

Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern

Ergebnisbericht

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern

Berichtsjahr 2012

Ergebnisbericht

Autorin/Autor:

Domittner Brigitte

Geißler Wolfgang

Fachliche Begleitung:

Bis September 2013: Unterarbeitsgruppe Qualität

Ab Oktober 2013: Fachgruppe Qualität

Projektassistenz:

Bettina Engel

Wien, im Oktober 2013

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur

Zl. III/45541

Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien,
Tel. +43 1 515 61, Fax +43 1 513 84 72, Homepage: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Die Auswertungen zu den Qualitätsstrukturen und Qualitätsarbeit zeigen, dass sich Akutkrankenhäuser intensiv mit dem Thema Qualität auseinandersetzen. So definierten 71 Prozent der Einrichtungen eine **Qualitätsstrategie**; 67 Prozent der Häuser beschäftigen eine **eigene Qualitätsabteilung oder eine/n Qualitätsmanager/in im Haus** und 63 Prozent der Einrichtungen liefern zur Frage der fix gewidmeten Arbeitszeit (Vollzeitäquivalente) für die Koordination der Qualitätsarbeit konkrete Angaben.

Zumindest ein allgemeines **Qualitätsmodell** (darunter fallen Modelle, wie z. B. ISO, EFQM, KTQ oder auch trägereigene Modelle) ist in 46 Prozent aller stationären Akutkrankenhäuser für **das ganze Haus implementiert**. Spezielle Qualitätsmodelle, wie z. B. Best Health Austria etc. finden in 28 Prozent der Häuser Anwendung.

Alle Häuser setzen spezifische **Instrumente der Qualitätsarbeit** ein. Checklisten, Leitlinien oder Richtlinien dominieren in fast allen Einrichtungen. In 67 Prozent der Häuser ist ein strukturiertes OP-Management, in 73 Prozent der Häuser ist ein indirektes Entlassungsmanagement implementiert.

86 Prozent der Akutkrankenhäuser nehmen an **hausübergreifenden Qualitätsprojekten teil**. In rund drei Vierteln der Häuser werden **Qualitätsberichte** erstellt, Mitarbeiterschulungen zu Patientenrechten werden in 33 Prozent der Häuser durchgeführt. 94 Prozent der Einrichtungen führen Patientenbefragungen durch, 79 Prozent Mitarbeiterbefragungen. 57 Prozent der Häuser agieren nach einem Konzept zur **betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. zu einem betrieblichen Gesundheitsmanagement**; einem Konzept zum **kontinuierlichen Verbesserungsprozess** folgen 53 Prozent der Häuser.

Risikomanagement-Instrumente kommen in 87 Prozent der Akutkrankenhäuser zur Anwendung, 65 Prozent der Häuser haben **Risikomanagement** konzipiert. Zu den häufigsten verwendeten RM-Instrumenten zählen Checklisten, interne Fehlermelde- und Lernsysteme und Risikoanalyse.

Drei Viertel der Krankenhäuser beschäftigen Mitarbeiter/innen mit **RM-Ausbildung** und 31 Prozent können fix gewidmete Arbeitszeit (Vollzeitäquivalente) für die **Koordination des Risikomanagements** beziffern. Eine **Abteilung für Risikomanagement oder eine/n Risikomanager/in** gibt es in 57 Prozent der Einrichtungen. Rund drei Viertel der Häuser beschäftigen Mitarbeiter/innen mit RM-Ausbildung und rund ein Drittel kann VZÄ-Angaben für die Koordination des Risikomanagements machen.

Tabelle 1.1:

Ausgewählte Ergebnisse der Qualitätsstrukturen und -arbeit in Akutkrankenhäusern im Jahr 2012
(n = 169)

Ausgewählte Kriterien in den vier Dimensionen	Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit „ja“ beantwortet haben
Strategische und strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit	
Leitbild	83 %
Qualitätsstrategie	71 %
Geschäftsordnung für die Kommission für Qualitätssicherung	79 %
Eigene Q-Abteilung / Qualitätsmanager/in	67 %
Q-Ansprechpartner/in in (zumindest einigen) Abteilungen	78 %
VZÄ-Angabe für Koordination der Qualitätsarbeit	63 %
Mitarbeiter/innen mit QM-Ausbildung	88 %
Qualitätsmodelle	
Allgemeines Qualitätsmodell für das gesamte Haus implementiert	46 %
Spezielle Qualitätsmodelle	28 %
Spezifische Instrumente der Qualitätsarbeit	
Leitlinien	93 %
Klinische Pfade	51 %
Richtlinien	91 %
Standard Operating Procedure (SOP), Prozessbeschreibungen	87 %
Checklisten	94 %
QM-Handbücher	60 %
Strukturiertes OP-Management	67 %
Indirektes Entlassungsmanagement	73 %
Bericht über die Qualitätsarbeit	72 %
Mitarbeiterschulungen zu Patientenrechten	33 %
Patientenbefragungen	94 %
Mitarbeiterbefragungen	79 %
Strukturierte Mitarbeitergespräche	95 %
Strukturierte Erfassung der Fort- und Weiterbildung	66 %
Zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung	58 %
Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung / . ein betriebliches Gesundheitsmanagement	57 %
Strukturiertes Beschwerdemanagement	75 %
Betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement	55 %
Hausübergreifende Qualitätsprojekte	86 %
Konzept zum KVP (kontinuierlicher Verbesserungsprozess)	53 %
Patientensicherheit und Risikomanagement (RM)	
Instrumente des Risikomanagements	87 %
Konzept für Risikomanagement	65 %
Eigene RM-Abteilung / Risikomanager/in	57 %
RM-Ansprechpartner/in in (zumindest einigen) Abteilungen	64 %
VZÄ-Angabe zur Koordination des Risikomanagements	31 %
Mitarbeiter/innen mit RM-Ausbildung	75 %

Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG

Resümee

Die Ergebnisse für 2012 zeigen, dass in der Mehrzahl der Akutkrankenhäuser Qualitätsarbeit strategisch und strukturell gut verankert ist. Gleichzeitig weisen die Befragungsergebnisse auf Entwicklungspotenziale hin, wie beispielsweise auf die Verankerung eines Konzepts zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess oder auf Risikomanagement oder die Implementierung von allgemeinen Qualitätsmodellen in den Einrichtungen. Auch die fixe Widmung von Personalkapazitäten für Qualitätsarbeit und Risikomanagement ist in den Akutkrankenhäusern weiter ausbaufähig. Hier muss aber darauf hingewiesen werden, dass viele Häuser qualitätsrelevante Initiativen für die nächsten Jahre planen, wie beispielsweise die Implementierung von Qualitätsmodellen. Da die Befragung in periodischen Abständen von 3 Jahren stattfindet, sollten die geplanten Maßnahmen im nächsten Befragungsjahr zum Teil bereits umgesetzt sein.

Inhalt

Kurzfassung	III
Abbildungen und Tabellen	VIII
Abkürzungen.....	XI
1 Einleitung	1
2 Methodik.....	2
3 Teilnehmende Akutkrankenhäuser	3
4 Qualitätsstrukturen in Akutkrankenhäuser	5
4.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit	5
4.1.1 Leitbild für das Krankenhaus	5
4.1.2 Qualitätsstrategie.....	6
4.2 Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit.....	6
4.2.1 Kommission für Qualitätssicherung (QSK).....	6
4.2.2 Einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit.....	9
4.2.3 Qualitäts-Ansprechpersonen in Abteilungen.....	12
4.2.4 Qualitätsmanagement-Ausbildung	12
4.3 Allgemeine Qualitätsmodelle.....	13
4.3.1 International Organization for Standardization (ISO)	16
4.3.2 European Foundation for Quality Management (EFQM)	16
4.3.3 Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)	17
4.3.4 Joint Commission International (JCI).....	17
4.3.5 Träger- oder krankenhauseigenes QM-System	17
4.4 Spezielle Qualitätsmodelle	18
4.5 Instrumente der Qualitätsarbeit.....	18
4.5.1 Prozesse	18
4.5.2 Information über Aufnahmemodalitäten	19
4.5.3 Strukturiertes OP-Management	20
4.5.4 Indirektes Entlassungsmanagement / Übergangspflege	21
4.5.5 Berichte über die Qualitätsarbeit.....	21
4.5.6 Patientenorientierung	23
4.5.7 Mitarbeiterorientierung	26
4.5.8 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden.....	31
4.5.9 Hausübergreifende Qualitätsprojekte.....	35
4.5.10 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)	36
4.6 Patientensicherheit und Risikomanagement.....	38
4.6.1 Instrumente des Risikomanagements	38
4.6.2 Konzepte für Risikomanagement.....	40
4.6.3 Einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements	40
4.6.4 Risikomanagement-Ansprechpersonen in Abteilungen	44
4.6.5 Risikomanagement-Ausbildung.....	45
5 Qualitätsprojekte	46
5.1 Eintragende Einrichtungen	46
5.2 Zielgruppe/n	47
5.3 Reichweite	47
5.4 Inhaltliche Orientierung	48
5.5 Projektevaluierung.....	49
5.6 Projektstatus und Übergang in den Routinebetrieb	50
Literatur	51

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 4.1:	Ist in den Krankenhäusern ein Leitbild definiert? (n = 169)	5
Abbildung 4.2:	QSK-Vertreterinnen und -Vertreter nach Berufsgruppen (n = 169, Mehrfachnennungen möglich).....	7
Abbildung 4.3:	Informationen, die die QSK regelmäßig erhält (n = 169, Mehrfachnennungen möglich)	8
Abbildung 4.4:	Einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit in den Krankenhäusern? (n = 169, Mehrfachnennungen möglich).....	10
Abbildung 4.5:	In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartner/innen für Qualitätsarbeit? (n = 132)	12
Abbildung 4.6:	Implementierung bzw. Planung von allgemeinen Qualitätsmodellen für das gesamte Haus (n = 169)	14
Abbildung 4.7:	Allgemeine Qualitätsmodelle implementiert und geplant (Implementierungsstand und Reichweite) (n = 128, Mehrfachnennungen möglich).....	15
Abbildung 4.8:	Häufigkeit der Anwendung und Reichweite von Qualitätsinstrumenten ohne interne/externe Audits und Sonstige (n = 169, Mehrfachantworten möglich).....	19
Abbildung 4.9:	Wie werden die Zuweiser über Aufnahmemodalitäten informiert? (n = 169, Mehrfachantworten möglich).....	20
Abbildung 4.10:	Umsetzung des OP-Managements (n = 114, Mehrfachantworten möglich)	20
Abbildung 4.11:	Ist ein indirektes Entlassungsmanagement / eine Übergangspflege implementiert? (n = 169)	21
Abbildung 4.12:	Erstellen die Krankenhäuser regelmäßig einen Bericht über die Qualitätsarbeit? (n = 169).....	22
Abbildung 4.13:	Werden die Qualitätsberichte veröffentlicht? (n = 121).....	22
Abbildung 4.14:	Wie werden die Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte aufmerksam gemacht? (n = 169, Mehrfachantworten möglich)	23
Abbildung 4.15:	In welchen Intervallen erfolgen die Patientenbefragungen? (n = 155)	24
Abbildung 4.16:	Themengebiete der Patientenbefragungen (n = 155, Mehrfachantworten möglich).....	25
Abbildung 4.17:	Ergebnisse der Patientenbefragungen ergehen an folgende Stellen (n = 155, Mehrfachantworten möglich).....	26

Abbildung 4.18: Themengebiete von Mitarbeiterbefragungen (n = 134, Mehrfachantworten möglich).....	27
Abbildung 4.19: Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen ergehen an folgende Stellen (n = 134, Mehrfachantworten möglich).....	28
Abbildung 4.20: Werden die Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter/innen strukturiert erfasst? (n = 169, Mehrfachantworten möglich)	29
Abbildung 4.21: Für welche Mitarbeitergruppen werden die Fort- und Weiterbildungen strukturiert erfasst? (n = 48, Mehrfachantworten möglich).....	29
Abbildung 4.22: Ist ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ist betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert? (n = 169)	30
Abbildung 4.23: Wie werden Vorschläge und Beschwerden der Patientinnen und Patienten erhoben? (n = 169, Mehrfachantworten möglich).....	32
Abbildung 4.24: Informationen zu Vorschlägen und Beschwerden der Patientinnen und Patienten ergehen an folgende Stellen (n = 169, Mehrfachantworten möglich).....	33
Abbildung 4.25: Gibt es ein strukturiertes Beschwerdemanagement/Feedbackmanagement? (n = 169)	34
Abbildung 4.26: Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen? (n = 169).....	34
Abbildung 4.27: Teilnahme an hausübergreifenden Qualitätsprojekten (n = 169, Mehrfachnennungen möglich).....	36
Abbildung 4.28: Daten, Auswertungen oder Informationen, auf deren Basis kontinuierliche Verbesserungsprozesse initiiert werden (n = 169, Mehrfachantworten möglich).....	37
Abbildung 4.29: Ist in den Krankenhäusern das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert? (n = 169)	38
Abbildung 4.30: Art der Meldung bei hausinternen/trägerinternen Fehlermelde- und Lernsystemen (n = 101)	39
Abbildung 4.31: Art der Durchführung von Risikoanalysen (n = 89)	40
Abbildung 4.32: Einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements in den Krankenhäusern (n = 169, Mehrfachantworten möglich)	42
Abbildung 4.33: In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartner/innen für Risikomanagement? (n = 108)	44
Abbildung 5.1: Einrichtungen und Anzahl der Projekte, die in die Projektedatenbank eingetragen wurden (n=530).....	46
Abbildung 5.2: Zielgruppe/n der Projekte (n = 530, Mehrfachantworten möglich)	47
Abbildung 5.3: Reichweite der Projekte (n = 530).....	48

Abbildung 5.4:	Inhaltliche Ausrichtung der Projekte (n = 530, Mehrfachantworten möglich) ..	49
Abbildung 5.5:	Projektelevaluierung (n = 530).....	49
Abbildung 5.6:	Übergang in den Routinebetrieb (n = 530).....	50

Tabellen

Tabelle 1.1:	Ausgewählte Ergebnisse der Qualitätsstrukturen und -arbeit in Akutkrankenhäusern im Jahr 2012 (n = 169).....	IV
Tabelle 3.1:	Krankenanstalten je Bundesland und Krankenanstalten-Typen	4
Tabelle 3.2	Anzahl der Krankenanstalten pro Krankenanstalten-Typen für das Jahr 2012	4
Tabelle 4.1	Vollzeitäquivalente für die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit nach Größe des Akutspitals (n = 106)	11
Tabelle 4.2:	Anzahl der Personen (Köpfe) für die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit nach Größe des Akutspitals (n = 59)	11
Tabelle 4.3:	Implementierung und Planung von allgemeinen Qualitätsmodellen im bzw. für das gesamte Haus nach Krankenhaus-Typen (n = 169, Mehrfachnennung möglich)	14
Tabelle 4.4:	Implementierung und Planung von allgemeinen Qualitätsmodellen im gesamten KH nach Bundesländern (n = 169, Mehrfachnennungen möglich).....	15
Tabelle 4.5:	Instrumente des Risikomanagements (n = 140, Mehrfachantworten möglich)	39
Tabelle 4.6:	Vollzeitäquivalente für die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements nach Größe des Akutspitals (n = 52).....	43
Tabelle 4.7:	Anzahl der Personen (Köpfe) für die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements nach Größe des Akutspitals (n = 117).....	43

Abkürzungen

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
AHOP-Förderpreis	Arbeitsgemeinschaft hämato-onkologischer Pflegepersonen in Österreich
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGK	Bundesgesundheitskommission
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
CIRPS	Critical Incidents Reporting and Prevention System
d. h.	das heißt
EBMT	europäischen Organisation für Blut und Knochenmarktransplantation
EFQM	European Foundation for Quality Management
EFQM-AQA	European Foundation for Quality Management-Austrian Quality Award
EMAS	Eco-Management and Audit Scheme
etc.	et cetera
FH OÖ	Fachhochschule Oberösterreich
FMEA-Analyse	Fehler-Möglichkeiten- und Einfluss-Analyse
GGH	Gynäkologie und Geburtshilfe
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GMP	Good Manufacturing Practice
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz (Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen)
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points
inkl.	inklusive
IONK	internistische Onkologie/Hämatologie
ISO	International Organization for Standardization
ISH	Internationale Gesellschaft für Zelltherapie
JACIE	Joint Accrediation Committee ISH-EBMT
JCI	Joint Commission International
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KVP	kontinuierlicher Verbesserungsprozess
MPG	Medizinproduktegesetz
n	Umfang der Stichprobe
Nr.	Nummer
ONK	Onkologie
ONGKG	Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen
QB	Qualitätsbeauftragte/r
QM	Qualitätsmanager/in
OR	Orthopädie

ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
QSK	Kommission für Qualitätssicherung
RM	Risikomanagement
SALUS	Steirischer Qualitätspreis Gesundheit
SOP	standard operating procedure
STMK	Steiermark
SU	Stroke Unit
TELEIOS	Preis für Innovation, Qualität und Nachhaltigkeit in der Österreichischen Altenpflege
UC	Unfallchirurgie
u. A.	unter Anderem/n
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Qualitätsberichterstattung ist rechtlich im GQG (Gesundheitsqualitätsgesetz) und in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (Zielsteuerung-Gesundheit 2012) verankert. Die österreichische Qualitätsstrategie (GÖG/BIGQ 2010) sieht Qualitätsberichte für alle Sektoren des Gesundheitswesens des Gesundheitswesens vor. Ein Element davon ist die regelmäßige Berichterstattung über Qualitätssysteme in den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen. Die daraus resultierenden Ergebnisberichte dokumentieren die Kapazitätsentwicklung systematischer Qualitätsarbeit und leisten damit ihren Beitrag zur Steuerung durch Bund, Länder, Sozialversicherung und Gesundheitsdienstleister. Gleichzeitig stellt ein derartiges Berichtswesen auch ein Anreizsystem für die einzelnen Einrichtungen dar, ihre Kapazitäten für Qualitätsarbeit mit anderen zu vergleichen und zu verbessern.

Verpflichtende Teilnahme an der Strukturdatenerhebung

In der Novelle des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG, BGBl. I Nr. 147/2011) wurden die Länder verpflichtet, die Teilnahme aller Krankenanstalten (dazu zählen auch die stationären Rehabilitationseinrichtungen) an der regelmäßigen, österreichweiten Qualitätsberichterstattung und die dafür erforderliche Datenmeldung landesgesetzlich zu verankern. Am 23. November 2012 beschloss die Bundesgesundheitskommission für das Berichtsjahr 2012 eine verpflichtende, österreichweite Erhebung der Qualitätsstrukturen in Akutkrankenhäusern und stationären Rehabilitationseinrichtungen¹. Dadurch konnten für das Berichtsjahr 2012 erstmals Qualitätsstrukturen aller Akutkrankenhäuser und stationären Rehabilitationseinrichtungen in Österreich erhoben werden. Im Anschluss an die Datenerhebung wurde ein Bericht über Qualitätssysteme in österreichischen Krankenanstalten in anonymisierter Form durch die GÖG/BIGQ erstellt. Die beiden Berichte „Qualitätssysteme in österreichischen Krankenanstalten“ und „Qualitätssysteme in stationären Rehabilitationseinrichtungen“ sind auf der Webseite der Gesundheit Österreich GmbH abrufbar.

Die Daten für den vorliegenden Bericht basieren auf Selbstbewertungen der Einrichtungen. Zur Beantwortung der Fragebögen benötigen ausfüllende Personen fundierte Kenntnisse über Qualitätsinitiativen der eigenen Organisation. Weiters ist für die Eingabe der Daten bzw. Beantwortung der Fragen Genauigkeit, Offenheit und Ehrlichkeit erforderlich. Spätere Datenanalysen zeigen die Grenzen von Selbstbewertungen auf, da beispielsweise zusammenhängende Themen wie Qualitätsmodelle versus Qualitätsinstrumente teilweise nicht in sich schlüssig erscheinen. Im Zuge der Datenaufbereitung wurden Datenbereinigungen und -überprüfungen durchgeführt und gegebenenfalls telefonisch nachrecherchiert. Es ist im Rahmen der Arbeiten jedoch nicht möglich alle Angaben eines Hauses zu überprüfen.

1

Andere Krankenanstalten, die zwar im Krankenanstaltenverzeichnis des BMG gelistet sind, wie die Einrichtungen der Langzeitversorgung sowie Militärspitäler, wurden nicht zur Teilnahme aufgefordert.

2 Methodik

Ziel des Gesundheitsqualitätsgesetzes aus dem Jahr 2005 war es, die Qualität im Gesundheitswesen zu sichern und zu verbessern und den vielen unterschiedlichen Aktivitäten in der Qualitätsarbeit einen bundesweit einheitlichen, sektorenübergreifenden und transparenten Rahmen zu geben. Damit Transparenz gelingen kann, ist regelmäßige, aussagekräftige und verständliche Berichterstattung nötig. Dafür wurde Ende 2010 die webbasierte Plattform www.qualitaetsplattform.at eingerichtet.

Die Qualitätsplattform besteht aus einer Strukturdatenbank und einer Projektdatenbank. In der Strukturdatenbank werden regelmäßig Daten zu Strukturen und Instrumenten der Qualitätsarbeit in den Akutkrankenhäusern und stationären Rehabilitationseinrichtungen gesammelt. Diese umfasst Themen wie Qualitätsstrategie, Qualitätsmodelle, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, Beschwerdemanagement, Risikomanagement, kontinuierliche Verbesserungsprozesse etc. Die Projektdatenbank beinhaltet Informationen zu Qualitätsprojekten und soll vor allem zum Wissenstransfer und zur Vernetzung beitragen. Die Projekte können von allen teilnehmenden Organisationen (inkl. Bund, Ländern und Sozialversicherungen) ganzjährig eingetragen werden.

Die Gesundheit Österreich entwickelte diese Plattform im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, die Bund, Bundesländer, Sozialversicherung, Patientenvertreter/innen und weitere wichtige Akteure im Gesundheitswesen repräsentiert, in Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten von Bund, Ländern, Sozialversicherung und Gesundheitseinrichtungen. In Arbeitsgruppen wurden die Fragebögen für die Struktur- und Projektdatenbank entworfen und einer mehrstufigen Evaluierung unterzogen. Nach der ersten Erhebungswelle in Akutspitalern im Jahr 2011 (Domittner et al. 2011) fand eine weitere Evaluierung der Fragebögen statt.

Datenerhebung, Auswertung und Darstellung

Nach dem Beschluss der Bundesgesundheitskommission, für das Berichtsjahr 2012 Qualitätsstrukturen in Akutkrankenhäusern und stationären Rehabilitationseinrichtungen österreichweit zu erheben, wurden im Dezember 2012 alle betroffenen Einrichtungen über ihre Träger kontaktiert und zur Teilnahme an der Datenerhebung gebeten. Ein Erinnerungsschreiben wurde erneut über die Träger an die Krankenanstalten im Februar 2012 versandt. Nach Ablauf der offiziellen Erhebungsfrist startete die dreiwöchige Urgenzphase, in der die noch fehlenden Einrichtungen kontaktiert und erneut zur Teilnahme aufgefordert wurden. Im Zuge der Datenaufbereitung und -überprüfung wurden die Krankenanstalten teilweise erneut kontaktiert, um inkonsistente Datenangaben zu hinterfragen und ggf. zu korrigieren (Datenbereinigung).

Die vorliegenden Daten wurden auf aggregierter Ebene für alle Akutkrankenhäuser ausgewertet. Zum Teil wurden – sofern sinnvoll bzw. die Fallzahlen dies zuließen – nach Krankenanstaltentypen oder Bundesländern zusätzlich ausgewertet. Auswertungen zu den Qualitätsprojekten, die von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern an der Qualitätsplattform, dazu zählen Akutkrankenhäuser, stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Krankenanstaltenträger und andere Einrichtungen (Sozialversicherungsträger, Bundesministerium für Gesundheit) in die Projektdatenbank eingetragen wurden, referiert Kapitel 5.

3 Teilnehmende Akutkrankenhäuser

Dieser Bericht stellt ausschließlich Auswertungen zu Qualitätsstrukturen in Akutkrankenhäusern vor. Die Ergebnisse der Erhebung in stationären Rehabilitationseinrichtungen referiert ein weiterer Bericht, der ebenfalls auf der Webseite der Gesundheit Österreich GmbH unter www.goeg.at aufrufbar ist.

Mehrstandortkrankenhäuser

Auf Wunsch der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding wurden drei Mehrstandortkrankenhäuser getrennt erfasst, da in diesen Häusern die Qualitätsarbeit nicht zentral gesteuert wird und separate Strukturen vorliegen. Dabei handelt es sich um folgende Einrichtungen: Landesklinikum Mödling / Baden → zwei Standorte, Landesklinikum St. Pölten / Lilienfeld → zwei Standorte und Landesklinikum Zwettl / Gmünd / Waidhofen an der Thaya → drei Standorte. In den Darstellungen wird bei Bedarf mit „(+4)“ darauf hingewiesen.

Die Daten wurden zwischen Dezember 2012 und Anfang März 2013 erhoben. Eine dreiwöchige Urgenzphase war erforderlich, um nach Ablauf der Eingabefrist die noch säumigen Krankenhäuser telefonisch zur Dateneingabe aufzufordern.

Für ausgewählte Auswertungen wurde zwischen folgenden fünf Krankenanstalten-Typen² unterschieden:

- » Basisversorgung
- » erweiterte Versorgung
- » Maximalversorgung (inkl. Universitätskliniken)
- » Sanatorien
- » Sonderkrankenanstalten

Die Typisierung entspricht jener des Krankenanstalten-Katasters, aus Gründen der Anonymität und Aussagekraft wurden die beiden Typen ‚Maximalversorgung‘ und ‚Universitätskliniken‘ zu einer Gruppe (mit der Bezeichnung Maximalversorgung) zusammengefasst.

Im vorliegenden Bericht sind die Daten von allen erhobenen 169 Krankenhäusern (165 Akutkrankenhäuser laut Krankenanstaltenkataster und der 4 Mehrstandortkrankenhäuser) berücksichtigt.

²

Klassifikation laut „Zeitreihe Krankenanstalten-Kataster“ des Bundesministeriums für Gesundheit

Tabelle 3.1:
Krankenanstalten je Bundesland und Krankenanstalten-Typen

Bundesland / KH-Typen	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Summe
Basisversorgung	3	5	8	6	6	14	4	4	8	58
Erweiterte Versorgung	2	1	7	8	1	2	3	1	6	31
Maximalversorgung (inkl. Unikliniken)	-	1	1	1	1	1	1	-	2	8
Sonderkrankenanstalten	-	4	3	4	3	10	2	2	7	35
Sanatorien (nicht-gemeinnützig)	-	2	-	2	9	7	3	3	7	33
Summe	5	13	19 (+4)³	21	20	34	13	10	30	165 (+4)³

Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Im Bericht wurde die Gegenüberstellung bei manchen Fragestellungen auf gemeinnützige und nicht-gemeinnützige Krankenhäuser beschränkt, da ein weiteres Untergliedern eine zu geringe Fallzahl der Krankenhäuser mit sich bringt und keine aussagekräftigen Ergebnisse liefert. Die Bezeichnung der „Nicht-Gemeinnützigkeit“ eines Hauses entspricht dabei der Klassifikation der Sanatorien, für alle anderen Häuser gilt die Bezeichnung „gemeinnützig“³.

Tabelle 3.2:
Anzahl der Krankenanstalten pro Krankenanstalten-Typen für das Jahr 2012

Anzahl/ KH-Typen	Basisversorgung	Erweiterte Versorgung	Maximalversorgung (inkl. Unikliniken)	Sonderkrankenanstalten	Sanatorien (nicht-gemeinnützig)	Summe gemeinnützig	Summe Gesamt
Anzahl der Krankenhäuser	58	31	8	35	33	132 (+4) ³	165 (+4) ³

Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

³ Mehrstandortkrankenhäuser (siehe Seite 3)

4 Qualitätsstrukturen in Akutkrankenhäuser

Die aus 169 Krankenhäusern erfassten Qualitätsmaßnahmen werden hier thematisch gegliedert aufbereitet. Die ersten beiden Abschnitte widmen sich der strategischen und strukturellen Verankerung von Qualitätsarbeit in den Spitälern. Allgemeine Qualitätsmodelle, wie z. B. ISO, EFQM oder KTQ, finden sich im dritten Abschnitt, spezielle Modelle im Vierten. Mit den verschiedenen Instrumenten der Qualitätsarbeit, wie z. B. Prozesse, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, hausübergreifende Qualitätsprojekte, kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) und dem Thema Patientensicherheit/Risikomanagement – schließen die Abschnitte fünf und sechs das Kapitel.

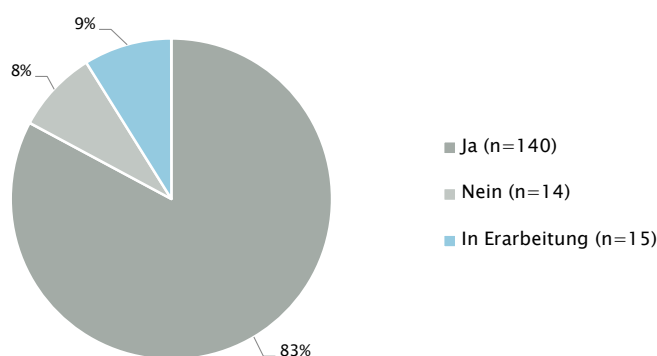
4.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit

4.1.1 Leitbild für das Krankenhaus

Von 169 Krankenhäusern definierten 140 ein Leitbild (83 %). In 15 Häusern wird derzeit ein Leitbild erarbeitet, 14 Häuser haben keines. Bei dieser Frage wurde explizit nach einem Leitbild für das gesamte Krankenhaus gefragt – nicht gemeint waren Leitbilder für einzelne Krankenhausbereiche (z. B. Leitstellen-Leitbild) oder Berufsgruppen (z. B. Pflege-Leitbild).

Abbildung 4.1:

Ist in den Krankenhäusern ein Leitbild definiert? (n = 169)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Alle Krankenhäuser (100 %) der Bundesländer Burgenland, Niederösterreich und Oberösterreich haben bereits ein Leitbild definiert. Bei Unterscheidung nach Krankenanstalten-Typen haben gemeinnützte Krankenanstalten zwischen 84 und 88 Prozent ein Leitbild definiert, während bei nicht-gemeinnützten Krankenanstalten dies bei 70 Prozent der Fall ist. Vielfach wird derzeit aber in jenen Sanatorien ohne Leitbild, ein solches erarbeitet.

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

4.1.2 Qualitätsstrategie

In 120 Krankenhäusern (71 %) ist eine Qualitätsstrategie schriftlich definiert, in 113 Häusern wird sie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommuniziert. 111 Einrichtungen leiten aus der Strategie konkrete Qualitätsziele ab. In 107 Einrichtungen werden diese Ziele auch evaluiert.

In rund der Hälfte der Sanatorien liegt eine definierte Qualitätsstrategie vor. Von den anderen Krankenhaus-Typen verfolgen etwa drei Viertel der Einrichtungen eine Qualitätsstrategie. Im Bundesländervergleich kann kein wesentlicher Unterschied festgestellt werden – zwischen 60 bis 77 Prozent der Häuser etablierten bereits Qualitätsstrategien.

4.2 Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit

4.2.1 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. Neben den Bundesvorgaben sind in den jeweiligen Landesgesetzen Vertreterinnen und Vertreter nach Berufsgruppen aufgelistet, die dieser Kommission zumindest angehören müssen. Auch die Aufgaben der QSK sind in den genannten Gesetzen geregelt.

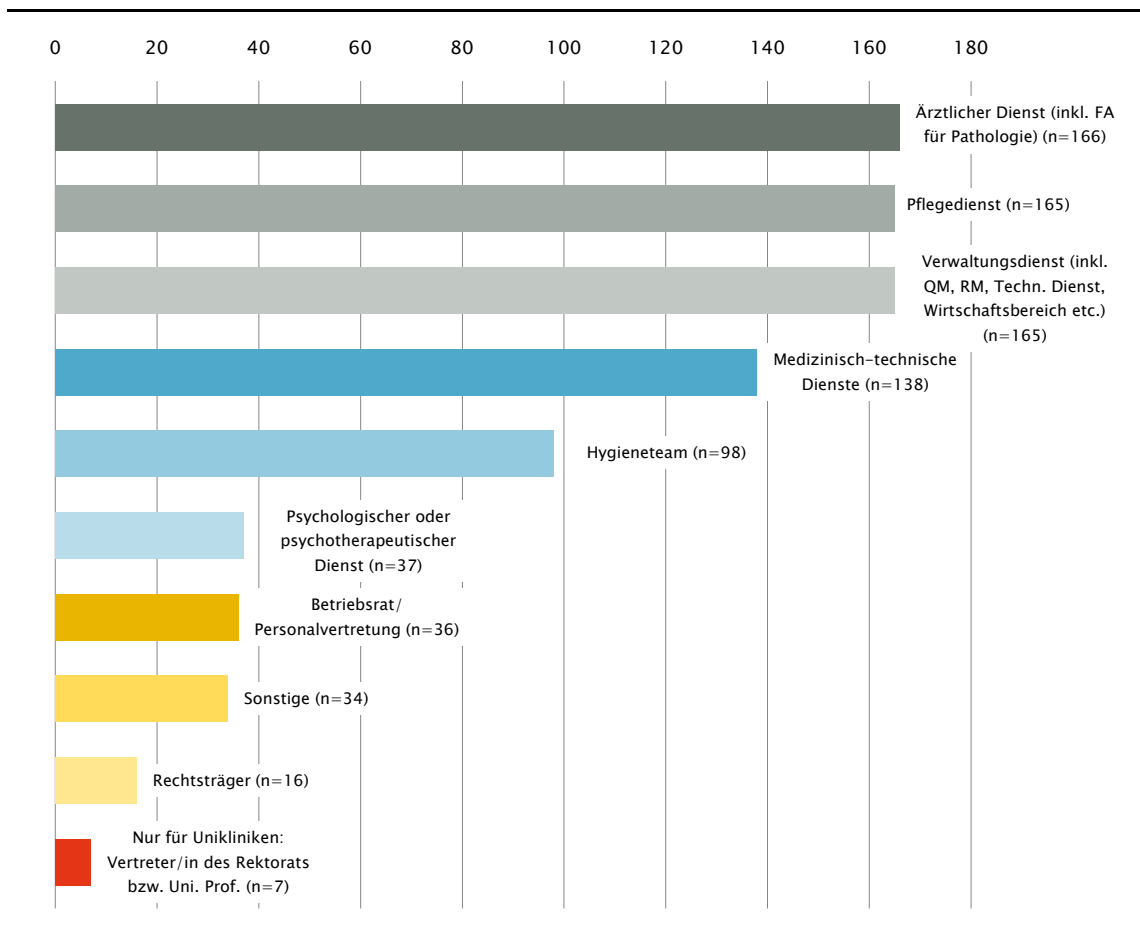
Mitglieder der QSK

Insgesamt wurden von den Spitälern 1.855 Mitglieder Personen in Qualitätssicherungskommissionen rückgemeldet. Im Durchschnitt besteht eine QSK aus 11 Personen. Je nach Krankenhaus-Typus unterscheidet sich die durchschnittliche QSK-Größe: Maximalversorgungshäuser weisen durchschnittlich 22 QSK-Mitglieder aus, alle anderen Typen schwanken zwischen 8 und 12 QSK-Mitgliedern.

Die zahlenmäßig am häufigsten vertretene Berufsgruppe in den Qualitätssicherungskommissionen ist der Ärztliche Dienst (inkl. FA für Pathologie) (166 Häuser) gefolgt vom Verwaltungsdienst (inkl. Qualitäts-, Risikomanagement, Technischer Dienst, Wirtschaftsbereich etc.) (165 Häuser). An dritter Stelle liegt die Berufsgruppe des Pflegedienstes (165 Häuser).

Abbildung 4.2:

QSK-Vertreterinnen und -Vertreter nach Berufsgruppen (n = 169, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

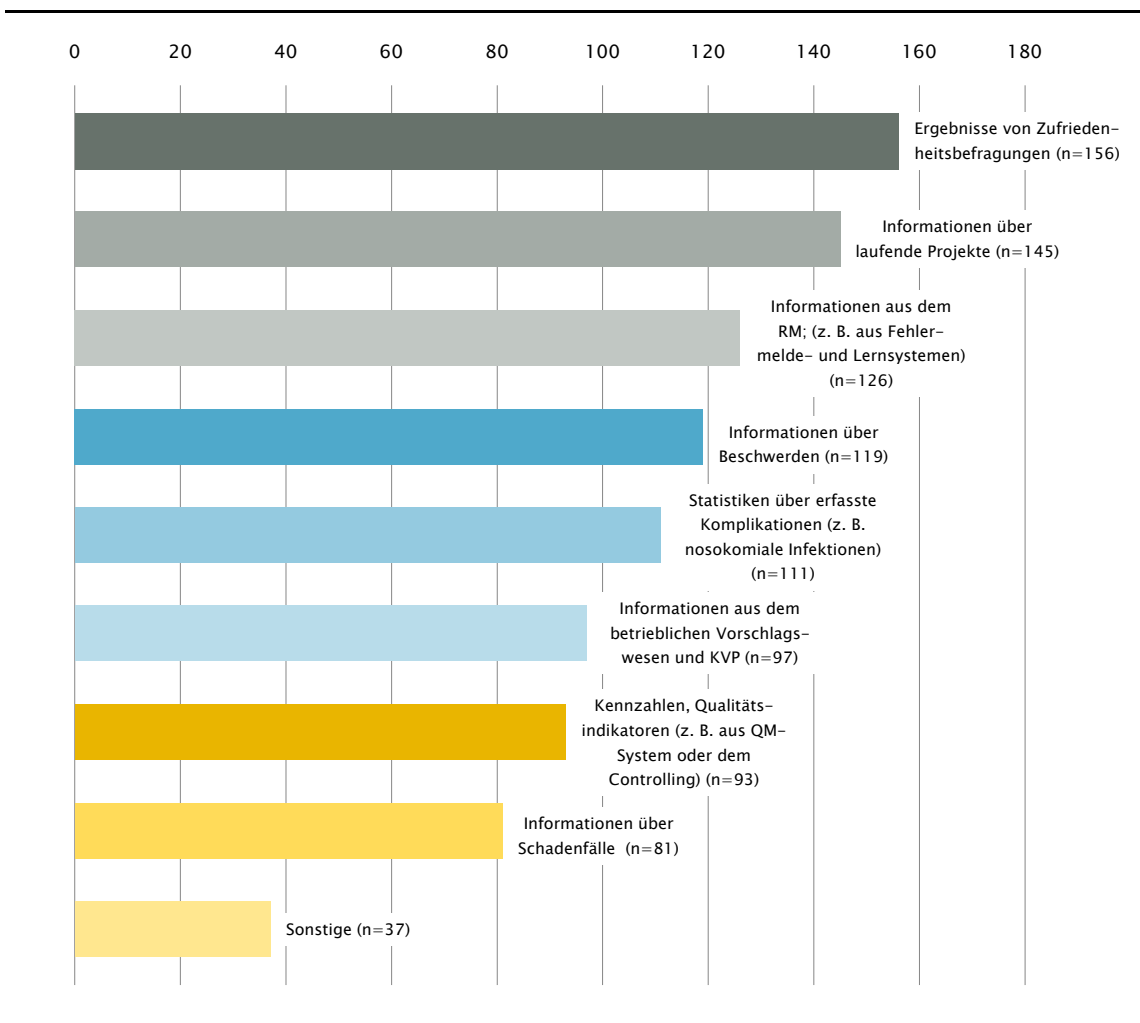
Geschäftsordnung für die QSK

In 134 Krankenhäusern (79 %) gibt es für die QSK eine Geschäftsordnung – in den gemeinnützigen Einrichtungen (88 %) häufiger als in den nicht-gemeinnützigen (42 %).

Informationsquellen für die QSK

Abbildung 4.3 gibt Auskunft über die Informationsquellen der QSK. Am häufigsten erhält die QSK Informationen aus den Ergebnissen von Zufriedenheitsbefragungen (z. B. Patienten-/Mitarbeiterbefragungen), Informationen über laufende Projekte (inkl. bauliche Maßnahmen) und Informationen aus dem Risikomanagement (z. B. aus Fehlermelde- und Lernsystemen).

Abbildung 4.3:
Informationen, die die QSK regelmäßig erhält (n = 169, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.2.2 Einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit

Die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit gestaltet sich in den Spitälern unterschiedlich. In 112 Häusern wird diese Aufgabe von mehreren Stellen gleichzeitig wahrgenommen, in den anderen 57 Häusern von einer Stelle.

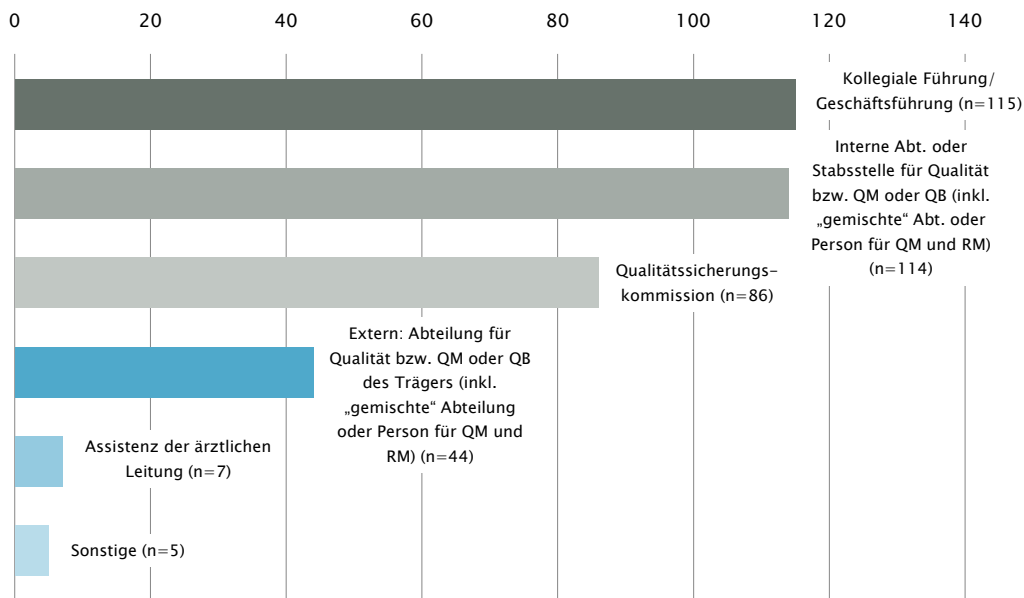
Koordinierende Stellen

In 34 Häusern sind ausschließlich interne Abteilungen bzw. Stabsstellen für Qualität oder Qualitätsmanager/innen bzw. Qualitätsbeauftragte (inkl. „gemischte“ Abteilung oder Person für QM und RM) für die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit zuständig. In 17 Häusern übernimmt diese Aufgabe ausschließlich die kollegiale Führung / Geschäftsführung, in weiteren 4 Häusern ausschließlich die QSK.

In 112 Häusern wird die Aufgabe der einrichtungsweiten Koordination der Qualitätsarbeit von mehreren der oben genannten Stellen übernommen. In 44 Häusern sind externe Abteilungen für Qualität oder Qualitätsmanager/innen bzw. Qualitätsbeauftragte des Träger (inkl. „gemischte“ Abteilung oder Person für QM und RM) an der einrichtungsweiten Koordination der Qualitätsarbeit beteiligt. Zusätzlich sind noch andere Stellen oder Abteilungen in die Koordination eingebunden, so wurden in der Kategorie „Sonstige“ Regionalmanagement, QM-Kernteam, Organisationsentwicklung genannt.

Hier zeichnen sich Unterschiede hinsichtlich der Krankenhaus-Typen ab: Sanatorien betreiben seltener eigene Qualitätsabteilungen oder beschäftigen Qualitätsbeauftragte / Qualitätsmanager/innen (in etwa 39 % der Häuser), die für die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit zuständig sind. Diese Arbeit wird in Sanatorien vorwiegend von der kollegialen Führung übernommen. Demgegenüber unterhalten alle Häuser der Maximalversorgung (100 %) eigene Abteilungen bzw. Qualitätsbeauftragte / Qualitätsmanager/innen, während sich 69 und 84 Prozent der anderen Krankenhaus-Typen dieser Strukturen bedienen.

Abbildung 4.4:
 Einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit in den Krankenhäusern?
 (n = 169, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Vollzeitäquivalente und Köpfe für die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit

106 (63 %) der 169 Einrichtungen können beziffern, wie viele Vollzeitäquivalente (VZÄ) für die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit in ihren Krankenhäusern besetzt sind. Davon sind 89 gemeinnützige und 17 nicht-gemeinnützige Krankenhäuser.

In Summe wurden von den Einrichtungen rund 154 VZÄ rückgemeldet, die Angaben reichen von 0,1 bis 8 VZÄ. Die 154 VZÄ verteilen sich auf insgesamt knapp 278 Personen (Köpfe). Die Angaben reichen von null bis hin zu elf Personen pro Haus.

Nachstehende Tabelle zeigt die durchschnittlichen Vollzeitäquivalenten für die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit nach Krankenhausgröße. Sehr große Häuser mit mehr als 1.000 Betten stellen im Schnitt mehr Vollzeitäquivalente für die Koordination der Qualitätsarbeit bereit, als entsprechend kleinere Häuser.

Tabelle 4.1:

Vollzeitäquivalente für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit nach Größe des Akutspitals (n = 106)

Größe des Akutspitals nach Bettenanzahl	Besetzte Stellen (in VZÄ) für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit	Anzahl der Häuser	Durchschnittliche VZÄ je KH-Bettengruppe
1 bis 99 Betten	15,2	10	1,5
100 bis 199 Betten	46,8	39	1,2
200 bis 299 Betten	24,9	19	1,3
300 bis 499 Betten	21,8	15	1,5
500 bis 999 Betten	19,8	14	1,4
1000 Betten und mehr	24,5	7	3,5
Mehrfachstandort	1	2	0,5
Gesamtergebnis	154	106	1,5

Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Hinsichtlich Krankenhaus- Typen gibt es hier deutliche Unterschiede: 51 Prozent der Sonderkrankenanstalten, 52 Prozent der Sanatorien und 75 Prozent der Maximalversorgungshäuser machten Angaben zu Vollzeitäquivalenten.

63 Häuser (37 %) können zu VZÄ keine Angaben machen, 59 der Häuser können aber die Anzahl an Personen (Köpfe) angeben, die mit der einrichtungswerten Koordination von Qualitätsarbeit betraut sind. Gesamt wurden hierfür 342 Personen genannt, die Angaben sprechen von einer Person bis hin zu 24 Personen. Nachstehende Tabelle zeigt die Anzahl der Personen (Köpfe) für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit nach Krankenhausgröße.

Tabelle 4.2:

Anzahl der Personen (Köpfe) für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit nach Größe des Akutspitals (n = 59)

Größe des Akutspitals nach Bettenanzahl	Anzahl der Personen (Köpfe) für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit	Anzahl der Häuser	Durchschnittliche Köpfe je KH-Bettengruppe
1 bis 99 Betten	72	20	3,6
100 bis 199 Betten	124	18	6,9
200 bis 299 Betten	36	7	5,1
300 bis 499 Betten	47	4	11,8
500 bis 999 Betten	44	5	8,8
1000 Betten und mehr	3	1	3,0
Mehrfachstandort	16	4	4,0
Gesamtergebnis	342	59	5,8

Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In Summe sind in den 165 rückmeldenden Krankenhäusern 621 Personen (Köpfe) u. a. mit einrichtungswelter Koordination von Qualitätsarbeit betraut.

4 Häuser geben weder VZÄ noch Personenzahl (Köpfe) für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit in der Einrichtung bekannt.

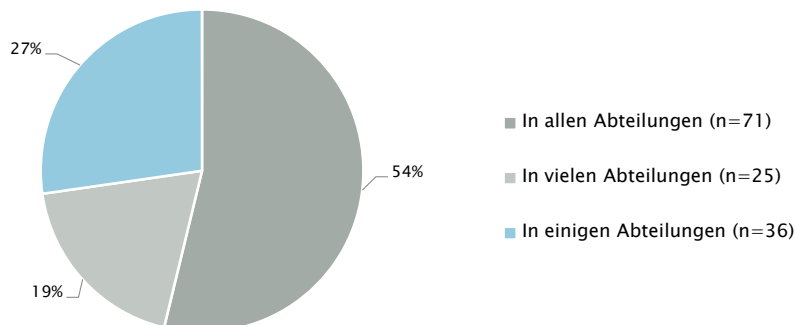
4.2.3 Qualitäts–Ansprechpersonen in Abteilungen

132 Krankenhäuser (78 %) geben an, in den Abteilungen Ansprechpersonen für Qualitätsarbeit definiert zu haben. Davon 71 Häuser in allen Abteilungen, 25 Häuser in vielen Abteilungen und 36 Häuser in einigen Abteilungen.

Bezogen auf Krankenhaus–Typen melden von den gemeinnützigen Krankenhäusern 79 Prozent Ansprechpersonen in den Abteilungen, von den nicht–gemeinnützigen Einrichtungen sind es 73 Prozent der Häuser. In beiden Typen finden sich in über der Hälfte der Häuser (54 %) Ansprechpersonen in allen Abteilungen.

Abbildung 4.5:

In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartner/innen für Qualitätsarbeit? (n = 132)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.2.4 Qualitätsmanagement–Ausbildung

148 Krankenhäuser (88 %) geben an, dass in ihren Häusern Mitarbeiter/innen mit spezieller Qualitätsmanagement–Ausbildung beschäftigt sind, 91 Krankenhäuser können die genaue Zahl der Mitarbeiter/innen angeben. Gemeinnützige Krankenhäuser können dies zu 55 Prozent und nicht–gemeinnützige Krankenhäuser zu 48 Prozent. Insgesamt betrifft dies 958 Personen. Der Durchschnitt liegt bei 10,5 Personen pro Haus.

13 Häuser beschäftigen mehr als 20 Personen mit spezieller Qualitätsmanagement-Ausbildung, wobei – bis auf ein Haus der Basisversorgung – all diese Häuser den Krankenhaus-Typen ‚erweiterte Versorgung‘ und ‚Maximalversorgung‘ zuzuordnen sind. 21 Häuser gaben an, keine Mitarbeiter/innen mit Qualitätsmanagement-Ausbildung beschäftigt zu haben, 12 Häuser davon sind Sanatorien.

In 57 Krankenhäusern war die genaue Zahl der Mitarbeiter/innen mit einer Qualitätsmanagement-Ausbildung nicht ermittelbar. Die Einrichtungen gaben daher eine Schätzung an. Diese betrug in 28 Häusern 1–5 Personen, in 18 Häusern 6–10 Personen, in 5 Häusern 11–20 Personen und in 6 Häusern über 20 Personen.

4.3 Allgemeine Qualitätsmodelle

Allgemeines Qualitätsmodell implementiert

77 Häuser (46 %) haben zumindest eines der angeführten allgemeinen Modelle (ISO, EFQM, KTQ, JCI bzw. träger- oder krankenhauseigenes QM-System (z. B. AUVA-QM-System)) für ihr **gesamtes Haus** implementiert. Am häufigsten ist das Qualitätsmodell EFQM für das gesamte Haus implementiert (44 Häuser), KTQ in 20 Häusern, ein eigenes QM-System in 9 Häusern, ISO in 7 Häusern und das Qualitätsmodell JCI in 3 Häusern. Aus sechs Häusern werden zwei allgemeine Modelle angegeben, die für das gesamte Haus implementiert sind, wie beispielsweise das Modell ISO und EFQM oder KTQ.

Von diesen 77 Häusern, die zumindest ein allgemeines Modell für das gesamte Haus besitzen, haben 34 zusätzlich in Teilen des Hauses ein Qualitätsmodell implementiert. 25 Häuser ohne Modell für die gesamte Einrichtung, haben zumindest ein allgemeines Modell für **Teile des Hauses** implementiert. Für Teile des Hauses ist am häufigsten das ISO-Modell implementiert (57 Häuser) gefolgt von der Implementierung eines eigenen QM-Systems für Teile des Hauses (12 Häuser).

Allgemeines Qualitätsmodell geplant

32 Häuser planen die Implementierung eines Qualitätsmodells für **das gesamte Haus**, wovon 29 Häuser noch über kein allgemeines Modell für das gesamte Haus verfügen. Am häufigsten wird für die geplante Implementierung das EFQM-Modell (13 Häuser) genannt. KTQ soll in 11 Häusern implementiert werden, das ISO-Modell in 7 Häusern, JCI in 6 Häusern und ein eigenes QM-System in 2 Häusern (Mehrfachnennungen möglich).

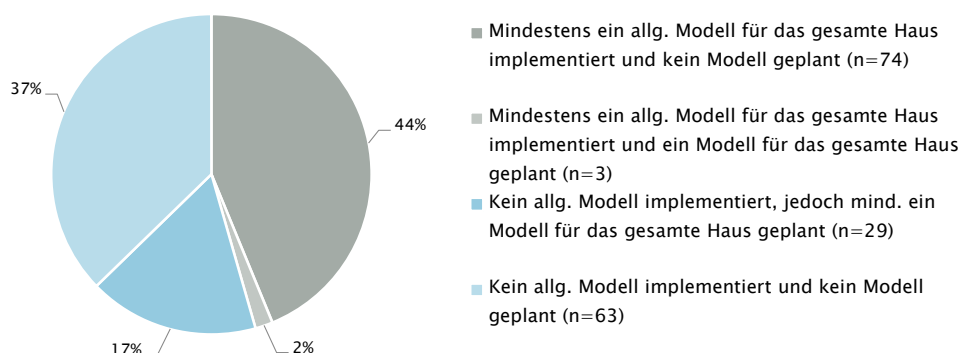
17 Häuser planen die (zusätzliche) Implementierung eines Qualitätsmodells für **Teile des Hauses**. Dabei wird das ISO-Modell von 11 Häusern genannt, EFQM von 3 Häusern, KTQ und ein eigenes QM-System jeweils von 2 Häusern (Mehrfachnennungen möglich).

41 Häuser haben weder ein allgemeines Qualitätsmodell für das gesamte Haus bzw. für Teile des Hauses implementiert noch geplant.

Nachstehende Abbildung zeigt die **Implementierung bzw. Planung** von allgemeinen Qualitätsmodellen **für das gesamte Haus**.

Abbildung 4.6:

Implementierung bzw. Planung von allgemeinen Qualitätsmodellen für das gesamte Haus (n = 169)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Bezogen auf Krankenhaus-Typen ist ein allgemeines Qualitätsmodell für das gesamte Haus häufiger in gemeinnützigen Häusern (53 %) etabliert als in nicht-gemeinnützigen (15 %).

Tabelle 4.3:

Implementierung und Planung von allgemeinen Qualitätsmodellen im bzw. für das gesamte Haus nach Krankenhaus-Typen (n = 169, Mehrfachnennung möglich)

KH-Typen / Implementierungsstand	Basisversorgung	erweiterte Versorgung	Maximalversorgung	Sonderkrankanstalten	Sanatorien (nicht-gemeinnützig)	Summe gemeinnützig	Summe
Qualitätsmodell für das gesamte KH implementiert	33	17	1	18	5	69 (+3) ⁴	74 (+3) ⁴
Qualitätsmodell für das gesamte KH in Planung	11	3	0	8	10	22	32
Kein Qualitätsmodell für das gesamte KH implementiert bzw. geplant	14	11	7	10	20	42 (+1) ⁴	62 (+1) ⁴

Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4

Mehrstandortkrankenhäuser (siehe Seite 8)

Tabelle 4.4:

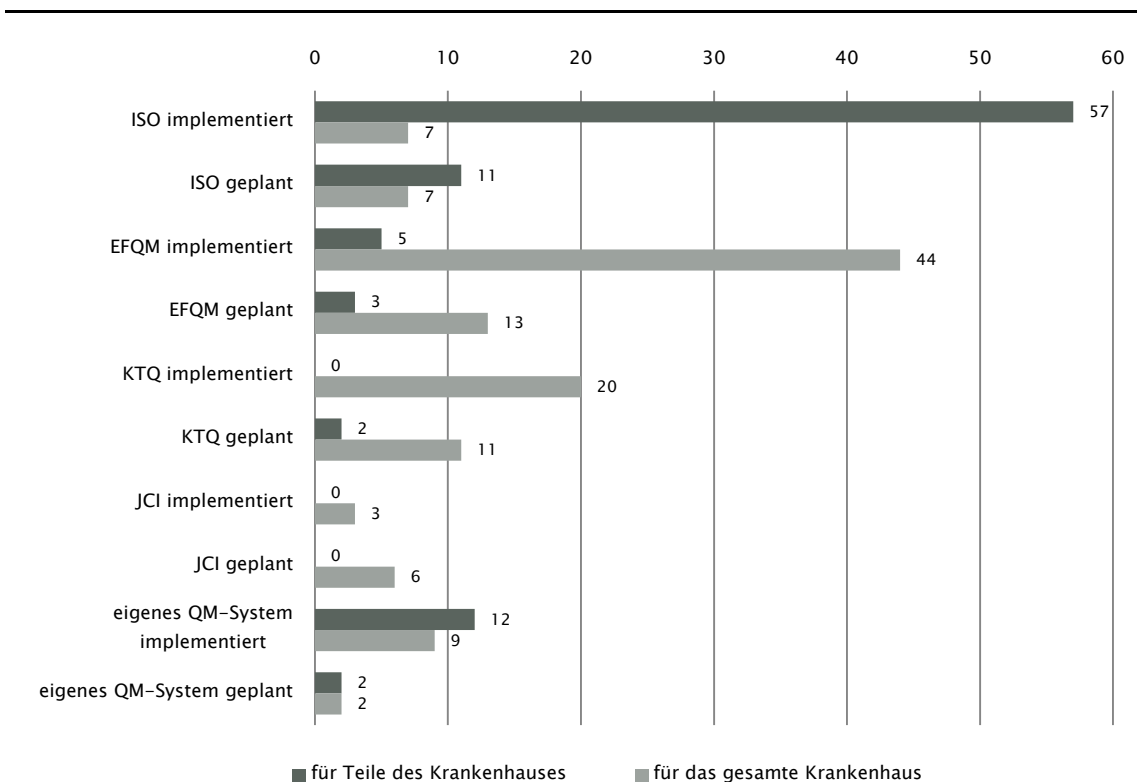
Implementierung und Planung von allgemeinen Qualitätsmodellen im gesamten KH nach Bundesländern (n = 169, Mehrfachnennungen möglich)

Bundesland / Implementierungsstand	B	K	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T	V	W	Summe
Qualitätsmodell für das gesamte KH implementiert	2	6	11 (+3) ⁵	15	3	22	1	2	12	74 (+3) ⁵
Qualitätsmodell für das gesamte KH in Planung	2	2	4	1	7	2	5	1	8	32
Kein Qualitätsmodell für das gesamte KH implementiert bzw. geplant	1	5	4 (+1) ⁵	5	11	10	7	8	11	62 (+1) ⁵

Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Abbildung 4.7:

Allgemeine Qualitätsmodelle implementiert und geplant (Implementierungsstand und Reichweite) (n = 128, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

⁵ Mehrstandortkrankenhäuser (siehe Seite 3)

4.3.1 International Organization for Standardization (ISO)

ISO – implementiert

Im Erhebungsjahr hatten 64 Spitäler das Qualitätsmodell ISO implementiert. In 44 Prozent aller gemeinnützigen und in 12 Prozent aller nicht-gemeinnützigen Krankenhäuser ist ISO implementiert. In 7 Krankenhäusern organisationsweit, in 57 Häusern in Teilen der Organisation. Folgende Bereiche wurden u. a. häufig genannt: Labor, Blutbank, Radiologie, Endoskopie, Pathologie und Tumorboard.

ISO – in Planung

In 18 Krankenhäusern waren im Jahr 2012 ISO-Einführung bzw. –Ausweitung in Planung: In 7 Häusern für die gesamte Organisation, in 11 Häusern für Teile der Organisation. In 10 Prozent aller gemeinnützigen und in 12 Prozent aller nicht-gemeinnützigen Krankenhäuser ist eine Implementierung von ISO geplant. Folgende Bereiche wurden hier u. a. genannt: Pathologie, Hygiene und Apotheke. Die voraussichtliche Einführung ist meist für das Jahr 2013 und 2014 vorgesehen.

4.3.2 European Foundation for Quality Management (EFQM)

EFQM – implementiert

Im Jahr 2012 hatten 49 Krankenhäuser das Qualitätsmodell EFQM implementiert, davon 44 für die gesamte Einrichtung und 5 Häuser für Teile der Organisation. In 35 Prozent aller gemeinnützigen und in 3 Prozent aller nicht-gemeinnützigen Krankenhäuser ist EFQM implementiert. Folgende Bereiche wurden u. a. genannt: Radiologie, physikalische Medizin, Apotheke, Technik, IT, Küche, Hygiene, Betriebsrat, medizinische Abteilung, neurologische Abteilung, unfallchirurgische Abteilung

EFQM – in Planung

Die Einführung von EFQM ist in 16 Häusern geplant, in 13 Einrichtungen für die gesamte Organisation in 3 Krankenhäusern für Teile davon. In 10 Prozent aller gemeinnützigen und in 9 Prozent aller nicht-gemeinnützigen Krankenhäuser ist eine Implementierung von EFQM geplant. Als Zeithorizont für die Implementierung werden die Jahre 2013 bis 2015 angegeben.

4.3.3 Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)

KTQ – implementiert

Im Jahr 2012 hatten 20 Krankenhäuser KTQ organisationsweit implementiert.

KTQ – in Planung

Die Einführung von KTQ ist in 13 Häusern geplant, in 11 Einrichtungen für die gesamte Organisation in 2 Häusern für Teile davon, hier wurde von einem Haus der Bereich Anästhesie- und Intensivmedizin genannt. Die Häuser planen die Einführung für die Jahre 2013 bis 2017.

4.3.4 Joint Commission International (JCI)

JCI – implementiert

Im Jahr 2012 hatten 3 Krankenhäuser das Qualitätsmodell JCI organisationsweit implementiert.

JCI – in Planung

Die Einführung von JCI ist in sechs Häusern für die Jahre 2014 bis 2016 organisationsweit geplant.

4.3.5 Träger- oder krankenhauseigenes QM-System

Träger- oder krankenhauseigenes QM-System – implementiert

Im Jahr 2012 hatten 21 Krankenhäuser ein träger- oder krankenhauseigenes QM-System implementiert, davon 9 Häuser für die gesamte Einrichtung und zwölf Häuser für Teile der Organisation. Folgende Bereiche wurden u. a. häufig genannt: Geburtshilfe, Transfusionsmedizin und OP-Organisation

Träger- oder krankenhauseigenes QM-System – in Planung

Die Einführung eines träger- oder krankenhauseigenen QM-Systems bis zum Jahr 2013 ist in 4 Häusern geplant, je 2 Einrichtungen planen für die gesamte Organisation und für Teile davon, wie beispielsweise für die OP-Organisation.

4.4 Spezielle Qualitätsmodelle

48 Häuser gaben an, mindestens ein „spezielles Qualitätsmodell“ implementiert zu haben. 28 Prozent aller gemeinnützigen Krankenhäuser und 30 Prozent aller nicht-gemeinnützigen Krankenhäuser haben ebenfalls spezielle Qualitätsmodelle implementiert.

Das Modell DocCert mit Eusoma-Kriterien wenden 14 Häuser an, GMP (Good Manufacturing Practice) nutzen 13 Häuser, Best Health Austria ist in 5 Häusern, EMAS (Eco-Management and Audit Scheme) in 4 Häusern und das Modell OnkoZert in weiteren 5 Häusern etabliert.

31 Krankenhäuser gaben an, ein oder mehrere sonstige spezielle Qualitätsmodelle implementiert zu haben. Mehrmals wurden u. a. folgende genannt: HACCP, selbsthilfefreundliches Krankenhaus, Risikomanagement, JACIE, qualifizierte Schmerztherapie.

4.5 Instrumente der Qualitätsarbeit

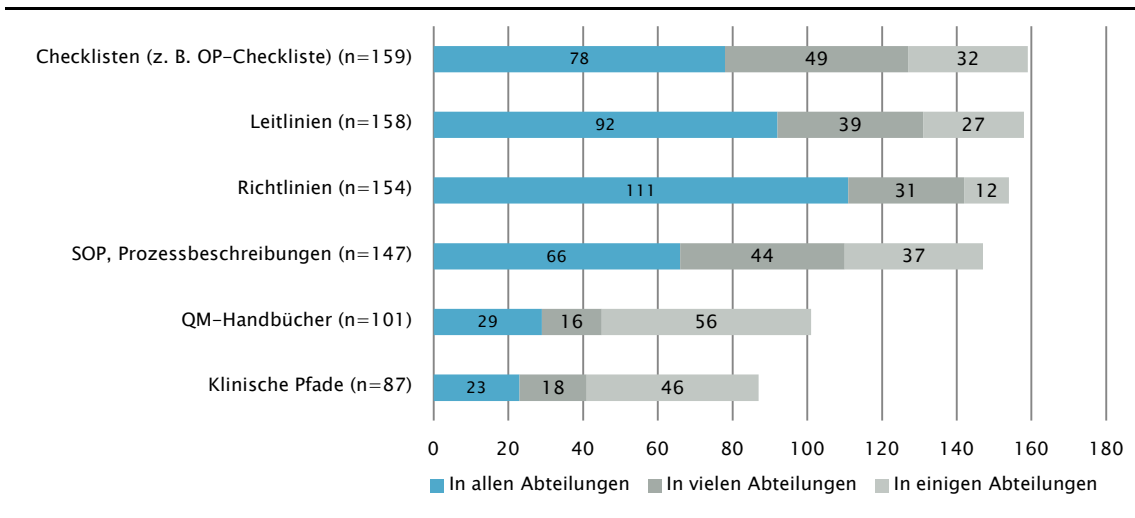
4.5.1 Prozesse

Richtlinien, Leitlinien und klinische Pfade sind Standards, die idealtypische Abläufe und Verfahrensweisen beschreiben. Am häufigsten sind in den Krankenhäusern Checklisten (159 Häuser), Leitlinien (158 Häuser) und Richtlinien (154 Häuser) in Verwendung. Klinische Pfade werden in 87 Häusern herangezogen (51 %), SOP/Prozessbeschreibungen in 147 Häusern, QM-Handbücher in 101 Häusern und interne/externe Audits in 110 Häusern.

Leitlinien, Richtlinien, SOP/Prozessbeschreibungen und Checklisten kommen mehrheitlich in allen Abteilungen zum Einsatz. Klinische Pfade und QM-Handbücher kommen mehrheitlich in einigen Abteilungen zum Einsatz.

Abbildung 4.8:

Häufigkeit der Anwendung und Reichweite von Qualitätsinstrumenten ohne interne/externe Audits und Sonstige (n = 169, Mehrfachantworten möglich)



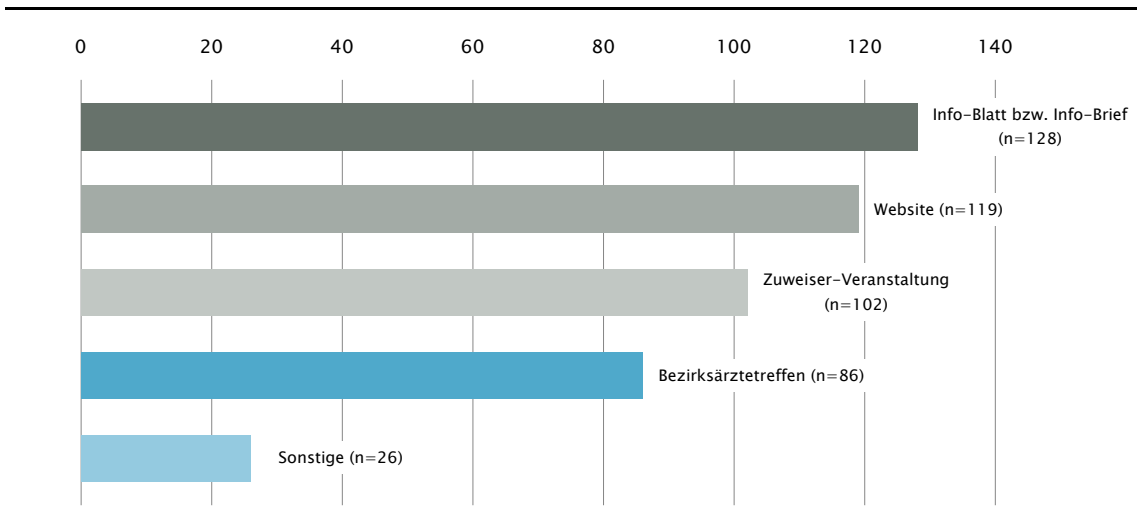
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Neben den oben genannten Standards kommen in den Krankenhäusern noch weitere Instrumente zum Einsatz. Von 14 Häusern wurden hierzu Eingaben gemacht. Genannt wurden beispielsweise Visiten (Pflege, Hygiene), Prozessaudits, Assessments nach EFQM, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen oder Site-Visits.

4.5.2 Information über Aufnahmemodalitäten

Alle Krankenhäuser informieren ihre Zuweiser – zum Teil über mehrere Informationskanäle – über die Aufnahmemodalitäten in ihren Häusern. 128 Häuser tun dies mittels Info-Blatt bzw. eines Info-Briefes, 119 Krankenhäuser über die Webseite, 102 Häuser über eigene Zuweiser-Veranstaltungen und 86 Häuser im Rahmen von Bezirksärztetreffen (60 % gemeinnützige Krankenhäuser, 15 % nicht-gemeinnützigen Krankenhäuser). 26 Krankenhäuser nutzen „sonstige“ Möglichkeiten zur Informationsweitergabe, folgende wurden unter anderem genannt: Newsletter, Information am Arztbrief, Hauszeitung, E-Mail (z. B. bei Änderungen der Aufnahme-Modalitäten), Zuweiserformular, direkter Kontakt (z. B. über das Telefon), Regionalkonferenzen.

Abbildung 4.9:
 Wie werden die Zuweiser über Aufnahmemodalitäten informiert?
 (n = 169, Mehrfachantworten möglich)

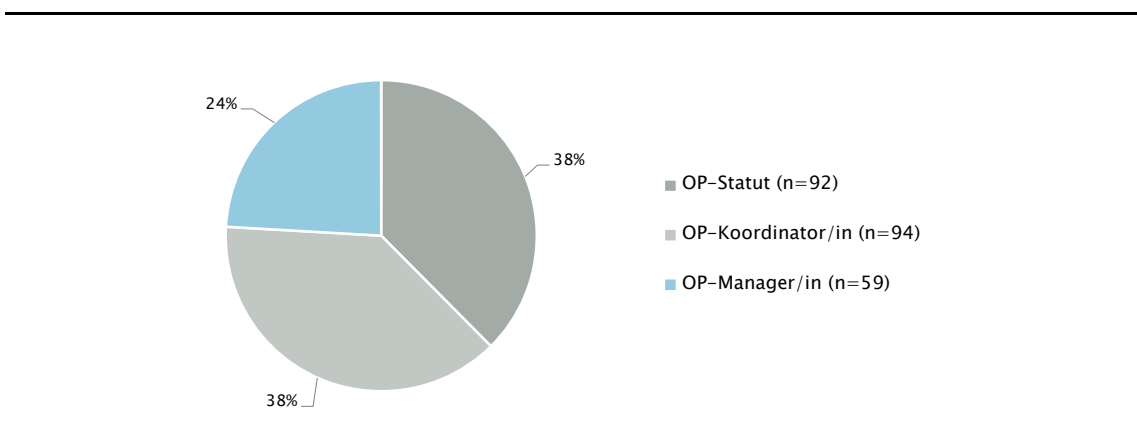


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.5.3 Strukturiertes OP-Management

Strukturiertes OP-Management findet sich in 114 Krankenhäusern (67 %) (gemeinnützige Häuser 71 %, nicht-gemeinnützigen Krankenhäuser 55 %). Davon haben 92 Krankenhäuser ein eigenes OP-Statut, 94 Häuser beschäftigen eine/n OP-Koordinator/in und 59 Häuser eine/n OP-Manager/in. Die Einführung eines strukturierten OP-Managements haben 21 Krankenhäuser geplant (gemeinnützige Häuser 11 %, nicht-gemeinnützigen Krankenhäuser 18 %).

Abbildung 4.10:
 Umsetzung des OP-Managements (n = 114, Mehrfachantworten möglich)



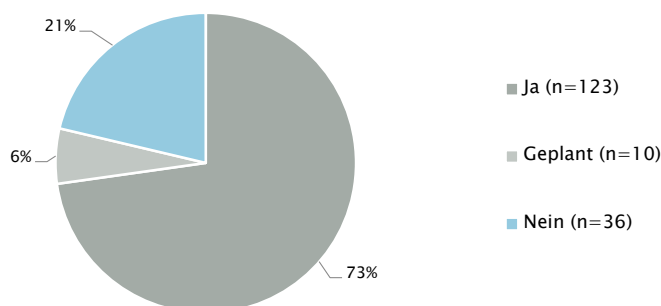
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.5.4 Indirektes Entlassungsmanagement / Übergangspflege

Indirektes Entlassungsmanagement bzw. Übergangspflege⁶ sind in 123 Krankenhäusern implementiert (gemeinnützige Häuser 80 %, nicht-gemeinnützigen Krankenhäuser 42 %). Die Einführung ist in 10 Häusern geplant.

Abbildung 4.11:

Ist ein indirektes Entlassungsmanagement / eine Übergangspflege implementiert? (n = 169)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.5.5 Berichte über die Qualitätsarbeit

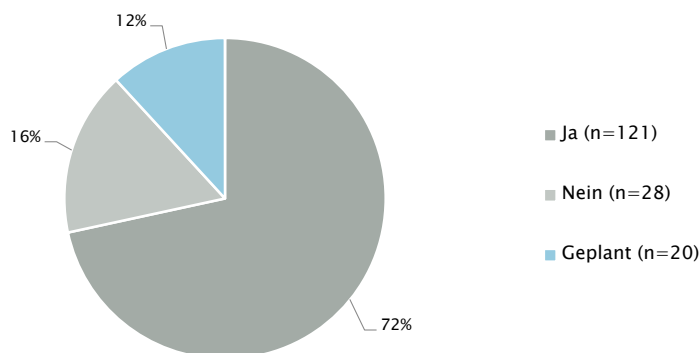
121 Krankenhäuser (72 %) erstellen einen Bericht über ihre Qualitätsarbeit oder liefern einen Beitrag für einen Sammelbericht (z. B. trägerweiter Bericht). Gemeinnützige Häuser erstellen zu 80 Prozent und nicht-gemeinnützigen Krankenhäuser zu 36 Prozent Qualitätsberichte. Bei 20 Häusern ist dies in Planung (gemeinnützige Häuser 9 %, nicht-gemeinnützigen Krankenhäuser 24 %).

6

Im Rahmen des indirekten Entlassungsmanagements / der Übergangspflege werden Patientinnen und Patienten mit komplexem poststationärem Betreuungsbedarf von einer/einem Entlassungsmanager/-in bzw. -team beraten und betreut. Die Patientinnen und Patienten durchlaufen den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne eines Case-Managements, quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen. Im Gegensatz dazu vollzieht sich das direkte Entlassungsmanagement in der Station und wird dort vom Stationspersonal übernommen.

Abbildung 4.12:

Erstellen die Krankenhäuser regelmäßig einen Bericht über die Qualitätsarbeit? (n = 169)

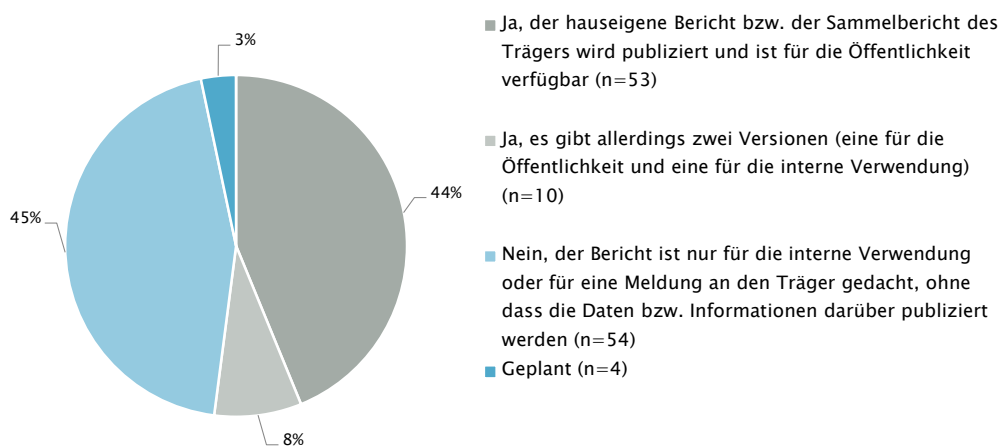


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

53 Häuser (44 %) publizieren ihre hauseigenen Berichte bzw. den Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes für die Öffentlichkeit. 10 der Häuser (8 %) veröffentlichen den Bericht in zwei unterschiedlichen Versionen (einen für die Öffentlichkeit, einen für die interne Verwendung). 54 Krankenhäuser (45 %) veröffentlichen den Qualitätsbericht nicht, er ist somit nur für die interne Verwendung bzw. für eine Meldung an den/das Träger/Fonds/Land gedacht. 4 Häuser planen die Veröffentlichung ihres Qualitätsberichtes.

Abbildung 4.13:

Werden die Qualitätsberichte veröffentlicht? (n = 121)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die meisten Qualitätsberichte werden jährlich erstellt (in 80 % der Fälle), in 24 Häusern erfolgt dies in längeren Abständen.

4.5.6 Patientenorientierung

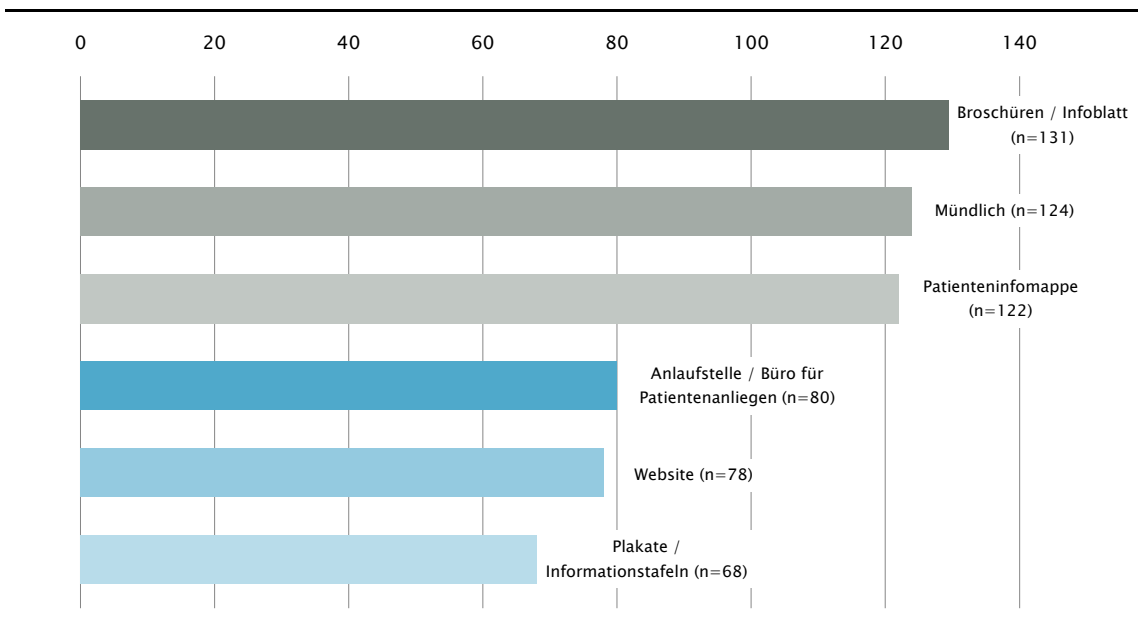
4.5.6.1 Patientenrechte

Meist informieren die Krankenhäuser über mehrere Informationskanäle ihre Patientinnen und Patienten zu Patientenrechten. 131 Häusern nutzen dafür Broschüren/Infoblätter, in 124 Häusern geschieht dies mündlich, 122 Häuser verteilen Patienteninfomappen, 80 Häuser haben eine Anlaufstelle/Büro für Patientenangelegenheiten, 78 Häuser informieren über die Webseite und 68 Häuser mit Plakaten/Informationstafeln. Gemeinnützige Häuser nutzen die erhobenen Informationskanäle häufiger als nicht-gemeinnützigen Krankenhäuser.

Abbildung 4.14:

Wie werden die Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte aufmerksam gemacht?

(n = 169, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter/innen zum Thema „Patientenrechte“ finden in 55 aller Krankenhäuser statt (33 %). In gemeinnützigen Häusern gibt es diese Schulungen häufiger (36 %) als in nicht-gemeinnützigen Häusern (18 %).

4.5.6.2 Patientenbefragungen

Patientenbefragungen werden in 159 Krankenhäusern durchgeführt. Die Mehrheit (96 %) der gemeinnützigen Krankenhäuser befragt Patientinnen und Patienten, bei den nicht-gemeinnützigen Einrichtungen liegt der Anteil leicht darunter (88 %).

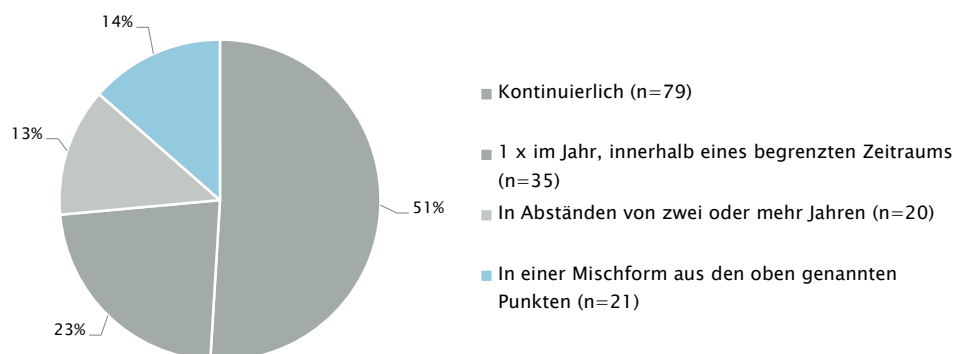
46 Krankenhäuser nahmen an der letzten sektorenübergreifenden Patientenzufriedenheitsbefragung der GÖG im Jahr 2010/2011 teil (Lerchner et al. 2012). Die Ergebnisse der Befragung werden vor allem an folgende Stellen weitergeleitet: Kollegiale Führung/Geschäftsführung, Qualitäts- und/oder Risikomanagement, beteiligte Abteilung/en und Qualitätssicherungskommission.

155 Krankenhäuser führen andere Patientenbefragungen durch. In 80 Prozent der Häuser in allen Abteilungen, in 20 Prozent in einigen Abteilungen.

51 Prozent der Häuser führen Befragungen kontinuierlich durch, 23 Prozent befragen einmal pro Jahr und innerhalb eines begrenzten Zeitraums, 13 Prozent in Abständen von zwei oder mehr Jahren und 14 Prozent der Häuser in der Mischform aus den genannten Möglichkeiten. Auch hier gibt es Unterschiede hinsichtlich der Krankenhaus-Typen: 86 Prozent der nicht-gemeinnützigen Krankenhäusern, die eine Patientenbefragung durchführen, machen dies kontinuierlich, bei den gemeinnützigen Häusern sind dies 42 Prozent.

Abbildung 4.15:

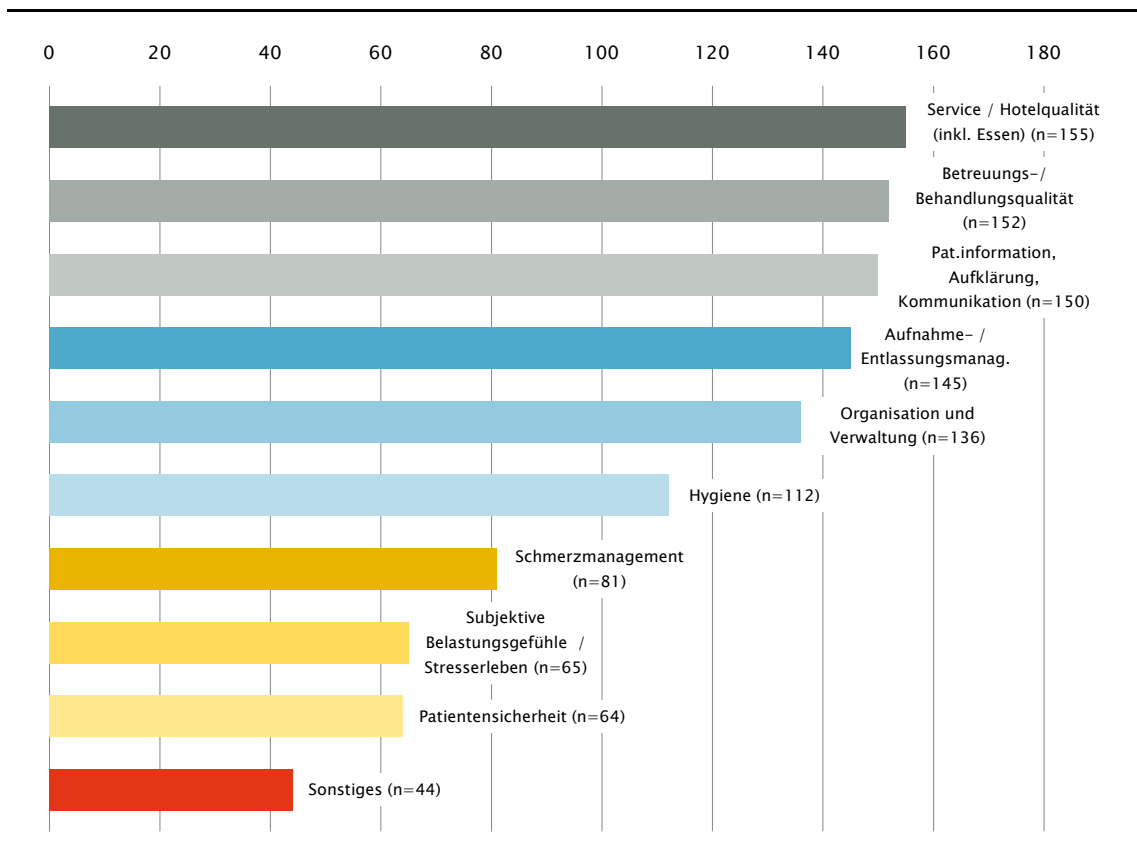
In welchen Intervallen erfolgen die Patientenbefragungen? (n = 155)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Am häufigsten werden Patientinnen und Patienten zu den Themen Service/Hotelqualität (inkl. Essen), Betreuungs- und Behandlungsqualität, Patienteninformation / Aufklärung / Kommunikation, Aufnahme-/Entlassungsmanagement, Organisation/Verwaltung und Hygiene befragt.

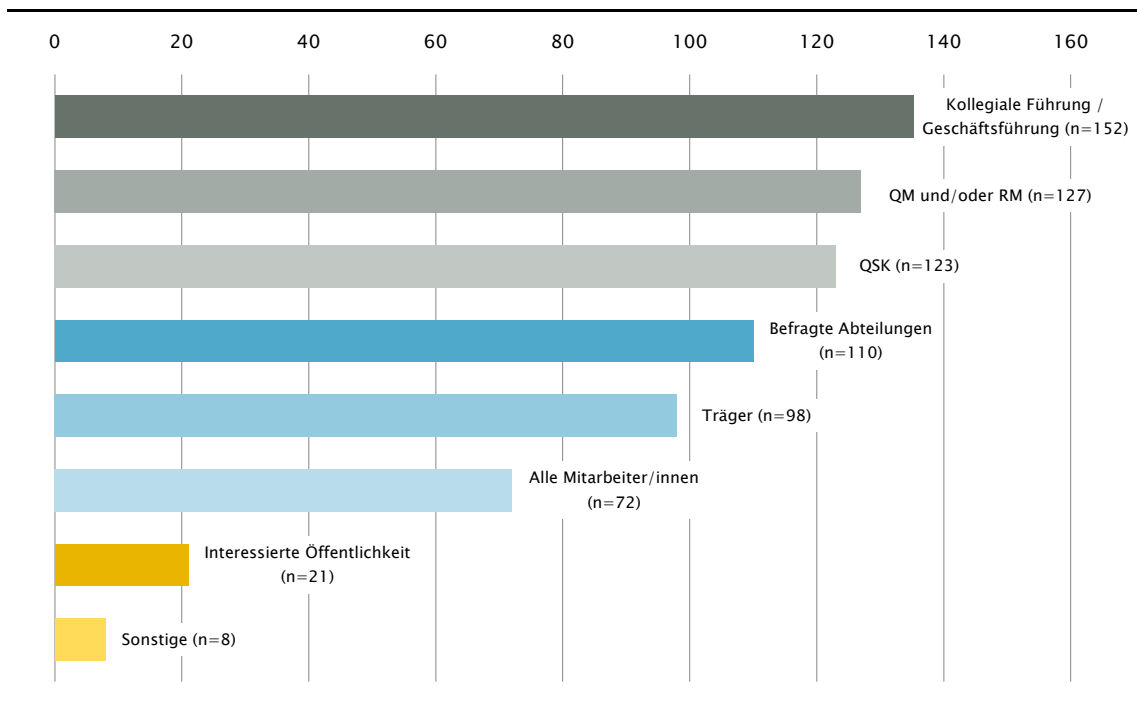
Abbildung 4.16:
Themengebiete der Patientenbefragungen (n = 155, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Ergebnisse aus den Patientenbefragungen ergeben am häufigsten an die kollegiale Führung / Geschäftsführung, das Qualitäts- und/oder Risikomanagement, die Qualitätssicherungskommission und befragte Abteilungen.

Abbildung 4.17:
 Ergebnisse der Patientenbefragungen ergehen an folgende Stellen
 (n = 155, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.5.7 Mitarbeiterorientierung

4.5.7.1 Mitarbeiterbefragung

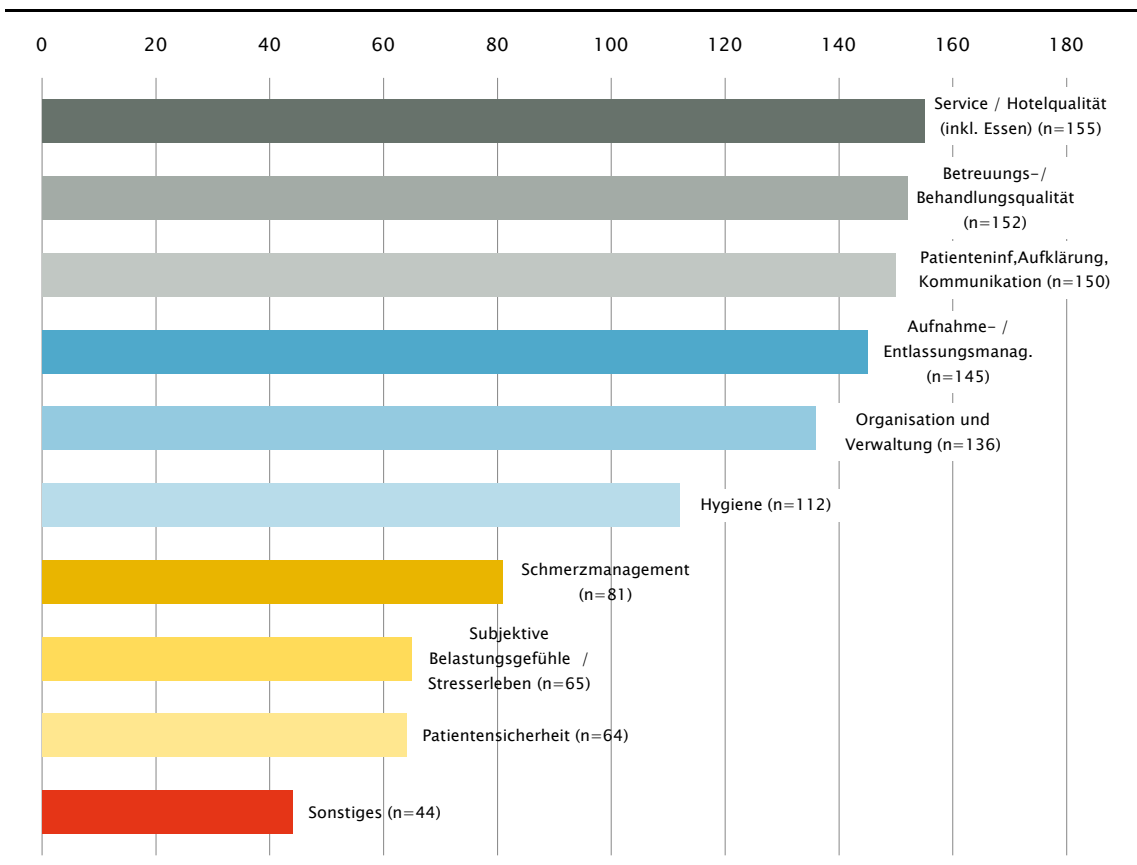
134 Krankenhäuser (79 %) führen Mitarbeiterbefragungen durch. In 89 Prozent der Fälle werden alle Mitarbeiter/innen befragt, in 11 Prozent Mitarbeiter/innen in einigen ausgewählten Bereichen.

83 Prozent aller gemeinnützigen Häuser und 64 Prozent aller nicht-gemeinnützigen Krankenhäuser befragen ihre Mitarbeiter/innen. Die große Mehrheit der Häuser befragen dabei alle Mitarbeiter/innen.

In 16 Krankenhäusern (12 %) werden die Mitarbeiterbefragungen jährlich durchgeführt, in den anderen Häusern erfolgen diese in längeren Abständen oder unregelmäßig.

Am häufigsten werden die Mitarbeiter/innen zu den Themen Zusammenarbeit/ Kommunikation/Information, Führung, Aus- und Weiterbildung, Motivation und Unternehmenskultur/-werte/Kollegialität befragt.

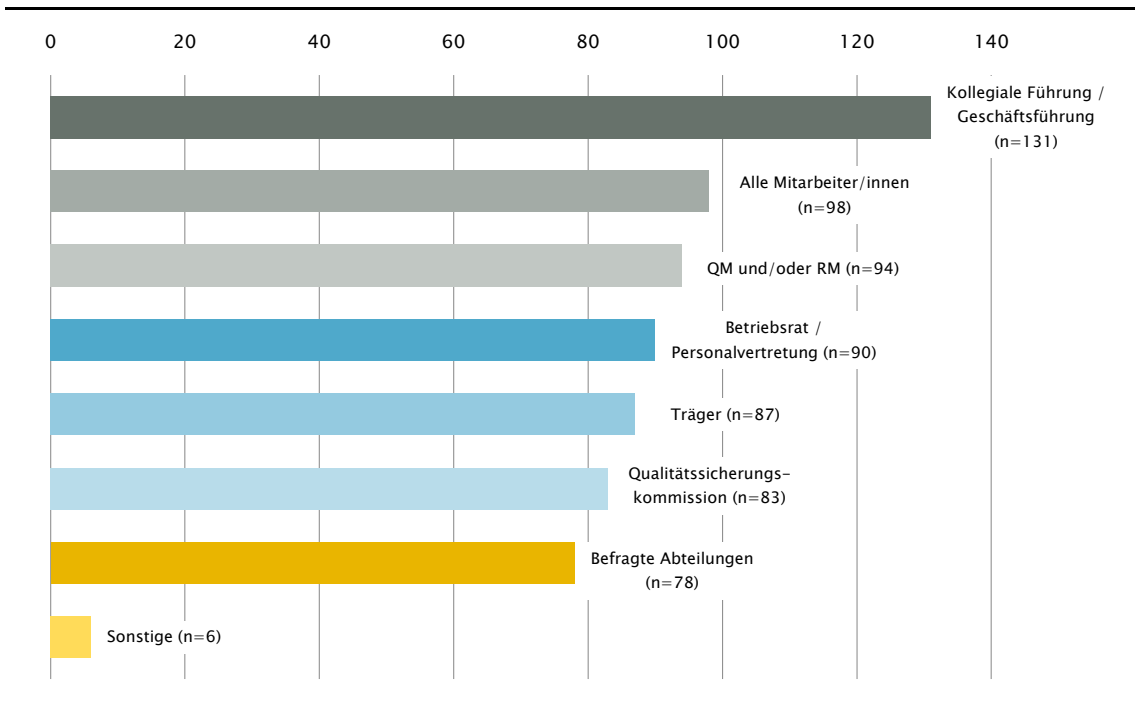
Abbildung 4.18:
Themengebiete von Mitarbeiterbefragungen (n = 134, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Ergebnisse aus den Mitarbeiterbefragungen ergeben am häufigsten an die kollegiale Führung, alle Mitarbeiter/innen, das Qualitäts- und Risikomanagement und den Betriebsrat / die Personalvertretung.

Abbildung 4.19:
 Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen ergehen an folgende Stellen
 (n = 134, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.5.7.2 Strukturierte Mitarbeitergespräche

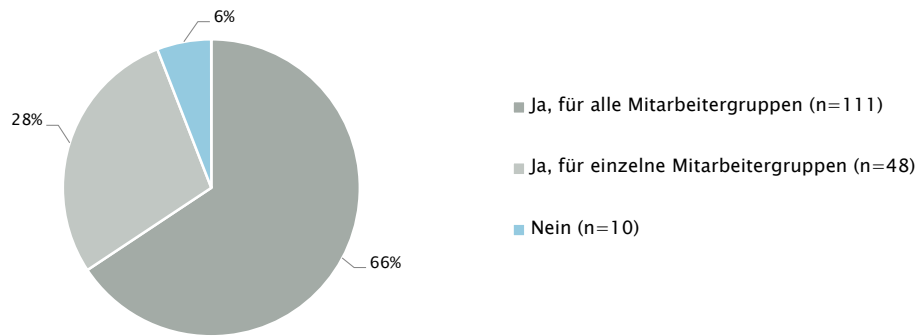
In 161 Krankenhäusern (95 %) werden strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt. In 99 dieser Häuser (61 %) werden mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, in den restlichen nur in einigen Bereichen strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt. Die Gespräche werden in 60 Prozent der Häuser einmal im Jahr, in den restlichen 40 Prozent in längeren Abständen bzw. unregelmäßig geführt. 96 Prozent der gemeinnützigen Krankenhäuser und 91 Prozent der nicht-gemeinnützigen Krankenhäuser führen strukturierte Gespräche durch.

4.5.7.3 Strukturierte Erfassung der Fort- und Weiterbildung

In 159 Krankenhäusern (94 %) werden die Fort- und Weiterbildungen zumindest für einzelne Mitarbeitergruppen strukturiert erfasst. Die nicht-gemeinnützigen Krankenhäuser liegen hier mit einer Quote von 76 Prozent hinter den gemeinnützigen Krankenhäusern mit 99 Prozent.

Abbildung 4.20:

Werden die Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter/innen strukturiert erfasst?
(n = 169, Mehrfachantworten möglich)

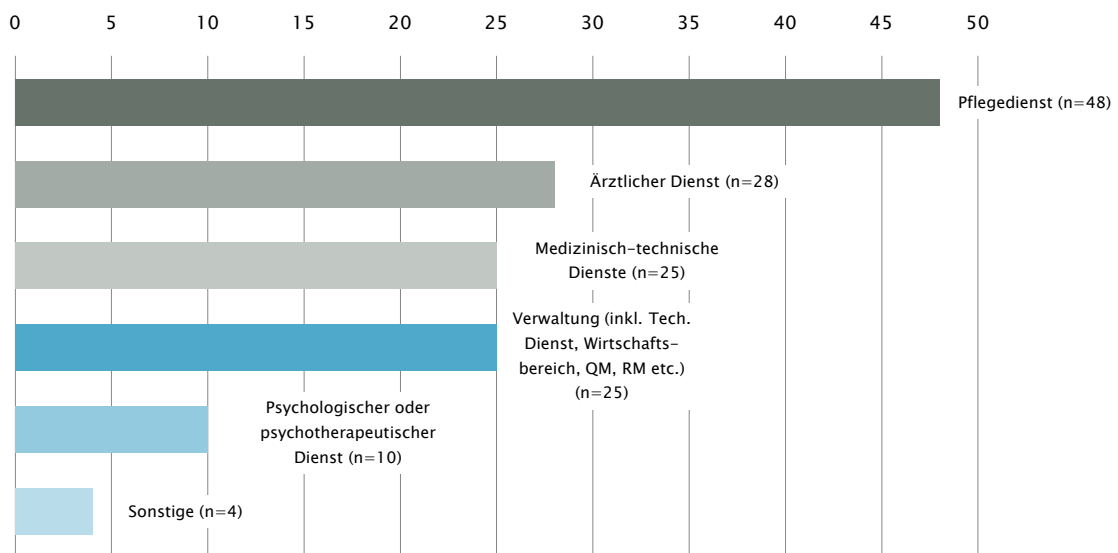


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

111 Krankenhäuser erfassen diese für alle Mitarbeiter/innen, 48 Krankenhäuser für einzelne Mitarbeitergruppen. Dabei werden am häufigsten die Fort- und Weiterbildungen von Pflegediensten erfasst, dahinter liegen jene der Mitarbeiter/innen des ärztliche Dienstes, des medizinisch-technischen Dienstes, der Verwaltung (inkl. technischer Dienst, Wirtschaftsbereich etc), des psychologischen oder psychotherapeutischen Dienstes und sonstige Bereiche.

Abbildung 4.21:

Für welche Mitarbeitergruppen werden die Fort- und Weiterbildungen strukturiert erfasst?
(n = 48, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

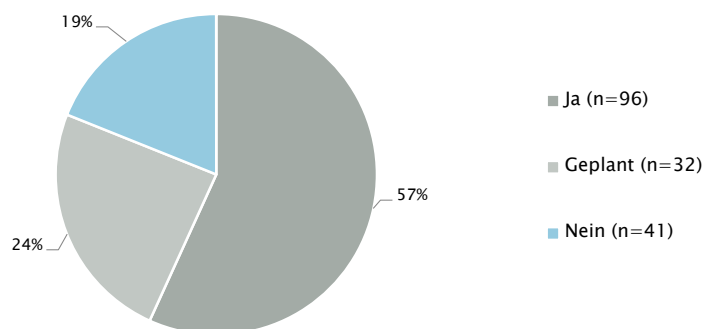
143 von 169 Krankenhäusern koordinieren die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen zentral (z. B. Fortbildungsbeauftragte/r im Krankenhaus oder des Trägers). 98 haben dies für alle und 45 für einzelne Mitarbeitergruppen implementiert. Die Berufsgruppen des Pflegedienstes und des ärztlichen Dienstes sind die am häufigsten genannten Mitarbeitergruppen.

4.5.7.4 Betriebliche Gesundheitsförderung / betriebliches Gesundheitsmanagement

In 96 Krankenhäusern ist ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. zum betrieblichen Gesundheitsmanagement bereits etabliert, in 32 Häusern ist ein solches geplant.

Abbildung 4.22:

Ist ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ist betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert? (n = 169)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Mit fast 63 Prozent liegen die gemeinnützigen Krankenhäuser mit einem etablierten Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. zum betrieblichen Gesundheitsmanagement vor den nicht-gemeinnützigen Krankenhäusern mit 33 Prozent. Geplant ist dies in 27 Prozent der nicht-gemeinnützigen Krankenhäuser und in 17 Prozent der gemeinnützigen Krankenhäuser.

Folgende **verhaltensbezogene Maßnahmen** werden von den Häusern unter anderem **gesetzt**: Gesundheitsberatungen, Bewegungsangebote wie z. B. Wirbelsäulengymnastik, Yoga, Lauftreffs, Radfahren, Pilates, richtiges Heben und Tragen; weiters Massageangebote und Ernährungs- und Abnehmprogramme, Raucherentwöhnungsinitiativen, Fußpflege, Maßnahmen für die psychische Gesundheit, wie beispielsweise Entspannungstrainings und Burn-out-Prophylaxe, Zeit- und Stressmanagement, Kommunikationstrainings und Deeskalationsmanagementkurse.

Verhältnisbezogene Maßnahmen sind folgende: Verbesserung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsumgebung wie beispielsweise Beleuchtung, Schutz vor Zugluft, Lärmschutz oder ergonomische Verbesserungen, lebensphasenorientierte Arbeitsplatzgestaltung, rauchfreies

Krankenhaus, Verbesserung der Arbeitsabläufe, mitarbeiterfreundlicher Führungsstil, flexible Arbeitszeitmodelle, strukturiertes Management der Anforderungen und der Qualifikationen, Adaptierung von Räumen für beispielsweise Sport oder Entspannung, Etablieren eines Teams zur Stressbewältigung nach belastenden Ereignissen, Gesundheitstage.

Die Häuser planen unter anderem folgende **verhaltensbezogene Maßnahmen**: Bewegungsangebote wie z. B. Rückenschulung; Yoga, Lauftreffs, Golf, Maßnahmen für die psychische Gesundheit wie z. B. Stressbewältigung, Burn-Out-Prophylaxe, Entspannungstechniken, Mentaltraining, Autogenes Training; weiters auch Aktionstage für die gesunde Ernährung und Raucherentwöhnungsprogramme.

Folgende **verhältnisbezogene Maßnahmen planen** die Häuser unter anderem: Optimierung des Arbeitsplatzes wie z. B. ergometrische Anpassungen, alternative Sitzmöglichkeiten, Hörschutztests, Bildschirmbrillen, mitarbeiterfreundlicher Führungsstil und Errichtung von Pausen- und Ruheräumen.

4.5.8 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden

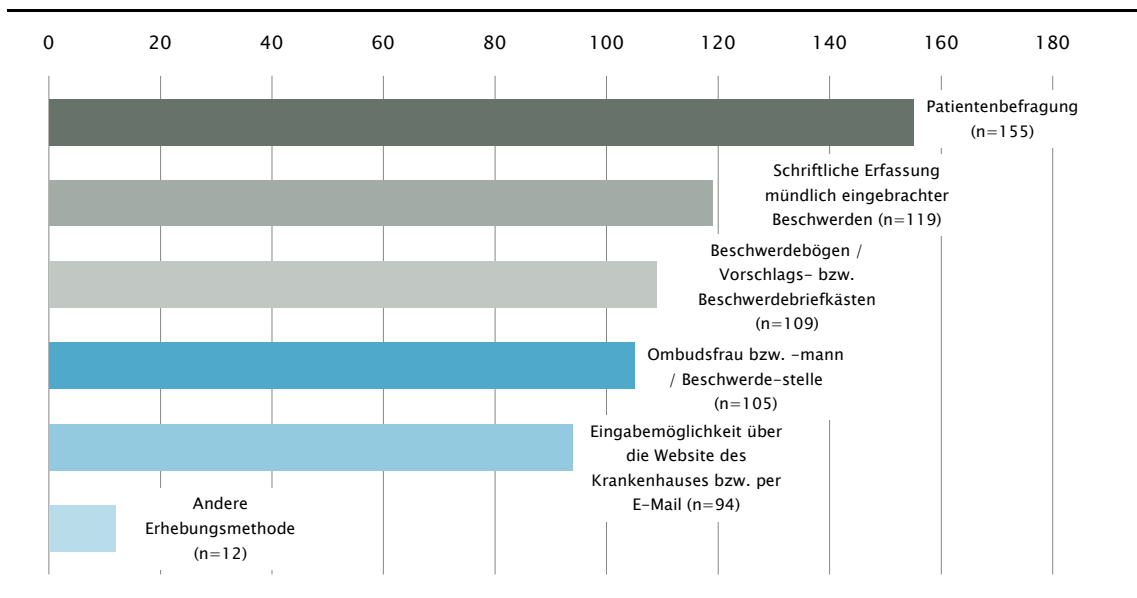
4.5.8.1 Erheben von Patientenbeschwerden und -vorschlägen

Vorschläge und Beschwerden der Patientinnen und Patienten werden in den Krankenhäusern unterschiedlich erhoben. Am häufigsten geschieht dies über Patientenbefragungen, die schriftliche Erfassung mündlich eingebrachter Beschwerden, Beschwerdebögen / Vorschlags- bzw. Beschwerdebriefkästen und Ombudsfrauen bzw. -männer / Beschwerdestellen. Andere Erhebungsmethoden verwenden 12 Häuser. Tendenziell werden alle Erhebungsinstrumente von gemeinnützigen Krankenhäusern öfters genutzt als von nicht-gemeinnützigen Krankenhäusern.

Abbildung 4.23:

Wie werden Vorschläge und Beschwerden der Patientinnen und Patienten erhoben?

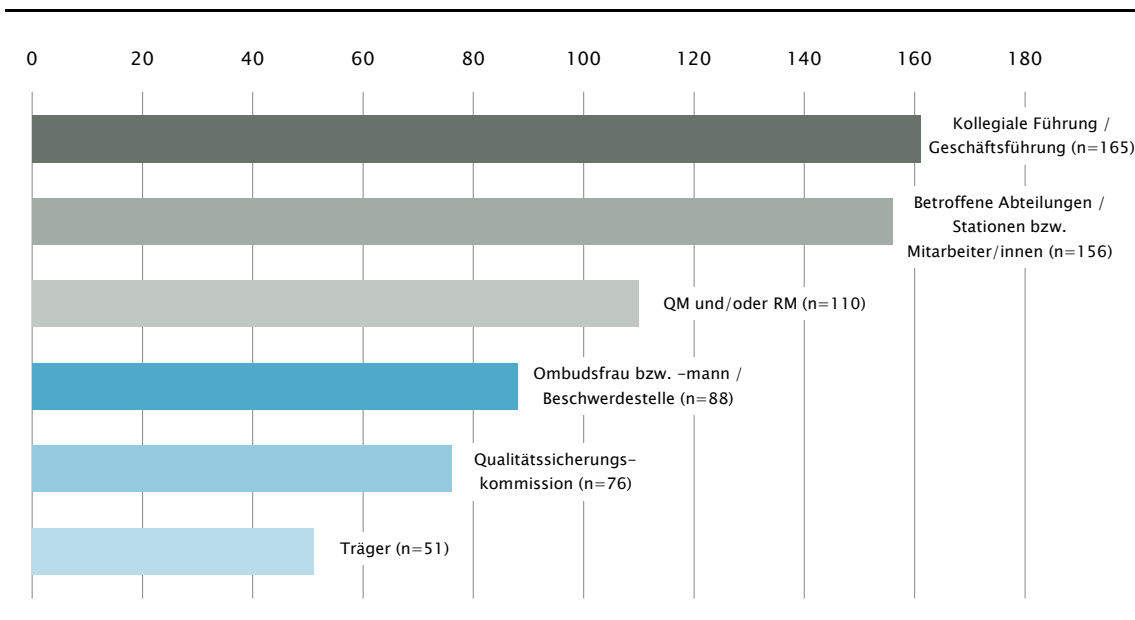
(n = 169, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Informationen über die erhobenen Vorschläge und Beschwerden ergehen in den Krankenhäusern primär an die kollegiale Führung / Geschäftsführung, die betroffenen Abteilungen/Stationen bzw. Mitarbeiter/innen und das Qualitäts- und/oder Risikomanagement.

Abbildung 4.24:
Informationen zu Vorschlägen und Beschwerden der Patientinnen und Patienten ergehen an folgende Stellen (n = 169, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Von 148 Häusern (88 %) erhalten Patientinnen und Patienten eine individuelle Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden (mit Ausnahme von anonymen Meldungen): und zwar zu sonstigen schriftlich eingebrachten Vorschlägen und Beschwerden (aus 138 Häusern), zu Anregungen, die über die Website bzw. per E-Mail eingereicht werden (aus 113 Häusern) und zu solchen, die über Beschwerdebögen / Vorschlags- bzw. Beschwerdebriefkästen eingebracht werden (aus 87 Häusern). 5 Häuser (3 %) planen die Einführung einer individuellen Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden.

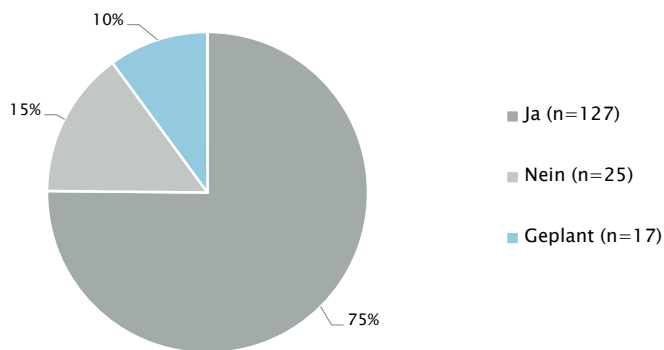
4.5.8.2 Strukturiertes Beschwerdemanagement

127 Krankenhäuser (75 %) haben ein strukturiertes Beschwerdemanagement / Feedbackmanagement, d. h. ein systematisches Vorgehen zur Bearbeitung von Beschwerden, implementiert und 17 Häuser planen eine Einführung.

Auch hier gibt es Unterschiede hinsichtlich der Krankenhaus-Typen: 80 Prozent der gemeinnützigen Krankenhäuser haben ein strukturiertes Beschwerdemanagement/Feedbackmanagement eingerichtet, bei den nicht-gemeinnützigen Einrichtungen sind es knapp 55 Prozent.

Abbildung 4.25:

Gibt es ein strukturiertes Beschwerdemanagement/Feedbackmanagement? (n = 169)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

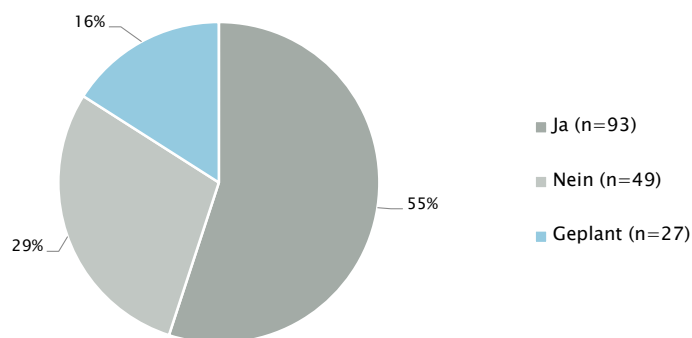
4.5.8.3 Betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement

93 Krankenhäuser (55 %) geben an, ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen eingerichtet zu haben, in 27 Häusern ist dies in Planung.

61 Prozent der gemeinnützigen Häuser und 36 Prozent der nicht-gemeinnützigen Einrichtungen haben ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement eingerichtet.

Abbildung 4.26:

Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen? (n = 169)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.5.9 Hausübergreifende Qualitätsprojekte

Qualitätssicherung findet in den Krankenhäusern meist nicht nur hausintern statt – 145 Krankenhäuser (86 %) nehmen an hausübergreifenden Qualitätsprojekten teil. Die gemeinnützigen erreichen eine Teilnahmequote von 97 Prozent, die nicht-gemeinnützigen Krankenhäuser von 39 Prozent.

99 Krankenhäuser nehmen an Qualitätsregistern laut Österreichischem Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2010 (für das Berichtsjahr 2012 wurde die rezente Version berücksichtigt) teil. 61 Krankenhäuser nehmen am Herzschrittacher-, ICD- und Loop-Recorder-Register (lt. MPG), 51 Häuser am Tumorregister, 48 am Geburtenregister, 41 Häuser am Register der Qualitätssicherung in der Allgemein-Chirurgie und 34 Häuser am Stroke-Unit-Register teil. Unter der Kategorie „sonstige Qualitätsregister“ wird von 41 Häusern die Teilnahme an weiteren Registern genannt, wie z. B.: Hernienregister, Herzkatheterregister, Herzinfarktregister, Österreichisches Implantatregister, Endometrioseregister, Diabetesregister, Register der Österreichischen Gesellschaft für Chirurgische Onkologie und Register der Österreichischen Gesellschaft für Gefäßchirurgie.

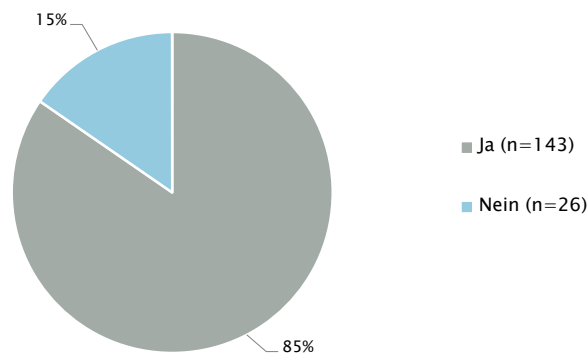
141 Krankenhäuser nehmen an weiteren Qualitätsprojekten teil. Am häufigsten werden genannt: Ringversuche (Labor), Projekte zu Patientensicherheit und Risikomanagement, A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators, Projekte zu Kennzahlensystemen und Benchmarking, Qualitätssicherung mit Routinedaten), KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) und Projekte zum Nahtstellenmanagement.

22 Krankenhäuser nehmen an den Wettbewerben/Ausschreibungen zu Qualitätspreisen teil. Folgende wurden unter anderem genannt: Golden Helix Award, SALUS – Steirischer Qualitätspreis Gesundheit, G'scheit essen – Qualitätspreis der Landwirtschaftskammer STMK, Gesundheitspreis der Stadt Wien bzw. der Stadt Linz, Wettbewerb für integrierte Versorgung FH OÖ, AHOP-Förderpreis, TELEIOS – Preis für Innovation, Qualität und Nachhaltigkeit in der Österreichischen Altenpflege, österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) und EFQM-AQA.

Die Kategorie „sonstige“ Qualitätsprojekte wurde von 33 Häusern gewählt.

Abbildung 4.27:

Teilnahme an hausübergreifenden Qualitätsprojekten (n = 169, Mehrfachnennungen möglich)

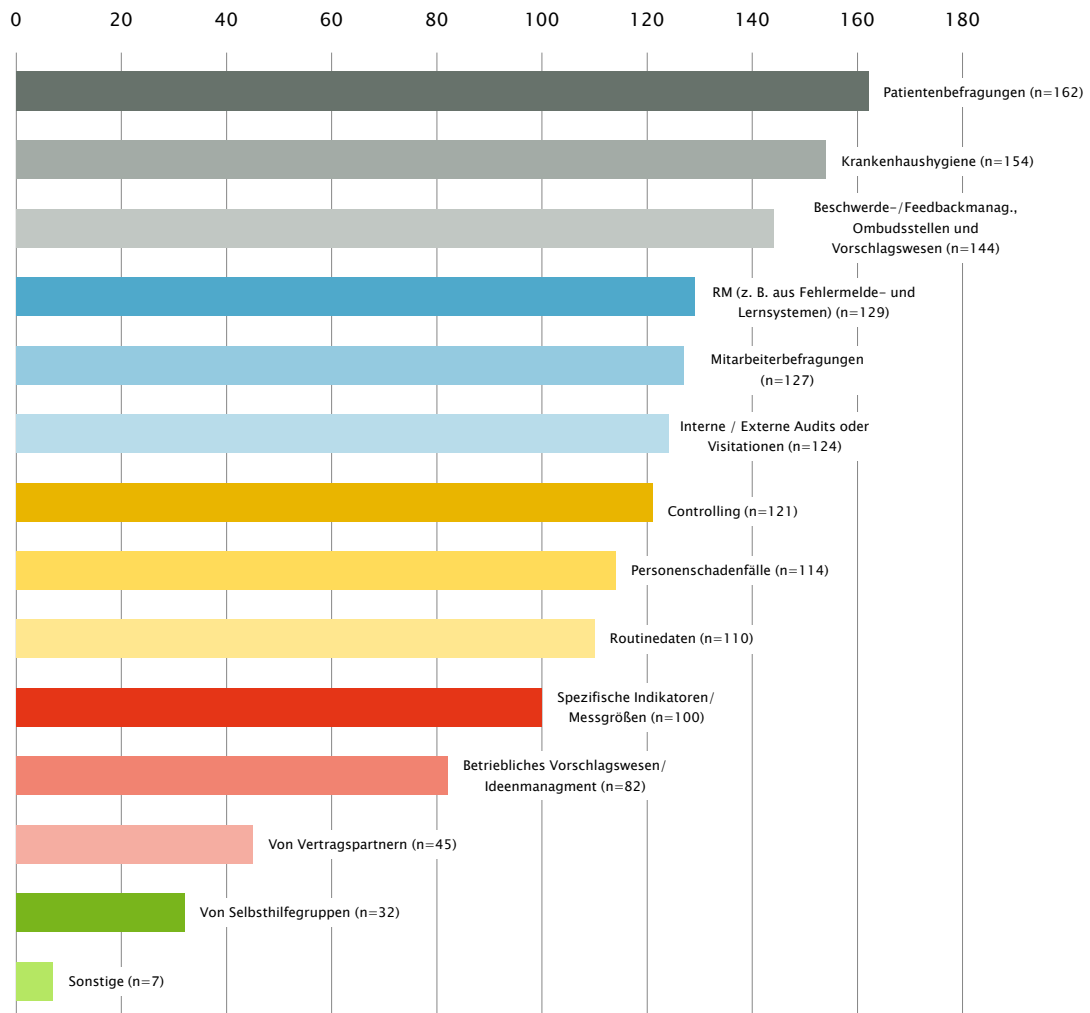


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.5.10 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

In den Krankenhäusern werden kontinuierliche Verbesserungsprozesse initiiert, die auf unterschiedlichen Daten, Auswertungen oder Informationen basieren. Am häufigsten werden hierfür Daten aus Patientenbefragungen, Krankenhaushygiene, Beschwerde-/Feedbackmanagement, Ombudsstellen und Vorschlagswesen, Risikomanagement (z. B. aus Fehlermelde- und Lernsystemen) und Mitarbeiterbefragungen verwendet.

Abbildung 4.28:
 Daten, Auswertungen oder Informationen, auf deren Basis kontinuierliche
 Verbesserungsprozesse initiiert werden (n = 169, Mehrfachantworten möglich)

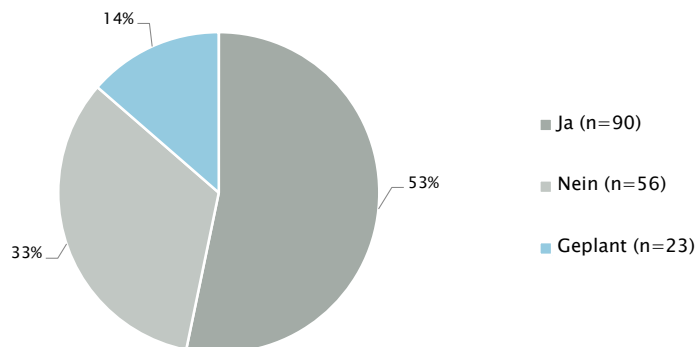


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In 90 Krankenhäusern (53 %) ist das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses verankert, weitere 14 Prozent planen die Implementierung eines solchen.

Abbildung 4.29:

Ist in den Krankenhäusern das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert? (n = 169)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die höchste Implementierungs-Quote erreichen gemeinnützige Krankenhäuser mit 59 Prozent, nicht-gemeinnützige Häuser liegen mit 30 Prozent darunter. Weitere 30 Prozent der Sanatorien und neun Prozent der gemeinnützigen Krankenhäuser planen die Verankerung des Modells/Konzepts eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

4.6 Patientensicherheit und Risikomanagement

4.6.1 Instrumente des Risikomanagements

Im Erhebungsjahr war in 140 Krankenhäusern (83 %) zumindest ein Instrument des Risikomanagements in Verwendung und in 65 Häusern (38 %) war die Implementierung mindestens eines (weiteren) Instruments in Planung.

Von den gemeinnützigen Krankenhäusern haben 91 Prozent Risikomanagement-Instrumente in Verwendung (im Bereich der Maximalversorgung und erweiterten Versorgung sind es sogar 100 %), bei nicht-gemeinnützigen Häusern sind es 48 Prozent.

Am häufigsten kommen sowohl in den gemeinnützigen als auch in den nicht-gemeinnützigen Krankenhäusern Checklisten für ein strukturiertes Vorgehen in besonders gefahrgeneigten Situationen (z. B. Notfall-Checkliste) gefolgt von hausinternen/trägerinternen Fehlermelde- und Lernsystemen (Reporting & Learning-Systeme) und Risiko- und Fehleranalyse zum Einsatz.

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.

Unter dem Punkt „Sonstige“ wurden unter anderem folgende Instrumente des Risikomanagements genannt: Team-Time-Out-Sign-Out, perioperative Checkliste, Fehlermöglichkeits- und Einfluss-Analyse (FMEA-Analyse), Risikobeurteilung, Ursachenanalyse bei Sentinel-Events, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, Checkliste postoperativer Hautirritationen.

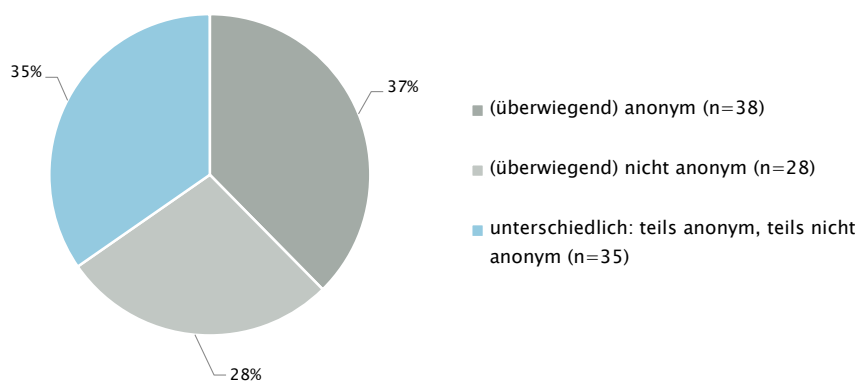
Tabelle 4.5:
Instrumente des Risikomanagements (n = 140, Mehrfachantworten möglich)

Instrument	In Verwendung	Geplant
Checklisten für ein strukturiertes Vorgehen in besonders gefahrgeneigten Situationen (z. B. OP-Checkliste der WHO)	118	13
Haus-/trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme	101	24
Risikoanalyse	89	16
Fehleranalyse (z. B. anhand des London-Protokolls)	51	10
Übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at)	48	25
Sonstige	14	-

Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In Fehlermelde- und Lernsysteme wird (überwiegend) anonym (38 Häuser) gemeldet, 28 Häuser melden (überwiegend) nicht anonym, 35 Häuser unterschiedlich, d. h. teils anonym, teils nicht anonym.

Abbildung 4.30:
Art der Meldung bei hausinternen/trägerinternen Fehlermelde- und Lernsystemen (n = 101)

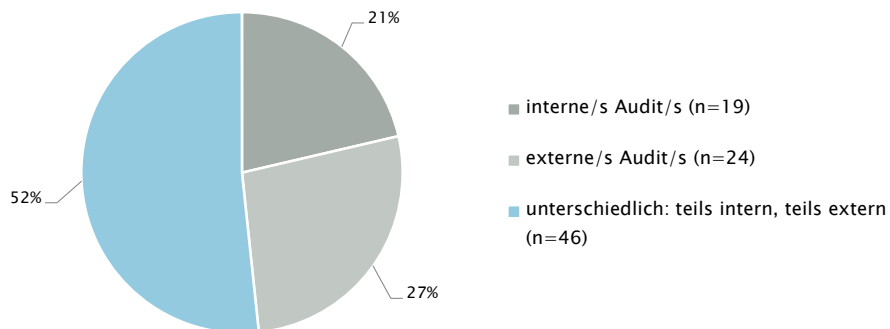


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Risikoanalysen werden in der Mehrheit der Häuser mit Hilfe interner und/oder externer Audits durchgeführt (46 Häuser). Zum Teil werden diese ausschließlich mit Hilfe von externen

Audits durchgeführt (24 Häuser). Einige (19 Häuser) führen die Risikoanalyse ausschließlich mittels interner Audits durch.

Abbildung 4.31:
Art der Durchführung von Risikoanalysen (n = 89)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Bei den in Planung befindlichen Instrumenten des Risikomanagements kommen am häufigsten folgende zum Einsatz: Übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at), hausinterne/trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme (Reporting & Learning-Systeme) und Risikoanalyse.

4.6.2 Konzepte für Risikomanagement

In 110 Krankenhäusern (65 %) gibt es ein Konzept für Risikomanagement, also ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern. Weitere 41 Häuser (24 %) planen die Etablierung eines Konzeptes.

70 Prozent der gemeinnützigen Häuser haben ein Konzept für Risikomanagement eingerichtet, bei den nicht-gemeinnützigen Krankenhäusern sind es 45 Prozent. 24 Prozent der gemeinnützigen Häuser und 9 Prozent der nicht-gemeinnützigen Krankenhäuser planen die Implementierung eines solchen Konzeptes.

4.6.3 Einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements

Die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements gestaltet sich in den Krankenhäusern unterschiedlich. In 88 Häusern wird diese Aufgabe von mehreren Stellen gleichzeitig wahrgenommen, in den anderen 81 Häusern von einer Stelle.

Koordinierende Stellen

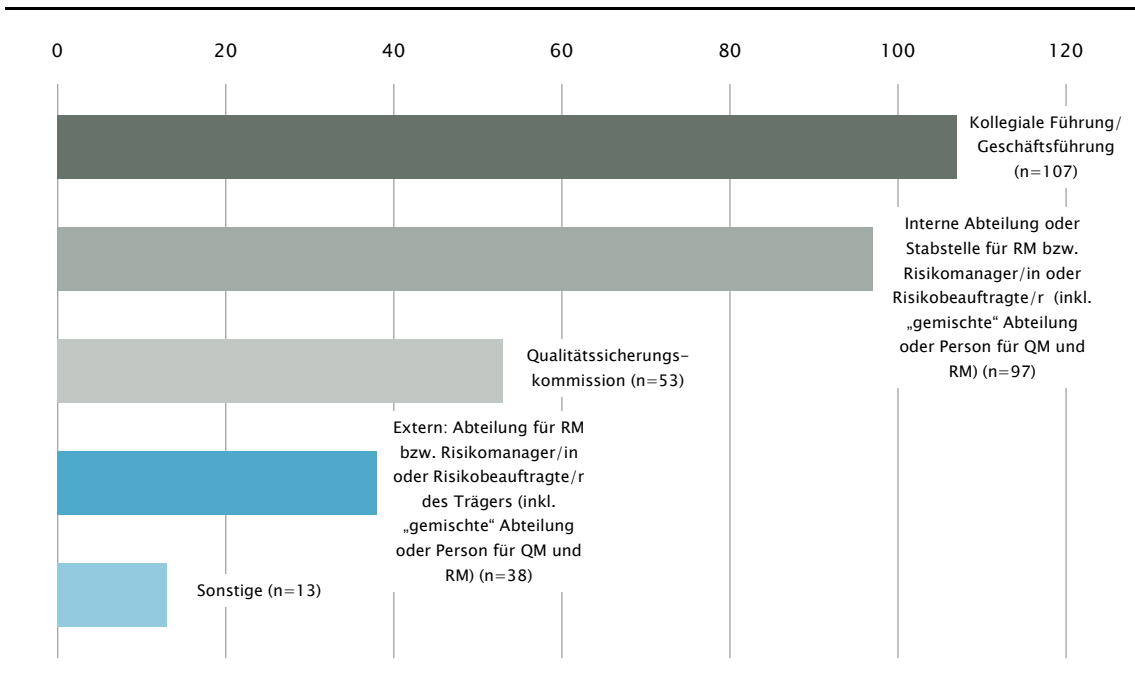
In 35 Krankenhäusern erfolgt die einrichtungsweite Koordination ausschließlich über eine interne Abteilung oder Stabsstelle für Risikomanagement bzw. eine/n Risikomanager/in oder eine/einen Risikobeauftragte/n (inkludiert sind „gemischte Abteilungen“ oder Personen für QM und RM). In 32 Häusern übernimmt diese Aufgabe ausschließlich die kollegiale Führung / Geschäftsführung, in 5 Häusern die Qualitätssicherungskommission. In 2 Häusern koordiniert ausschließlich der Träger, d. h. eine eigene Abteilung für Risikomanagement bzw. eine/n Risikomanager/in oder eine/einen Risikobeauftragte/n des Trägers (inkludiert sind „gemischte Abteilungen“ oder Personen für QM und RM). Zusätzlich werden noch andere Stellen oder Abteilungen genannt, die die einrichtungsweite Koordination übernehmen, so wurden von 7 Häusern unter der Kategorie „Sonstige“ z. B. CIRPS-Vertrauensteam, Assistent/in der ärztlichen Direktorin /des ärztlichen Direktors, Risikomanager/in der Abteilungen oder ein eigenes RM-Team genannt.

In 88 Häusern übernehmen mehrere der oben genannten Stellen die Aufgabe der einrichtungsweiten Koordination des Risikomanagements. Zusätzlich sind noch in einigen Häusern andere Stellen oder Abteilungen in die Koordination eingebunden, so wurden unter der Kategorie „Sonstige“ z. B. Servicebereich Qualitätsförderung, Ärztlicher Direktor, CIRPS-Vertrauensteam und QM-Kernteam genannt.

Hier zeichnen sich hinsichtlich der Krankenhaus-Typen Unterschiede ab: in nicht-gemeinnützigen Einrichtungen gibt es seltener eine eigene Abteilung für Risikomanagement bzw. eine Risikomanagerin / einen Risikomanger (in 18 % der Häuser). Die gemeinnützigen Häuser haben demgegenüber zu 67 Prozent eigene Abteilungen bzw. Risikomanager/innen. In nicht-gemeinnützigen Krankenhäusern wird dies zum Großteil von der kollegialen Führung wahrgenommen (85 %), während der Anteil bei gemeinnützigen Krankenhäusern mit 58 Prozent deutlich darunter liegt.

Abbildung 4.32:

Einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements in den Krankenhäusern
(n = 169, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Vollzeitäquivalente und Köpfe für die einrichtungswerte Koordination des Risikomanagement

52 (31 %) der 169 Einrichtungen können Vollzeitäquivalente (VZÄ) für die einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements in ihren Krankenhäusern beziffern. Davon sind 44 gemeinnützige und 8 nicht-gemeinnützige Krankenhäuser.

In Summe wurden von den Einrichtungen rund 60 VZÄ rückgemeldet, die Angaben reichen von 0,1 bis 7,5 VZÄ. Die 60 VZÄ verteilen sich auf insgesamt auf 129 Personen (Köpfe), die Angaben reichen von einer Person bis hin zu 12 Personen pro Haus.

Nachstehende Tabelle zeigt die durchschnittlichen Vollzeitäquivalenten für die einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements nach Krankenhausgröße. Große Häuser mit 500 bis 999 Betten stellen im Schnitt die meisten Vollzeitäquivalente für die Koordination des Risikomanagements bereit.

Tabelle 4.6:

Vollzeitäquivalente für die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements nach Größe des Akutspitals (n = 52)

Größe des Akutspitals nach Bettenanzahl	Stellen (in VZÄ) für die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements	Anzahl der Häuser	Durchschnittliche VZÄ je KH-Bettengruppe
1 bis 99 Betten	9	6	1,5
100 bis 199 Betten	13	20	0,6
200 bis 299 Betten	13	7	1,8
300 bis 499 Betten	9	8	1,1
500 bis 999 Betten	13	6	2,1
1000 Betten und mehr	4	3	1,2
Mehrfachstandort	1	2	0,5
Gesamtergebnis	60	52	1,2

Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Hinsichtlich Krankenhaus- Typen gibt es hier deutliche Unterschiede: 51 Prozent der Sonderkrankenanstalten und 52 Prozent der Sanatorien machten Angaben zu Vollzeitäquivalenten, während 75 Prozent der Maximalversorgungshäuser diese beziffern können.

117 Häuser (69 %) können zu den VZÄ keine Angaben machen, 112 der Häuser können aber die Anzahl der Personen (Köpfe) angeben, die mit der einrichtungsweiten Koordination von Risikomanagement betraut sind. Gesamt wurden hierfür 538 Personen genannt, die Angaben sprechen von einer Person bis hin zu 65 Personen. Nachstehende Tabelle zeigt die Anzahl der Personen (Köpfe) für die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit nach Krankenhausgröße.

Tabelle 4.7:

Anzahl der Personen (Köpfe) für die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements nach Größe des Akutspitals (n = 117)

Größe des Akutspitals nach Bettenanzahl	Anzahl der Personen (Köpfe) für die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements	Anzahl der Häuser	Durchschnittliche Köpfe je KH-Bettengruppe
1 bis 99 Betten	67	25	2,7
100 bis 199 Betten	180	39	4,6
200 bis 299 Betten	80	19	4,2
300 bis 499 Betten	54	11	4,9
500 bis 999 Betten	129	13	9,9
1000 Betten und mehr	15	5	3,0
Mehrfachstandort	13	5	2,6
Gesamtergebnis	538	117	4,6

Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In Summe wurden von den 164 rückmeldenden Krankenhäusern, die Angaben zu den Personen machen können, 667 Personen (Köpfe) für die einrichtungsweiten Koordination des Risikomanagements gemeldet.

5 Häuser geben weder VZÄ noch eine Personenzahl (Köpfe) für die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements in der Einrichtung bekannt.

4.6.4 Risikomanagement–Ansprechpersonen in Abteilungen

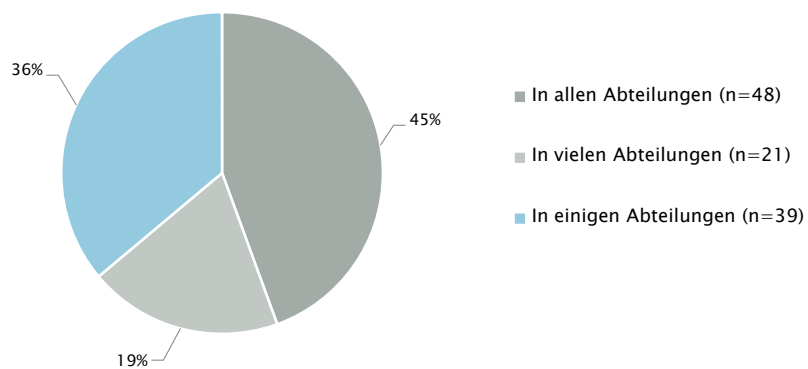
108 Krankenhäuser (64 %) geben an, Ansprechpersonen für das Risikomanagement in Abteilungen definiert zu haben. Davon haben 48 Häuser Ansprechpersonen in allen Abteilungen des Hauses.

In gemeinnützigen Einrichtungen (70 %) sind häufiger Risikomanagement–Ansprechpersonen in Abteilungen definiert als in nicht–gemeinnützigen (39 %). Am häufigsten gibt es Ansprechpersonen in Häusern der Basisversorgung (72 %).

45 Prozent der gemeinnützigen Häuser haben Ansprechpersonen in allen Abteilungen definiert, bei nicht–gemeinnützigen Krankenhäusern sind es 38 Prozent.

Abbildung 4.33:

In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartner/innen für Risikomanagement?
(n = 108)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.6.5 Risikomanagement–Ausbildung

93 Krankenhäuser (75 %) können die genaue Anzahl der mit spezieller Risikomanagement–Ausbildung in ihrem Haus tätigen Mitarbeiter/innen angeben. Gemeinnützige Krankenhäuser können dies zu 62 Prozent und nicht–gemeinnützigen Krankenhäuser zu 27 Prozent. Insgesamt sind dies 799 Personen. Der Durchschnitt liegt bei 8,6 Personen pro Haus. Die Antworten zeigen eine breite Streuung, die angegebene Personenzahl liegt zwischen 1 und 71 Personen pro Haus.

11 Häuser beschäftigen mehr als 20 Personen mit spezieller Risikomanagement–Ausbildung, wobei 8 Häuser den Krankenhaus–Typen ‚erweiterte Versorgung‘ und ‚Maximalversorgung‘ zuzuordnen sind. 42 Häuser gaben an, keine Mitarbeiter mit Risikomanagement–Ausbildung beschäftigt zu haben, 19 Häuser davon sind Sanatorien.

34 Krankenhäuser konnten die genaue Zahl der Mitarbeiter/innen nicht eruieren und gaben daher eine Schätzung ab. Diese betrug in 26 Häusern 1–5 Personen, in 6 Häusern 6–10 Personen und in 2 Häusern mehr als 20 Personen.

5 Qualitätsprojekte

Um den Teilnehmerinnen und Teilnehmern an der Qualitätsplattform, dazu zählen Akutkrankenhäuser, stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Krankenanstaltenträger und anderen Einrichtungen (Sozialversicherungsträger, Bundesministerium für Gesundheit) die Möglichkeit zu geben, ausgewählte Projekte kurz vorstellen und beschreiben zu können, betreibt die Qualitätsplattform www.qualitaetsplattform.at eine Projektdatenbank.

Die Projekte werden von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern selbst in der Datenbank eingetragen. Ziel ist der Informations- und Wissenstransfer zwischen den Einrichtungen. Zu jedem Projekt besteht die Möglichkeit, einen kurzen Projektbericht als pdf-Datei herunterzuladen. In diesem Bericht ist/sind auch die Ansprechperson/en genannt, die für weitere Auskünfte zum Projekt kontaktiert werden kann/können.

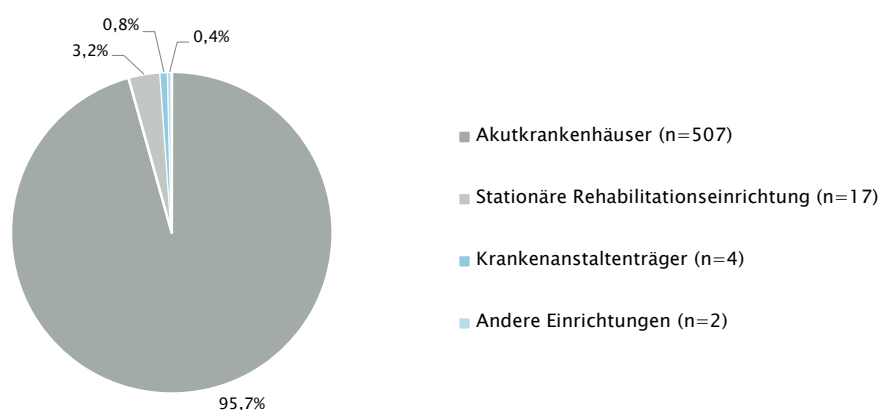
In Summe wurden bis zum Stichtag 12. April 2013 von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Qualitätsplattform 530 ausgewählte Projekte in der Projektdatenbank eingetragen.

5.1 Eintragende Einrichtungen

Der Großteil der 530 eingetragenen Projekte wurde von Akutkrankenhäusern eingetragen (95,7 %). 17 Projekte wurden von den stationären Rehabilitationseinrichtungen, 4 von Krankenanstaltenträger und 2 Projekte von anderen Einrichtungen eingetragen.

Abbildung 5.1:

Einrichtungen und Anzahl der Projekte, die in die Projektedatenbank eingetragen wurden (n=530)

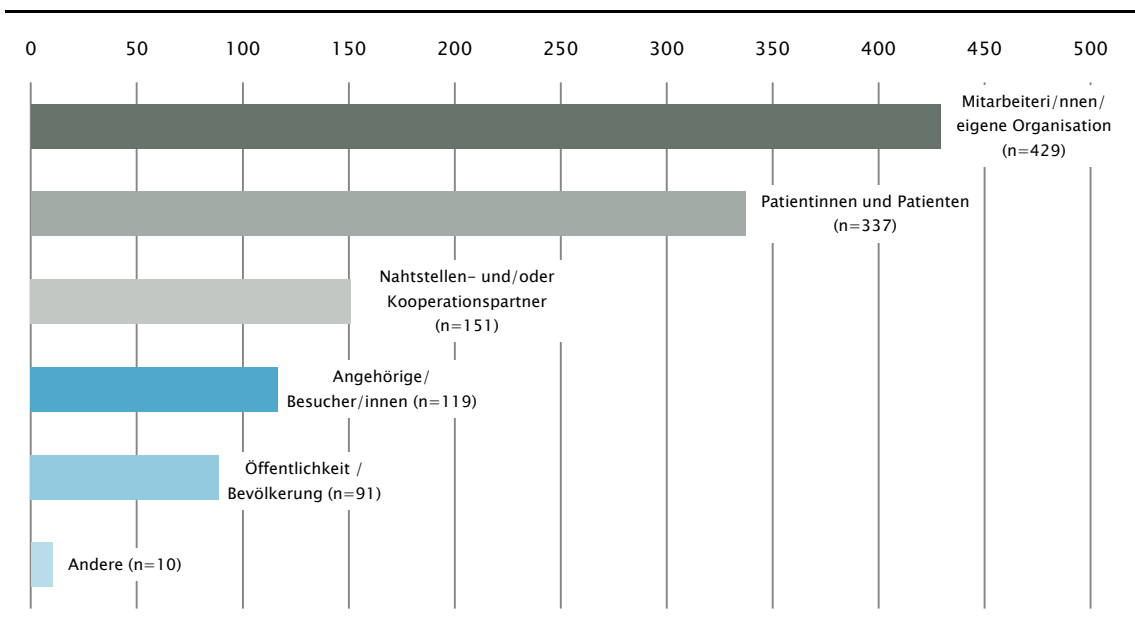


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

5.2 Zielgruppe/n

Die meisten auf der Qualitätsplattform eingetragenen Projekte haben die Mitarbeiter/innen bzw. die eigene Organisation und Patientinnen und Patienten als Zielgruppen. Rund zwei Prozent der Projekte wurden unter der Kategorie „Andere“ angeführt, z. B.: Land, Vorstand, externe Firmen, Medizintechnik, Drehscheibe für Hauskrankenpflege

Abbildung 5.2:
Zielgruppe/n der Projekte (n = 530, Mehrfachantworten möglich)

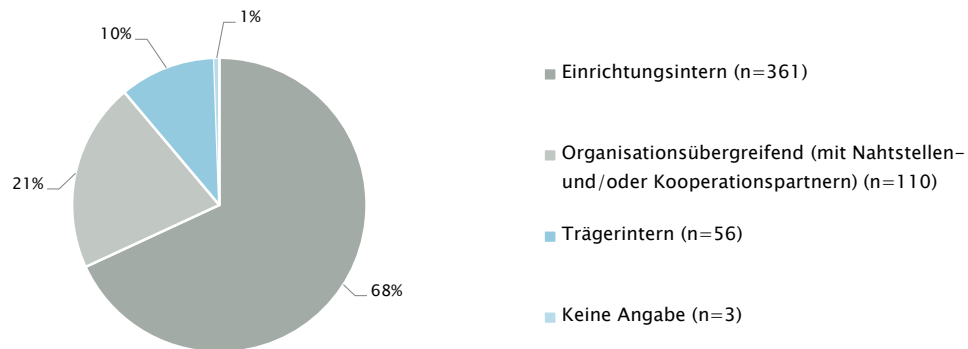


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

5.3 Reichweite

361 Projekte betreffen die eigene Einrichtung, 110 Projekte wurden organisationsübergreifend (mit Nahtstellen- und/oder Kooperationspartnern) angelegt und 56 Projekte werden trägerintern abgewickelt. Bei 3 Projekten wurde zur Reichweite keine Angabe gemacht.

Abbildung 5.3:
Reichweite der Projekte (n = 530)

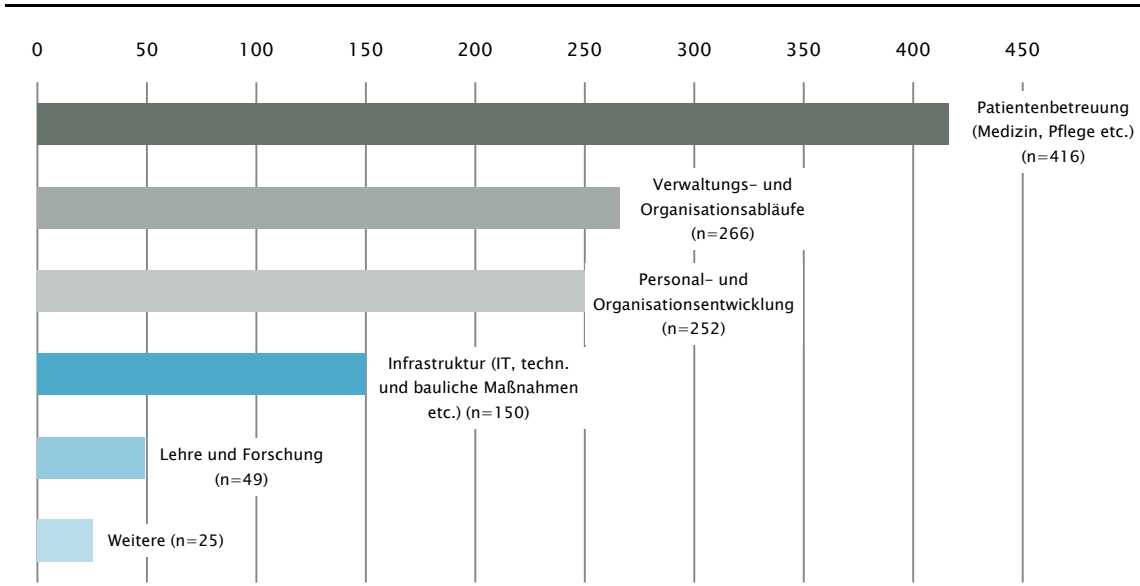


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

5.4 Inhaltliche Orientierung

Die meisten Projekte orientieren sich inhaltlich am Thema Patientenbetreuung. Häufig werden auch die Bereiche Verwaltungs- und Organisationsabläufe sowie Personal- und Organisationsentwicklung genannt. Rund fünf Prozent der Projekte wurden unter der Kategorie „Weitere“ angeführt, z. B.: Gesundheitsförderung, Informationsmanagement, Mitarbeitersicherheit, Qualität, Hospitalität und Seelsorge.

Abbildung 5.4:
Inhaltliche Ausrichtung der Projekte (n = 530, Mehrfachantworten möglich)

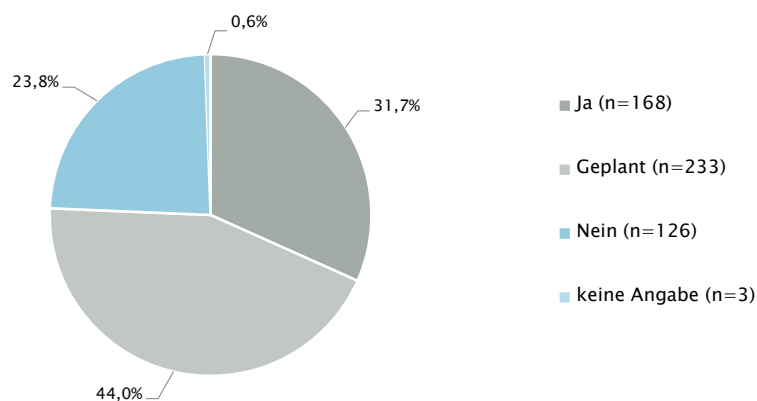


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

5.5 Projektevaluierung

Rund 32 Prozent der eingegebenen Projekte wurden bereits evaluiert, für weitere 44 Prozent ist dies vorgesehen.

Abbildung 5.5:
Projektevaluierung (n = 530)

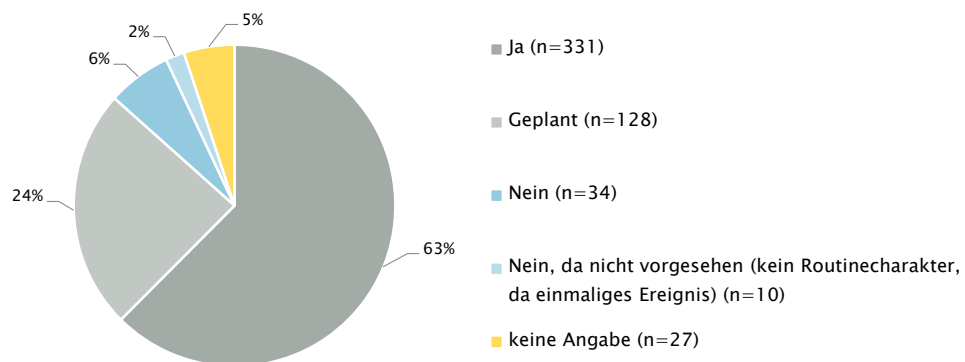


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

5.6 Projektstatus und Übergang in den Routinebetrieb

Rund 63 Prozent 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). Für etwa 25 Prozent ist die Überführung in die Routine geplant.

Abbildung 5.6:
Übergang in den Routinebetrieb (n = 530)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Literatur

Domittner, Brigitte; Geißler, Wolfgang; Knauer, Christine (2011): Qualitätssysteme in österreichischen Krankenanstalten. Mai 2011. Aufl., Bundesministerium für Gesundheit, BIQG

Gesundheitsqualitätsgesetz: Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG), BGBl. I Nr. 179/2004, in der geltenden Fassung.

GÖG/BIQG (2010): Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen. Gesundheit Österreich GmbH / Bundesinstitut für Qualität (GÖG/BIQG) im Auftrag der Bundesgesundheitskommission (BGK), Wien

KAKuG: Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957, in der geltenden Fassung.

Lerchner, Martina; Gleichweit, Sonja; Kern, Reinhard; Nowak, Peter (2012): Sektorenübergreifende Patientenbefragung. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG, Wien

Zielsteuerung–Gesundheit, Art. 15a B–VG: Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG Zielsteuerung–Gesundheit

Anhang

Anhang 1: Teilnehmende Akutkrankenhäuser

Anhang 2: Fragebogen zu Qualitätsstrukturen und -arbeit

Anhang 3: Fragebogen zu Projekten

Anhang 1

Teilnehmende Akutkrankenhäuser

Tabelle 1:

Teilnehmende Krankenhäuser nach Bundesländern und Krankenanstalten-Kategorie

Bundesland	Krankenhaus	Krankenanstalten-Kategorie
Burgenland	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt	Erweiterte Versorgung
Burgenland	Krankenhaus Güssing	Basisversorgung
Burgenland	Krankenhaus Oberwart	Erweiterte Versorgung
Burgenland	Krankenhaus Oberpullendorf	Basisversorgung
Burgenland	Ladislaus Batthyany-Strattmann Krankenhaus Kittsee	Basisversorgung
Kärnten	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit	Basisversorgung
Kärnten	Krankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt	Basisversorgung
Kärnten	Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach	Basisversorgung
Kärnten	Krankenhaus Spittal an der Drau	Basisversorgung
Kärnten	Landeskrankenhaus Klagenfurt	Maximalversorgung
Kärnten	Landeskrankenhaus Laas mit angeschlossener Heilstätte	Sonderkrankenanstalten
Kärnten	Landeskrankenhaus Villach	Erweiterte Versorgung
Kärnten	Landeskrankenhaus Wolfsberg	Basisversorgung
Kärnten	Öffentliches Krankenhaus Waiern, Feldkirchen	Sonderkrankenanstalten
Kärnten	Privatklinik Maria Hilf Klagenfurt	Sanatorien
Kärnten	Privatklinik Villach	Sanatorien
Kärnten	Sonderkrankenhaus de La Tour	Sonderkrankenanstalten
Kärnten	Unfallkrankenhaus Klagenfurt	Sonderkrankenanstalten
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Amstetten-Mauer	Sonderkrankenanstalten
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Baden	siehe Doppelstandort
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Gmünd	siehe Doppelstandort
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Hainburg	Basisversorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Hohegg	Sonderkrankenanstalten
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Hollabrunn	Basisversorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Horn-Allentsteig	Erweiterte Versorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Klosterneuburg	Basisversorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Korneuburg-Stockerau	Basisversorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Krems	Erweiterte Versorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Lilienfeld	siehe Doppelstandort
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Melk	Basisversorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Mistelbach	Erweiterte Versorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Mödling	Erweiterte Versorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Neunkirchen	Basisversorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Scheibbs	Basisversorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus St. Pölten	Maximalversorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Tulln	Erweiterte Versorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Waidhofen/Thaya	siehe Doppelstandort
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Waidhofen/Ybbs	Basisversorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Wiener Neustadt	Erweiterte Versorgung
Niederösterreich	Landeskrankenhaus Zwettl	Erweiterte Versorgung
Niederösterreich	Psychosomatisches Zentrum Waldviertel Eggenburg	Sonderkrankenanstalten

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 1- Seite 2 von 4

Bundesland	Krankenhaus	Krankenanstalten-Kategorie
Oberösterreich	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz	Erweiterte Versorgung
Oberösterreich	Diakonissen-Krankenhaus Linz	Sanatorien
Oberösterreich	Klinikum Wels-Grieskirchen	Maximalversorgung
Oberösterreich	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz	Erweiterte Versorgung
Oberösterreich	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Vinzenz von Paul Linz	Erweiterte Versorgung
Oberösterreich	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Vinzenz von Paul Ried	Erweiterte Versorgung
Oberösterreich	Krankenhaus der Elisabethinen Linz	Erweiterte Versorgung
Oberösterreich	Krankenhaus St. Josef Braunau	Erweiterte Versorgung
Oberösterreich	Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz	Sonderkrankenanstalten
Oberösterreich	Landeskrankenhaus Bad Ischl	Basisversorgung
Oberösterreich	Landeskrankenhaus Freistadt	Basisversorgung
Oberösterreich	Landeskrankenhaus Gmunden	Basisversorgung
Oberösterreich	Landeskrankenhaus Kirchdorf an der Krems	Basisversorgung
Oberösterreich	Landeskrankenhaus Rohrbach	Basisversorgung
Oberösterreich	Landeskrankenhaus Schärding	Basisversorgung
Oberösterreich	Landeskrankenhaus Steyr	Erweiterte Versorgung
Oberösterreich	Landeskrankenhaus Vöcklabruck	Erweiterte Versorgung
Oberösterreich	Oberösterreichische Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg	Sonderkrankenanstalten
Oberösterreich	Öffentliche Sonderkrankenanstalt für Innere Medizin Sierning	Sonderkrankenanstalten
Oberösterreich	Privatklinik St. Stephan Wels	Sanatorien
Oberösterreich	Unfallkrankenhaus Linz	Sonderkrankenanstalten
Salzburg	Allgemein öffentliches Krankenhaus Mittersill des Landes Salzburg	Basisversorgung
Salzburg	Allgemein öffentliches Krankenhaus Tamsweg des Landes Salzburg	Basisversorgung
Salzburg	Aö Krankenhaus der Barmherzigen Brüder	Basisversorgung
Salzburg	Aö Krankenhaus Hallein	Basisversorgung
Salzburg	Aö Krankenhaus Oberndorf	Basisversorgung
Salzburg	Aö Krankenhaus Zell am See	Basisversorgung
Salzburg	Christian-Doppler-Klinik Salzburg – Universitätsklinikum der PMU	Sonderkrankenanstalten
Salzburg	Diakonissen-Krankenhaus Salzburg	Sanatorien
Salzburg	Dr. Pierer Sanatorium Salzburg	Sanatorien
Salzburg	Emco Privatklinik	Sanatorien
Salzburg	Kardinal Schwarzenberg´sches Krankenhaus	Erweiterte Versorgung
Salzburg	Klinik St. Barbara – Medizinisches Zentrum Bad Vigaun	Sanatorien
Salzburg	Krankenanstalt Altenmarkt	Sanatorien
Salzburg	Krankenanstalt Obertauern Dr. Aufmesser	Sanatorien
Salzburg	Landesklinik St. Veit	Sonderkrankenanstalten
Salzburg	Landeskrankenhaus Salzburg – Universitätsklinikum der PMU	Maximalversorgung
Salzburg	Privatklinik Ritzensee	Sanatorien
Salzburg	Privatklinik Wehrle Salzburg	Sanatorien
Salzburg	Sanatorium Oberthurnhof St. Jakob am Thurn	Sanatorien
Salzburg	Unfallkrankenhaus Salzburg	Sonderkrankenanstalten

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 1 – Seite 3 von 4

Bundesland	Krankenhaus	Krankenanstalten-Kategorie
Steiermark	Albert Schweitzer Klinik	Sonderkrankenanstalten
Steiermark	Allgemeines und Orthopädisches Landeskrankenhaus Stolzalpe	Sonderkrankenanstalten
Steiermark	Diakonissenkrankenhaus Schladming	Basisversorgung
Steiermark	Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie Bad Aussee	Sonderkrankenanstalten
Steiermark	Krankenanstaltenverbund Feldbach-Fürstenfeld	Basisversorgung
Steiermark	Krankenanstaltenverbund Mürrzusschlag-Mariazell	Basisversorgung
Steiermark	Krankenanstaltenverbund Rottenmann-Bad Aussee	Basisversorgung
Steiermark	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz	Basisversorgung
Steiermark	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg	Sonderkrankenanstalten
Steiermark	Krankenhaus der Elisabethinen Graz	Basisversorgung
Steiermark	Landeskrankenhaus Bad Radkersburg	Sonderkrankenanstalten
Steiermark	Landeskrankenhaus Bruck an der Mur	Erweiterte Versorgung
Steiermark	Landeskrankenhaus Deutschlandsberg	Basisversorgung
Steiermark	Landeskrankenhaus Graz-West	Basisversorgung
Steiermark	Landeskrankenhaus Hartberg	Basisversorgung
Steiermark	Landeskrankenhaus Hörgas-Enzenbach	Sonderkrankenanstalten
Steiermark	Landeskrankenhaus Leoben	Erweiterte Versorgung
Steiermark	Landeskrankenhaus Voitsberg	Basisversorgung
Steiermark	Landeskrankenhaus Wagner	Basisversorgung
Steiermark	Landeskrankenhaus Weiz	Basisversorgung
Steiermark	Landeskrankenhaus-Universitätsklinikum Graz	Maximalversorgung
Steiermark	Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz	Sonderkrankenanstalten
Steiermark	Marienkrankenhaus Voralpe	Basisversorgung
Steiermark	Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg	Sonderkrankenanstalten
Steiermark	Privatklinik der Kreuzschwestern	Sanatorien
Steiermark	Privatklinik Graz-Ragnitz	Sanatorien
Steiermark	Privatklinik Kastanienhof – Sanatorium für innere Erkrankungen Graz	Sanatorien
Steiermark	Privatklinik Leech	Sanatorien
Steiermark	Sanatorium für HNO-Krankheiten Dr. Edlinger Feldbach	Sanatorien
Steiermark	Sanatorium Hansa Gesellschaft mbH Graz	Sanatorien
Steiermark	Sanatorium St. Leonhard für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Sanatorien
Steiermark	Spitalsverbund Landeskrankenhaus Judenburg-Knittelfeld	Basisversorgung
Steiermark	Unfallkrankenhaus Graz	Sonderkrankenanstalten
Steiermark	Unfallkrankenhaus Kalwang	Sonderkrankenanstalten
Tirol	Bezirkskrankenhaus Kufstein	Erweiterte Versorgung
Tirol	Bezirkskrankenhaus Lienz	Erweiterte Versorgung
Tirol	Bezirkskrankenhaus Reutte	Basisversorgung
Tirol	Bezirkskrankenhaus Schwaz	Basisversorgung
Tirol	Bezirkskrankenhaus St. Johann in Tirol	Basisversorgung
Tirol	Krankenhaus St. Vinzenz Zams	Basisversorgung
Tirol	Kursana Sanatorium Wörgl	Sanatorien
Tirol	Landeskrankenhaus Hall in Tirol	Erweiterte Versorgung
Tirol	Landeskrankenhaus Hochzirl	Sonderkrankenanstalten
Tirol	Landeskrankenhaus Natters	Sonderkrankenanstalten
Tirol	Landeskrankenhaus Universitätsklinik Innsbruck	Maximalversorgung

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 1- Seite 4 von 4

Bundesland	Krankenhaus	Krankenanstalten-Kategorie
Tirol	Privatklinik Hochrum – Sanatorium der Kreuzschwestern Innsbruck	Sanatorien
Tirol	Sanatorium Kettenbrücke	Sanatorien
Vorarlberg	Chirurgie und Sport – Sanatorium Dr. Schenk	Sanatorien
Vorarlberg	Krankenhaus der Stadt Dornbirn	Basisversorgung
Vorarlberg	Krankenhaus Stiftung Maria–Ebene Frastanz	Sonderkrankenanstalten
Vorarlberg	Landeskrankenhaus Bludenz	Basisversorgung
Vorarlberg	Landeskrankenhaus Bregenz	Basisversorgung
Vorarlberg	Landeskrankenhaus Feldkirch	Erweiterte Versorgung
Vorarlberg	Landeskrankenhaus Hohenems	Basisversorgung
Vorarlberg	Landeskrankenhaus Rankweil	Sonderkrankenanstalten
Vorarlberg	Sanatorium Mehrerau Bregenz	Sanatorien
Vorarlberg	Unfallsanatorium Dr. Rhomberg	Sanatorien
Wien	Confraternität – Privatklinik Josefstadt	Sanatorien
Wien	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien	Maximalversorgung
Wien	Confraternität – Privatklinik Josefstadt	Sanatorien
Wien	Evangelisches Krankenhaus Wien	Basisversorgung
Wien	Hanusch–Krankenhaus Wien	Erweiterte Versorgung
Wien	Hartmannspital Wien	Basisversorgung
Wien	Herz Jesu–Krankenhaus	Basisversorgung
Wien	Kranken- und Entbindungsanstalt Goldenes Kreuz Wien	Sanatorien
Wien	Krankenanstalt der Stadt Wien – Rudolfstiftung	Erweiterte Versorgung
Wien	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien	Erweiterte Versorgung
Wien	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern	Basisversorgung
Wien	Krankenhaus Göttlicher Heiland	Basisversorgung
Wien	Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel	Erweiterte Versorgung
Wien	Krankenhaus St. Elisabeth	Basisversorgung
Wien	Lorenz Böhler–Krankenhaus	Sonderkrankenanstalten
Wien	Orthopädische Krankenanstalt der Stadt Wien – Gersthof	Sonderkrankenanstalten
Wien	Orthopädisches Spital Speising	Sonderkrankenanstalten
Wien	Privatklinik Döbling, International Vienna Health Center	Sanatorien
Wien	Privatkrankenhaus Rudolfinerhaus	Sanatorien
Wien	Sanatorium Hera	Sanatorien
Wien	Sanatorium Privatklinik Wien Währing	Sanatorien
Wien	Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe – Otto Wagner–Spital mit Pflegezentrum	Sonderkrankenanstalten
Wien	Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf, Krankenhaus und Geriatrie–zentrum	Basisversorgung
Wien	Sozialmedizinisches Zentrum Ost der Stadt Wien – Donauspital	Maximalversorgung
Wien	Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien	Sonderkrankenanstalten
Wien	Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Kaiser–Franz–Josef–Spital mit Gottfried von Preyer´schem Kinderspital	Erweiterte Versorgung
Wien	St. Anna–Kinderspital, Zentrum für Kinder– und Jugendheilkunde	Sonderkrankenanstalten
Wien	St. Josef–Krankenhaus	Basisversorgung
Wien	Unfallkrankenhaus Meidling	Sonderkrankenanstalten
Wien	Wiener Privatklinik	Sanatorien

Quelle: GÖG–BIQG–eigene Darstellung

Anhang 2
Fragebogen zu Qualitätsstrukturen und
-arbeit

1. ALLGEMEINE BESCHREIBUNG			
1.1 Krankenhaus:	(vorausgefüllt)	1.2 Gültig für das Jahr:	(vorausgefüllt)
1.3 Ansprechperson/en für Qualitätsfragen (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:
1.4 Ansprechperson/en zum Risikomanagement (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:
2. STRATEGISCHE VERANKERUNG DER QUALITÄTSARBEIT			
2.1 Ist in Ihrem Krankenhaus ein Leitbild definiert? <small>i Es zählt ein Leitbild des Krankenhauses oder auch jenes des Trägers, das für das Krankenhaus gilt. Leitbilder für einzelne Krankenhausbereiche oder Berufsgruppen (z.B. Pflegeleitbild) sind hier nicht gemeint.</small>			<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> In Erarbeitung
2.2 Ist in Ihrem Krankenhaus eine Qualitätsstrategie schriftlich festgelegt? <small>i Es zählt eine Qualitätsstrategie des Krankenhauses oder auch jene des Trägers, die für das Krankenhaus gilt.</small>	<input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> Nein	2.2.1 Sind konkrete Qualitätsziele aus der Qualitätsstrategie abgeleitet? <small>i Qualitätsziele leiten sich aus der Qualitätsstrategie ab und sollen den allgemeinen Kriterien (spezifisch, messbar, erreichbar, realistisch, terminisiert) genügen.</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		↓ 2.2.1.1 Falls ja, werden die Qualitätsziele evaluiert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
		2.2.2 Wird die Qualitätsstrategie den Mitarbeiter/innen kommuniziert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3. STRUKTURELLE VERANKERUNG DER QUALITÄTSARBEIT			
Qualitätssicherungskommission (QSK)			
3.1 Die QSK ist gesetzlich verankert. Sie besteht in Ihrem Krankenhaus aus Vertreterinnen und Vertretern folgender Berufsgruppen / Bereiche: (Mehrfachantworten möglich)	Berufsgruppen / Bereiche		Anzahl der Mitglieder (nur Hauptmitglieder ohne Vertretungen)
	<input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst (inkl. FA für Pathologie) <small>i FA für Pathologie im Oberösterreichischen Krankenanstaltengesetz und unter gewissen Bedingungen im Wiener Krankenanstaltengesetz als Mitglied vorgesehen</small>		
	<input type="checkbox"/> Pflegedienst		
	<input type="checkbox"/> Verwaltungsdienst (inkl. Qualitäts-, Risikomanagement, Technischer Dienst, Wirtschaftsbereich etc.)		
	<input type="checkbox"/> Medizinisch-technische Dienste		
	<input type="checkbox"/> Psychologischer oder psychotherapeutischer Dienst		
	<input type="checkbox"/> Hygieneteam		
	<input type="checkbox"/> Nur für Universitätskliniken: Vertreter/in des Rektorats bzw. Universitätsprofessor/in		
	<input type="checkbox"/> Rechtsträger		
	<input type="checkbox"/> Betriebsrat / Personalvertretung		
<input type="checkbox"/> Sonstige			

3.2 Gibt es eine Geschäftsordnung für die QSK? i Die Geschäftsordnung eines Gremiums ist die Zusammenfassung aller Verfahrensregelungen, nach denen Sitzungen und Versammlungen dieses Gremiums abzulaufen haben.		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3.3 Welche Informationen bekommt die QSK regelmäßig? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen (z. B. Patienten- / Mitarbeiterbefragungen) <input type="checkbox"/> Statistiken über im Haus erfasste Komplikationen (z. B. nosokomiale Infektionen, Wundinfektionen, Stürze) <input type="checkbox"/> Informationen über Beschwerden (z. B. von der Patientenadvokatur, Ombudsstelle) <input type="checkbox"/> Informationen aus dem Risikomanagement (z.B. aus Fehlermelde- und Lernsystemen) <input type="checkbox"/> Informationen über Schadenfälle (z. B. Meldungen bei der Haftpflichtversicherung) <input type="checkbox"/> Kennzahlen, Qualitätsindikatoren (z.B. aus QM-System oder dem Controlling) <input type="checkbox"/> Informationen aus dem betrieblichen Vorschlagswesen und kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) <input type="checkbox"/> Informationen über laufende Projekte (inkl. bauliche Maßnahmen) <input type="checkbox"/> Sonstige	
Einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit		
3.4 Wer koordiniert die Qualitätsarbeit? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Interne Abteilung oder Stabstelle für Qualität bzw. Qualitätsmanager/in oder Qualitätsbeauftragte/r (inkl. „gemischte“ Abteilung oder Person für QM und RM) <input type="checkbox"/> Kollegiale Führung / Geschäftsführung <input type="checkbox"/> Assistenz der ärztlichen Leitung NEU <input type="checkbox"/> Qualitätssicherungskommission <input type="checkbox"/> Extern: Abteilung für Qualität bzw. Qualitätsmanager/in oder Qualitätsbeauftragte/r des Trägers (inkl. „gemischte“ Abteilung oder Person für QM und RM) <input type="checkbox"/> Sonstige, welche: _____	
3.4.1 Wie viele Stellen (in VZÄ) sind für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit in Ihrem Haus besetzt (fixe Widmung z.B. in einem Stellenplan)? i Die Maßeinheit für die fiktive Anzahl von Vollzeitbeschäftigten einer Organisationseinheit bei Umrechnung aller Teilzeitarbeitsverhältnisse in Vollzeitarbeitsverhältnisse. Beispiel: 3 Halbtagsstellen und 2 Ganztagsstellen ergeben 3,5 Vollzeitäquivalente. Diese Information wird automatisch aus der Kostenstellenstatistik übernommen. (Bitte tragen Sie hier NICHT '0', 'keine' oder ähnliches ein, sondern haken Sie stattdessen das Feld 'VZÄ nicht ermittelbar' an!) Wenn die Koordination ausschließlich über 'extern' erfolgt, bitte 'nicht ermittelbar' eintragen.	<input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> nicht ermittelbar	3.4.2 Auf wie viele Personen (Köpfe) verteilt sich die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit in Ihrem Haus? (Auch wenn die VZÄ nicht ermittelbar sind, bitte trotzdem die Anzahl der Personen angeben, die mit dieser Aufgabe betraut sind.) info: Wenn die Koordination ausschließlich über 'extern' erfolgt, bitte '0' eintragen.
Qualitätsansprechpartner/innen in Abteilungen und QM-Ausbildung		
3.5 Gibt es in den Abteilungen definierte Ansprechpartner/innen für Qualitätsarbeit? i Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sind von der KOFÜ / Leitung nominiert und die Aufgaben sind in der Stellenbeschreibung verankert. Bei einer Universitätsklinik ist der Begriff der „Abteilung“ mit dem einer „Klinik“ gleichzusetzen.	<input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> In allen Abteilungen <input type="radio"/> In vielen Abteilungen <input type="radio"/> In einigen Abteilungen <input type="radio"/> Nein	
3.6 Wie viele Mitarbeiter/innen in Ihrem Krankenhaus haben eine spezielle Qualitätsmanagement-Ausbildung? i Mit spezieller Ausbildung ist ein abgeschlossenes Diplom (z. B. Qualitätsbeauftragte/r, Qualitätsmanager/in, Auditor/in etc.) oder eine dem gleich zu setzende, zumindest einwöchige Ausbildung gemeint.	<input type="radio"/> Niemand <input type="radio"/> Genaue Zahl ist ermittelbar: _____ <input type="radio"/> Genaue Zahl ist nicht ermittelbar, bitte geben Sie eine Schätzung ab: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1–5 Personen <input type="radio"/> 6–10 Personen <input type="radio"/> 11–20 Personen <input type="radio"/> > 20 Personen 	

4. QUALITÄTSMODELLE IN IHREM KRANKENHAUS																
4.1 Sind allgemeine Qualitätsmodelle (ISO, EFQM, KTQ etc.) in Ihrem Krankenhaus implementiert bzw. geplant? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="radio"/> Ja →	Welche allgemeinen Qualitätsmodelle? (Mehrfachantworten möglich)														
		<table border="1"> <tr> <td> ISO (International Organization for Standardization) </td> <td> <input type="checkbox"/> Implementiert <input type="checkbox"/> Geplant für* </td> <td> <input type="checkbox"/> gesamtes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Teile des Krankenhauses: _____ *voraussichtl. Einführung: _____ </td> </tr> <tr> <td> EFQM (European Foundation for Quality Management) </td> <td> <input type="checkbox"/> Implementiert <input type="checkbox"/> Geplant für* </td> <td> <input type="checkbox"/> gesamtes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Teile des Krankenhauses: _____ *voraussichtl. Einführung: _____ </td> </tr> <tr> <td> KTQ (inkl. pCC) (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) </td> <td> <input type="checkbox"/> Implementiert <input type="checkbox"/> Geplant für* </td> <td> <input type="checkbox"/> gesamtes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Teile des Krankenhauses: _____ *voraussichtl. Einführung: _____ </td> </tr> <tr> <td> JCI (Joint Commission International) </td> <td> <input type="checkbox"/> Implementiert <input type="checkbox"/> Geplant für* </td> <td> <input type="checkbox"/> gesamtes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Teile des Krankenhauses: _____ *voraussichtl. Einführung: _____ </td> </tr> <tr> <td> träger- oder krankenhauseigenes QM-System (z.B. AUVA QM-System) </td> <td> <input type="checkbox"/> Implementiert <input type="checkbox"/> Geplant für* </td> <td> <input type="checkbox"/> gesamtes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Teile des Krankenhauses: _____ *voraussichtl. Einführung: _____ </td> </tr> </table>	ISO (International Organization for Standardization)	<input type="checkbox"/> Implementiert <input type="checkbox"/> Geplant für*	<input type="checkbox"/> gesamtes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Teile des Krankenhauses: _____ *voraussichtl. Einführung: _____	EFQM (European Foundation for Quality Management)	<input type="checkbox"/> Implementiert <input type="checkbox"/> Geplant für*	<input type="checkbox"/> gesamtes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Teile des Krankenhauses: _____ *voraussichtl. Einführung: _____	KTQ (inkl. pCC) (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)	<input type="checkbox"/> Implementiert <input type="checkbox"/> Geplant für*	<input type="checkbox"/> gesamtes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Teile des Krankenhauses: _____ *voraussichtl. Einführung: _____	JCI (Joint Commission International)	<input type="checkbox"/> Implementiert <input type="checkbox"/> Geplant für*	<input type="checkbox"/> gesamtes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Teile des Krankenhauses: _____ *voraussichtl. Einführung: _____	träger- oder krankenhauseigenes QM-System (z.B. AUVA QM-System)	<input type="checkbox"/> Implementiert <input type="checkbox"/> Geplant für*
ISO (International Organization for Standardization)	<input type="checkbox"/> Implementiert <input type="checkbox"/> Geplant für*	<input type="checkbox"/> gesamtes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Teile des Krankenhauses: _____ *voraussichtl. Einführung: _____														
EFQM (European Foundation for Quality Management)	<input type="checkbox"/> Implementiert <input type="checkbox"/> Geplant für*	<input type="checkbox"/> gesamtes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Teile des Krankenhauses: _____ *voraussichtl. Einführung: _____														
KTQ (inkl. pCC) (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)	<input type="checkbox"/> Implementiert <input type="checkbox"/> Geplant für*	<input type="checkbox"/> gesamtes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Teile des Krankenhauses: _____ *voraussichtl. Einführung: _____														
JCI (Joint Commission International)	<input type="checkbox"/> Implementiert <input type="checkbox"/> Geplant für*	<input type="checkbox"/> gesamtes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Teile des Krankenhauses: _____ *voraussichtl. Einführung: _____														
träger- oder krankenhauseigenes QM-System (z.B. AUVA QM-System)	<input type="checkbox"/> Implementiert <input type="checkbox"/> Geplant für*	<input type="checkbox"/> gesamtes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Teile des Krankenhauses: _____ *voraussichtl. Einführung: _____														
	<input type="radio"/> Nein															
4.2 Sind spezielle Qualitätsmodelle (z.B. DocCert) in Ihrem Krankenhaus implementiert? (Mehrfachantworten möglich) <i>i</i> : gesetzlich vorgeschriebene Zertifizierungen / Validierungen von ausgewählten Bereichen (z.B. Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte) sind hier nicht gemeint	<input type="radio"/> Ja →	Modell														
		<input type="checkbox"/> DocCert mit Eusoma-Kriterien <input type="checkbox"/> Best Health Austria <input type="checkbox"/> EMAS (Eco-Management and Audit Scheme) <input type="checkbox"/> GMP (Good Manufacturing Practice) <input type="checkbox"/> OnkoZert <input type="checkbox"/> 3 x Sonstiges: _____														
	<input type="radio"/> Nein															
5. QUALITÄTSARBEIT IN IHREM KRANKENHAUS																
5.1 Prozesse																
5.1.1 Welche der folgenden Qualitätsinstrumente sind in Ihrem Krankenhaus in Verwendung? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Leitlinien i → <input type="checkbox"/> Klinische Pfade i (z.B. Vorgehen bei Kaiserschnitt) → <input type="checkbox"/> Richtlinien i → <input type="checkbox"/> SOPs, Prozessbeschreibungen → <input type="checkbox"/> Checklisten (z.B. OP-Checkliste) → <input type="checkbox"/> QM-Handbücher → <input type="checkbox"/> Interne / externe Audits NEU <input type="checkbox"/> Sonstige, welche _____	<input type="radio"/> In allen Abteilungen <input type="radio"/> In vielen Abteilungen <input type="radio"/> In einigen Abteilungen														
5.1.2 Wie informieren Sie Ihre Zuweiser über die Aufnahme-Modalitäten Ihres Hauses? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Webseite <input type="checkbox"/> Info-Blatt bzw. Info-Brief <input type="checkbox"/> Zuweiser-Veranstaltung <input type="checkbox"/> Bezirksärztetreffen <input type="checkbox"/> Sonstige, welche _____															

<p>5.1.3 Gibt es in Ihrem Krankenhaus ein strukturiertes OP-Management?</p> <p>I: Ziel des OP-Managements ist der optimale Einsatz vorhandener Ressourcen zur Erbringung größtmöglicher Produktivität in Verbindung mit der Optimierung der Leistungsqualität bzw. der Patientenakzeptanz (vgl. Busse, 2011, S.3)</p>	<p> <input type="radio"/> Ja (Mehrfachantworten möglich) → <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant </p>	<p>5.1.3.1 Wie wird das OP-Management praktisch umgesetzt?</p> <p><input type="checkbox"/> OP-Statut i: Das OP-Statut ist als verbindliche Handlungsgrundlage für die strukturierte Zusammenarbeit in einer OP-Abteilung zu verstehen.</p> <p><input type="checkbox"/> OP-Koordinator/in i: Der / die OP-Koordinator/in ist zuständig für das operative OP-Management. Seine Kernkompetenz liegt in der Steuerung der Prozesse eines OP-Bereiches. Seine Kernaufgaben sind beispielsweise OP-Planung und Kontingenteinhaltung, Patientenmanagement, OP-Steuerung, Notfallintegration, Personaleinsatzplanung, Material- und Gerätebereitstellung, Datenerfassung und -aufbereitung, Schnittstellenmanagement für OP-externe Einheiten.</p> <p><input type="checkbox"/> OP-Manager/in i: Der / die OP-Manager/in ist zuständig für das strategische OP-Management. Seine Kernkompetenz liegt in der Bereitstellung der Struktur eines OP-Bereiches. Zu den Kernaufgaben zählen beispielsweise Kapazitätsverteilung, Leistungsentwicklungsplanung, Budgetierung und Überwachung, Implementierung Qualitätsmanagementsystem, Ressourcenvergabe an Belegärzte, Personalentwicklung, Material- und Geräteleistik, Öffentlichkeitsarbeit und Marketing, Steuerung und Planung der baulichen Entwicklung.</p>	
<p>5.1.4 Ist in Ihrem Krankenhaus ein „indirektes Entlassungsmanagement“ / eine Übergangspflege implementiert?</p> <p>I: Im Rahmen des indirekten Entlassungsmanagements / der Übergangspflege werden Patientinnen und Patienten mit komplexem poststationärem Betreuungsbedarf von einem / einer Entlassungsmanager/-in bzw. -team beraten und betreut. Die Patientinnen und Patienten durchlaufen den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne eines Case-Managements, quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen. Im Gegensatz dazu vollzieht sich das direkte Entlassungsmanagement in der Station und wird dort vom Stationspersonal übernommen.</p>	<p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant </p>		
<p>5.2 Bericht über die Qualitätsarbeit</p>			
<p>5.2.1 Gibt es einen Bericht über die Qualitätsarbeit Ihres Krankenhauses (hauseigener Bericht oder z.B. auch ein Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers / Fonds / Landes)?</p>	<p> <input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant </p>	<p>5.2.1.1 Wird dieser Bericht veröffentlicht (= der Öffentlichkeit zugänglich gemacht, z.B. als eigener Bericht oder z.B. als Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers / Fonds / Landes)?</p>	<p> <input type="radio"/> Ja, der hauseigene Bericht bzw. der Sammelbericht des Trägers / Fonds / Landes wird publiziert und ist für die Öffentlichkeit verfügbar <input type="radio"/> Ja, es gibt allerdings zwei Versionen (eine für die Öffentlichkeit und eine für die interne Verwendung) <input type="radio"/> Nein, der Bericht ist nur für die interne Verwendung oder für eine Meldung an den Träger / Fonds / Land gedacht, ohne dass die Daten bzw. Informationen darüber publiziert werden <input type="radio"/> Geplant </p>
		<p>5.2.1.2 Wie häufig wird der Bericht erstellt?</p>	<p> <input type="radio"/> Jährlich <input type="radio"/> In längeren Abständen </p>
<p>5.3 Patientenorientierung</p>			
<p>5.3.1 Wie werden Patientinnen und Patienten aktiv auf ihre Rechte aufmerksam gemacht? (Mehrfachantworten möglich)</p>	<p> <input type="checkbox"/> Mündlich <input type="checkbox"/> Broschüren / Infoblatt <input type="checkbox"/> Plakate / Informationstafeln <input type="checkbox"/> Patienteninfomappe <input type="checkbox"/> Website <input type="checkbox"/> Anlaufstelle / Büro für Patientenliegen </p>		
<p>5.3.2 Gibt es regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter/innen zum Thema Patientenrechte?</p>	<p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein </p>		

5.3.3 Werden in Ihrem Krankenhaus Patientenbefragungen durchgeführt?	○ Ja →	5.3.3.1 Welche? (Mehrfachantworten möglich) <input type="checkbox"/> Patientenzufriedenheitsbefragung der GÖG → <input type="checkbox"/> Andere Patientenbefragung, wenn ja ↓	5.3.3.1.1 Wer bekommt die Ergebnisse? (Mehrfachantworten möglich) <input type="checkbox"/> Alle Mitarbeiter/innen <input type="checkbox"/> Befragte Abteilung/en <input type="checkbox"/> Qualitäts- und / oder Risikomanagement <input type="checkbox"/> Qualitätssicherungskommission <input type="checkbox"/> Kollegiale Führung / Geschäftsführung <input type="checkbox"/> Interessierte Öffentlichkeit <input type="checkbox"/> Sonstige
		5.3.3.1.2 Wo werden diese durchgeführt?	<input type="radio"/> In allen Abteilungen mit Patientenkontakt <input type="radio"/> In einigen Abteilungen mit Patientenkontakt
		5.3.3.1.3 In welchen Intervallen erfolgen die Befragungen?	<input type="radio"/> Kontinuierlich <input type="radio"/> 1 x im Jahr, innerhalb eines begrenzten Zeitraums <input type="radio"/> In Abständen von zwei oder mehr Jahren <input type="radio"/> Einer Mischform aus den o. g. Punkten
		5.3.3.1.4 Was wird erhoben bzw. zu welchen Themengebieten wird befragt? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Aufnahme- und Entlassungsmanagement <input type="checkbox"/> Patienteninformation, Aufklärung, Kommunikation <input type="checkbox"/> Patientensicherheit <input type="checkbox"/> Organisation und Verwaltung <input type="checkbox"/> Betreuungs- und Behandlungsqualität <input type="checkbox"/> Hygiene <input type="checkbox"/> Subjektive Belastungsgefühle / subjektives Stresserleben <input type="checkbox"/> Schmerzmanagement <input type="checkbox"/> Service / Hotelqualität (inkl. Essen) <input type="checkbox"/> Sonstiges
		5.3.3.1.5 Wer bekommt die Ergebnisse ? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Alle Mitarbeiter/innen <input type="checkbox"/> Befragte Abteilungen <input type="checkbox"/> Qualitäts- und / oder Risikomanagement <input type="checkbox"/> Qualitätssicherungskommission <input type="checkbox"/> Kollegiale Führung / Geschäftsführung <input type="checkbox"/> Träger <input type="checkbox"/> Interessierte Öffentlichkeit <input type="checkbox"/> Sonstige
○ Nein			

5.4 Mitarbeiterorientierung

5.4.1 Werden in Ihrem Krankenhaus Mitarbeiterbefragungen durchgeführt?	○ Ja →	5.4.1.1 Bei welchen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden diese durchgeführt?	<input type="radio"/> Bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern <input type="radio"/> In einigen Bereichen
		5.4.1.2 In welchen Intervallen erfolgen die Befragungen?	<input type="radio"/> 1 x im Jahr <input type="radio"/> In längeren Abständen bzw. unregelmäßig
		5.4.1.3 Was wird erhoben bzw. zu welchen Themengebieten wird befragt? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Motivation <input type="checkbox"/> Leitbild <input type="checkbox"/> Unternehmenskultur / Werte / Kollegialität <input type="checkbox"/> Tätigkeiten <input type="checkbox"/> Zusammenarbeit / Kommunikation / Information <input type="checkbox"/> Führung <input type="checkbox"/> Aus- und Weiterbildung <input type="checkbox"/> Arbeitsplatz / Arbeitssicherheit <input type="checkbox"/> Betriebliche Gesundheitsförderung <input type="checkbox"/> Arbeits- und Organisationsabläufe <input type="checkbox"/> Betriebsrat / Personalvertretung

			<input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> Befragte Abteilungen <input type="checkbox"/> Alle Mitarbeiter/innen <input type="checkbox"/> Betriebsrat / Personalvertretung <input type="checkbox"/> Qualitäts- und / oder Risikomanagement <input type="checkbox"/> Qualitätssicherungskommission <input type="checkbox"/> Kollegiale Führung / Geschäftsführung <input type="checkbox"/> Träger <input type="checkbox"/> Sonstige
	<input type="radio"/> Nein		
5.4.2 Werden in Ihrem Krankenhaus strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> Nein	5.4.2.1 Bei welchen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden diese durchgeführt?	<input type="radio"/> Bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern <input type="radio"/> In einigen Bereichen
		5.4.2.2 In welchen Intervallen erfolgen die Gespräche?	<input type="radio"/> 1 x im Jahr <input type="radio"/> In längeren Abständen bzw. unregelmäßig
5.4.3 Werden die Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter/innen strukturiert erfasst (z. B. in Excel-File, Sammeldokument, Datenbank im Krankenhaus oder beim Träger)? <i>i</i> Die Frage bezieht sich auf die Fort- und Weiterbildung generell und nicht nur auf QM-Fort- / Weiterbildungen.		<input type="radio"/> Ja, für alle Mitarbeitergruppen <input type="radio"/> Ja, für einzelne Mitarbeitergruppen → <input type="radio"/> Nein	5.4.3.1 Für welche Mitarbeitergruppen? (Mehrfachantworten möglich) <input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Medizinisch-technische Dienste <input type="checkbox"/> Psychologischer oder psychotherapeutischer Dienst <input type="checkbox"/> Verwaltung (inkl. Technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.) <input type="checkbox"/> Sonstige
5.4.4 Gibt es eine zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen (z.B. Fortbildungs-Beauftragte/r im Krankenhaus oder des Trägers)?		<input type="radio"/> Ja, für alle Mitarbeitergruppen <input type="radio"/> Ja, für einzelne Mitarbeitergruppen → <input type="radio"/> Nein	5.4.4.1 Für welche Mitarbeitergruppen? (Mehrfachantworten möglich) <input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Medizinisch-technische Dienste <input type="checkbox"/> Psychologischer oder psychotherapeutischer Dienst <input type="checkbox"/> Verwaltung (inkl. Technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.) <input type="checkbox"/> Sonstige
5.4.5 Ist im Krankenhaus ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ein betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert?		<input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant →	5.4.5.1 bzw. 5.4.5.2 : Wenn ja / geplant, welche gesundheitsförderlichen Maßnahmen werden gesetzt / sind geplant (bei geplant: optional)? <input type="checkbox"/> Verhaltensbezogene Maßnahmen: _____ <input type="checkbox"/> Verhältnisbezogene Maßnahmen: _____
5.5 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden			
5.5.1 Wie erheben Sie in Ihrem Krankenhaus Vorschläge und Beschwerden Ihrer Patientinnen und Patienten? (Mehrfachantworten möglich)		<input type="checkbox"/> Beschwerdebögen / Vorschlags- bzw. Beschwerdebriefkästen <input type="checkbox"/> Eingabemöglichkeit über die Website des Krankenhauses bzw. per E-Mail <input type="checkbox"/> Ombudsfrau bzw. -mann / Beschwerdestelle <input type="checkbox"/> Patientenbefragung <input type="checkbox"/> Schriftliche Erfassung mündlich eingebrachter Beschwerden NEU <input type="checkbox"/> Andere Erhebungsmethode	

<p>5.5.2 Wer bekommt die Informationen über die erhobenen Vorschläge und Beschwerden? (Mehrfachantworten möglich)</p>	<input type="checkbox"/> Betroffene Abteilungen / Stationen bzw. Mitarbeiter/innen <input type="checkbox"/> Qualitäts- und / oder Risikomanagement <input type="checkbox"/> Qualitätssicherungskommission <input type="checkbox"/> Ombudsfrau bzw. -mann / Beschwerdestelle <input type="checkbox"/> Kollegiale Führung / Geschäftsführung <input type="checkbox"/> Träger	
<p>5.5.3 Bekommen Patientinnen und Patienten eine individuelle Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden (Ausnahme anonyme Meldung)? NEU</p>	<input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant	<p>5.5.3.1 Patientinnen /Patienten erhalten eine individuelle Rückmeldung aus / von: (Mehrfachantworten möglich)</p> <input type="checkbox"/> Beschwerdebögen / Vorschlags- bzw. Beschwerdebriefkästen <input type="checkbox"/> Vorschlägen und Beschwerden, die über die Website bzw. per E-Mail eingereicht werden <input type="checkbox"/> Sonstigen schriftlich eingebrachten Vorschlägen und Beschwerden
<p>5.5.4 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein strukturiertes Beschwerde- / Feedbackmanagement? I: Das strukturierte Beschwerdemanagement / Feedbackmanagement umfasst den Prozess des strukturierten Erfassens der Vorschläge und Beschwerden, der individuellen Rückmeldungen an die Vorschlags- bzw. Beschwerdeneinbringer/innen und der Auswertung sowie Analyse der Vorschläge und Beschwerden, um ggf. Verbesserungsmaßnahmen zu identifizieren, zu planen, umzusetzen und auf Wirksamkeit hin zu überprüfen.</p>		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant
<p>5.5.5 Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen / Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen?</p>		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant
<p>5.6 Externe Qualitätssicherung</p>		
<p>5.6.1 Nimmt Ihr Krankenhaus an hausübergreifenden Qualitätsprojekten teil (z.B. Register)?</p>	<input type="radio"/> Ja → (Mehrfachantworten möglich) <input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/> Qualitätsregister (siehe ÖSG 2010): <input type="checkbox"/> Traumaregister (OR, UC) <input type="checkbox"/> Geburtenregister (GGH) <input type="checkbox"/> Perinatalerhebung (GGH) <input type="checkbox"/> Stroke-Unit-Register (SU) <input type="checkbox"/> Endoprothesenregister (OR, UC) <input type="checkbox"/> Herzchirurgieregister (HCH) <input type="checkbox"/> Österreichisches Dialyse und Transplantationsregister – ÖDTR (NTX, NEP) <input type="checkbox"/> Kardiologie-Register (KAR) <input type="checkbox"/> Kinder-Kardiologie-Register (KKAR) <input type="checkbox"/> Tumoregister (ONK, IONK) <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher- / Loop-Recorder-Register (lt. MPG) <input type="checkbox"/> Chirurgie-Register der GÖG / Qualitätssicherung in der Chirurgie <input type="checkbox"/> Sonstige Qualitätsregister, welche: _____ <input type="checkbox"/> Ringversuche (Labor) <input type="checkbox"/> KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) <input type="checkbox"/> ANISS (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System) <input type="checkbox"/> EARS-Net (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network) <input type="checkbox"/> QIP (Quality Indicator Project) <input type="checkbox"/> A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators, Qualitätssicherung mit Routinedaten) <input type="checkbox"/> Projekte zum Nahtstellenmanagement <input type="checkbox"/> Projekte zu Patientensicherheit und Risikomanagement <input type="checkbox"/> Projekte zu Kennzahlensystemen und Benchmarking <input type="checkbox"/> Teilnahme an Wettbewerben / Ausschreibungen zu Qualitätspreisen, welche: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige

5.7 Patientensicherheit und Risikomanagement			
5.7.1 Werden in Ihrem Krankenhaus Instrumente des Risikomanagements verwendet oder ist dies geplant (z. B. Fehlermelde- und Lernsysteme)?	<input type="radio"/> Ja → (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Hausinterne / Trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme (Reporting & Learning-Systeme)	<input type="checkbox"/> Ja → falls ja: wie wird gemeldet? <input type="radio"/> (Überwiegend) anonym <input type="radio"/> (Überwiegend) nicht-anonym <input type="radio"/> teils anonym, teils nicht-anonym
			<input type="checkbox"/> Geplant
		<input type="checkbox"/> Übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Geplant
		<input type="checkbox"/> Risikoanalyse	<input type="checkbox"/> Ja → falls ja: wie wird diese durchgeführt? <input type="radio"/> Interne/s Audit/s <input type="radio"/> Externe/s Audit/s <input type="radio"/> Teils intern, teils extern
			<input type="checkbox"/> Geplant
		<input type="checkbox"/> Fehleranalyse (z. B. anhand des London-Protokolls)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Geplant
		<input type="checkbox"/> 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"/> Sonstige, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Geplant		
<input type="radio"/> Nein			
5.7.2 Gibt es in Ihrem Krankenhaus ein strukturiertes Vorgehen beim Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Konzept zum Risikomanagement)?		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant	
Einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements			
5.7.3 Wer koordiniert das Risikomanagement ? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Interne Abteilung oder Stabstelle für Risikomanagement bzw. Risikomanager/in oder Risikobeauftragte/r (inkl. „gemischte“ Abteilung oder Person für QM und RM) <input type="checkbox"/> Kollegiale Führung / Geschäftsführung <input type="checkbox"/> Qualitätssicherungskommission <input type="checkbox"/> Extern: Abteilung für Risikomanagement bzw. Risikomanager/in oder Risikobeauftragte/r des Trägers (inkl. „gemischte“ Abteilung oder Person für QM und RM) <input type="checkbox"/> Sonstige, welche: _____		
5.7.3.1 Wie viele Stellen (in VZÄ) sind für die einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements in Ihrem Haus besetzt (fixe Widmung, z. B. in einem Stellenplan)? i: Wenn die Koordination ausschließlich über 'extern' erfolgt, bitte 'nicht ermittelbar' eintragen.	<input type="radio"/> _____ <input type="radio"/> nicht ermittelbar	5.7.3.2 Auf wie viele Personen (Köpfe) verteilt sich die einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements in Ihrem Haus? (Auch wenn die VZÄ nicht ermittelbar sind, bitte trotzdem die Anzahl der Personen angeben, die mit dieser Aufgabe betraut sind.) i: Wenn die Koordination ausschließlich über 'extern' erfolgt, bitte '0' eintragen.	<input type="radio"/> _____

RM-Ansprechpartner/innen in Abteilungen und RM-Ausbildung	
5.7.4 Gibt es in den Abteilungen definierte Ansprechpartner/innen für das Risikomanagement?	<input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> In allen Abteilungen <input type="radio"/> In vielen Abteilungen <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> In einigen Abteilungen
5.7.5 Wie viele Mitarbeiter/innen haben eine spezielle Risikomanagement-Ausbildung ?	<input type="radio"/> Niemand <input type="radio"/> Genaue Zahl ist ermittelbar: _____ <input type="radio"/> Genaue Zahl ist nicht ermittelbar, bitte geben Sie eine Schätzung ab: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1–5 Personen <input type="radio"/> 6–10 Personen <input type="radio"/> 11–20 Personen <input type="radio"/> > 20 Personen
5.8 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)	
5.8.1 Auf Basis welcher Daten, Auswertungen oder Informationen werden kontinuierliche Verbesserungen 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, Krankenseiteinschau) <input type="checkbox"/> Beschwerde- / Feedbackmanagement, Ombudsstellen und Vorschlagswesen <input type="checkbox"/> Risikomanagement (z. B.: aus Fehlermelde- und Lernsystemen) <input type="checkbox"/> Personenschadenfälle <input type="checkbox"/> Krankenhaushygiene <input type="checkbox"/> Routinedaten i z. B. Abrechnungsdaten, Patientendaten, Kostendaten, Leistungsdaten <input type="checkbox"/> Controlling i z. B. Aufzeichnungen, Auswertungen, Berichte oder Planungen der Controlling-Abteilung, Balanced-Score-Card-Auswertungen (BSC) <input type="checkbox"/> Spezifische Indikatoren / Messgrößen i z.B. Kennzahlen aus dem Bereich Risikomanagement oder OP-Management, Sturzhäufigkeit, Infektionshäufigkeit. <input type="checkbox"/> Betriebliches Vorschlagswesen / Ideenmanagement NEU <input type="checkbox"/> Sonstige
5.8.2 Ist das Modell / Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) 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
6. ANMERKUNGEN (optional)	
Hier haben Sie die Möglichkeit, uns Ihre Anmerkungen und Anregungen mitzuteilen (optional):	_____
7. DATENSATZ ÜBERMITTELN	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Bitte speichern Sie hier "ja", wenn Sie die Dateneingabe abgeschlossen haben und die Daten der GÖG / BIQG für die regelmäßige Berichterstattung zur Verfügung stellen. Die Freigabe bewirkt nicht, dass andere Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmer der Plattform (mit Ausnahme Ihres Trägers) Ihre Daten zu "Strukturen und Instrumenten der Qualitätsarbeit" einsehen können.	

Anhang 3

Fragebogen zu Projekten

1. PROJEKTKURZTITEL		_____			
2. BASISINFORMATIONEN					
2.1 Projekttitel:		_____			
2.2 Projektbeginn:	_____	2.3 Status:	<input type="radio"/> abgeschlossen <input type="radio"/> laufend	2.4 (voraussichtl.) Projektende:	_____
(bei voraussichtlich: optionales Feld)					
2.5 Ansprechpartnerin bzw. -partner zum Projekt: <small>i Bitte jene Person nennen, die am besten Auskunft zum Projekt geben kann. Dies muss nicht die Projektleitung sein.</small>	Anrede:	<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr		Titel (optional):	_____
	Vorname:	_____		Nachname:	_____
	E-Mail:	_____		Telefon (optional):	_____
	Abteilung:	_____		Weitere Ansprechpartner/innen (optional):	_____
3. DETAILINFORMATIONEN					
3.1 Kurzbeschreibung: <small>(in „Abstract-Charakter“, d.h. Ausgangslage, Problemstellung, Projektziel, Maßnahmen, Ergebnisse)</small>		_____			
3.2 Zielgruppe/n: <small>(Mehrfachantworten möglich)</small>		<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: _____			
3.3 Wirkungsbereich:		<input type="radio"/> Einrichtungsintern (innerhalb <i>eines</i> Krankenhauses bzw. <i>einer</i> Einrichtung) <input type="radio"/> Trägerintern (innerhalb eines Trägers, in mehreren KH bzw. Einrichtungen) <input type="radio"/> Organisationsübergreifend (mit Nahtstellen-/Kooperationspartnern)			
3.4 Inhaltliche Orientierung: <small>(Mehrfachantworten möglich)</small>		<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: _____			
3.5 Wurde eine Evaluierung des Projekts durchgeführt?		<input type="radio"/> Ja → Sie haben die Möglichkeit, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Plattform den Evaluierungsbericht zur Verfügung zu stellen. Upload des Evaluierungsberichts (optional)			
		<input type="radio"/> Geplant <input type="radio"/> Nein			
3.6 Ist das Projekt in die Routine übergegangen?		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Geplant <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nein, nicht vorgesehen (kein Routinecharakter, einmaliges Ereignis)			
3.7 Schlagwörter zum Projekt: <small>(für die Suchfunktion, z.B.: Checkliste, Befragung, Indikation, EU-Projekt)</small>		_____			
3.8 Sie haben die Möglichkeit, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Plattform den Projektbericht zur Verfügung zu stellen.			Upload des Projektberichts (optional)		