type="checkbox"/> Verwaltungs- und Organisationsabläufe <input type="checkbox"/> Infrastruktur (IT, technische und bauliche Maßnahmen etc.) <input type="checkbox"/> Lehre und Forschung <input type="checkbox"/> weitere: _____			
<b>3.5 Wurde eine Evaluierung des Projekts durchgeführt?</b>		<input type="radio"/> Ja → Sie haben die Möglichkeit, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Plattform den <b>Evaluierungsbericht</b> zur Verfügung zu stellen. <a href="#">Upload des Evaluierungsberichts</a> (optional)			
<b>3.6 Ist das Projekt in die Routine übergegangen?</b>		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Geplant <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein, nicht vorgesehen (kein Routinecharakter, einmaliges Ereignis)			
<b>3.7 Schlagwörter zum Projekt:</b> (für die Suchfunktion, z.B.: Checkliste, Befragung, Indikation, EU-Projekt)		_____			
<b>3.8 Sie haben die Möglichkeit, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Plattform den <b>Projektbericht</b> zur Verfügung zu stellen.</b>			<a href="#">Upload des Projektberichts</a> (optional)		



## Anhang 5

### Screenshot der Qualitätsplattform

---



## Home / Informationen

- [Home](#)
- [Informationen und FAQs](#)
- [Berichte und Downloads](#)
- [Kontakt](#)
- [Impressum](#)
- [Sitemap](#)

## Herzlich Willkommen auf [www.qualitaetsplattform.at](http://www.qualitaetsplattform.at)!

Das Thema „Qualität“ wird immer wichtiger – zahlreiche Initiativen und Projekte in Österreichs Spitälern und anderen Gesundheitseinrichtungen stellen dies eindrucksvoll unter Beweis.

Tragen Sie dazu bei, dieses Engagement gleich doppelt bekannt zu machen: in der **Projektdatenbank** und in einem **jährlichen Qualitätsbericht**.

**Projektdatenbank:** Hier finden Sie Informationen zu Qualitätsprojekten aus ganz Österreich und die Kontaktdaten der zugehörigen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner. Gleichzeitig können Sie hier auch Ihre Projekte eintragen.

[=> zur Projektdatenbank](#)

**Strukturdatenbank:** Hier geht es zu den Fragen über die Strukturen und Instrumente der Qualitätsarbeit in Ihrem Krankenhaus. Diese Daten werden zusammengefasst und fließen in den jährlichen österreichweiten Qualitätsbericht ein.

[=> zur Strukturdatenbank](#)

**Service-Bereich:** Hier finden Sie die Informationen zum Teilnehmertreffen, eine Linksammlung und relevante Gesetze.

[=> zum Servicebereich](#)





Gesundheit Österreich  
GmbH 