

Qualitätssysteme in stationären Rehabilitationseinrichtungen

Ergebnisbericht

Im Auftrag der Bundesgesundheitskommission

Qualitätssysteme in stationären Rehabilitationseinrichtungen

Berichtsjahr 2012

Ergebnisbericht

Autorin/Autor:

Brigitte Domittner
Wolfgang Geißler

Fachliche Begleitung:

Bis September 2013: Unterarbeitsgruppe Qualität

Ab Oktober 2013: Fachgruppe Qualität

Projektassistenz:

Bettina Engel

Wien, im Oktober 2013

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

ZI. 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 stationären Rehabilitationseinrichtungen intensiv mit dem Thema Qualität auseinandersetzen. So haben 90 Prozent der Einrichtungen eine **Qualitätsstrategie** definiert. 61 Prozent der Häuser haben eine **eigene Qualitätsabteilung oder eine/n Qualitätsmanager/in im Haus** und 40 Prozent der Einrichtungen können zur Frage der fix gewidmeten Arbeitszeit (Vollzeitäquivalente) zur Koordination der Qualitätsarbeit Angaben machen.

Zumindest ein allgemeines **Qualitätsmodell** (darunter fallen Modelle, wie z. B. ISO, EFQM, KTQ oder auch trägereigene Modelle) ist in 43 Prozent aller stationärer Rehabilitationseinrichtungen für **das ganze Haus implementiert**. Spezielle Qualitätsmodelle, wie z. B. Best Health Austria etc., kommen in 24 Prozent der Häuser zur Anwendung.

Alle Häuser setzen spezifische **Instrumente der Qualitätsarbeit** ein. Checklisten, Leitlinien oder Richtlinien kommen in fast allen Einrichtungen zum Einsatz, klinische Pfade in 57 Prozent der Häuser. Ein indirektes Entlassungsmanagement haben rund drei Viertel der Häuser implementiert. 51 Prozent der stationären Rehabilitationseinrichtungen nehmen an **hausübergreifenden Qualitätsprojekten teil**, **Qualitätsberichte** werden von 64 Prozent der Häuser erstellt. Mitarbeiterschulungen zu Patientenrechten werden in 43 Prozent der Häuser durchgeführt. Patientenbefragungen werden in allen, Mitarbeiterbefragungen in 79 Prozent der Einrichtungen durchgeführt. 46 Prozent der Häuser haben ein Konzept zur **betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. betriebliches Gesundheitsmanagement** etabliert, ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement gibt es in 63 Prozent der Einrichtungen. Ein Konzept zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess ist in 65 Prozent der Häuser festgeschrieben.

Risikomanagement-Instrumente verwenden 83 Prozent der stationären Rehabilitationseinrichtungen, 61 Prozent der Häuser haben ein **Konzept für Risikomanagement** festgelegt. Zu den häufigsten verwendeten RM-Instrumenten zählen Checklisten, interne Fehlermelde- und Lernsysteme und Risikoanalyse. 32 Prozent der stationären Rehabilitationseinrichtungen beschäftigen Mitarbeiter/innen mit **RM-Ausbildung** und 31 Prozent können zu fix gewidmeter Arbeitszeit (Vollzeitäquivalente) für die **Koordination des Risikomanagements** Angaben machen. Eine **Abteilung für Risikomanagement oder einen Risikomanager/in** gibt es in einem Viertel der Einrichtungen. Jeweils rund ein Drittel der Häuser beschäftigen Mitarbeiter/innen mit RM-Ausbildung und kann VZÄ-Angaben für die Koordination des Risikomanagement machen.

Tabelle 1.1:

Ausgewählte Qualitätsstrukturen und Qualitätsarbeit in stationären Rehabilitationszentren im Jahr 2012 (n = 72) im Detail

Ausgewählte Kriterien in den vier Dimensionen	Anteil der stationären Rehabilitationseinrichtungen, die die Fragen mit „ja“ beantwortet haben
Strategische und strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit	
Leitbild	89 %
Qualitätsstrategie	90 %
Geschäftsordnung für die Kommission für Qualitätssicherung (bezogen auf 69 Häuser gem. KaKuG mit QSK)	77 %
Eigene Q-Abteilung / Qualitätsmanager/in	61 %
Q-Ansprechpartner/in in (zumindest einigen) Abteilungen	93 %
VZÄ-Angabe für Koordination der Qualitätsarbeit	40 %
Mitarbeiter/innen mit QM-Ausbildung	76 %
Qualitätsmodelle	
Allgemeines Qualitätsmodelles für das gesamte Haus implementiert	43 %
Spezielle Qualitätsmodelle	24 %
Spezifische Instrumente der Qualitätsarbeit	
Leitlinien	93 %
Klinische Pfade	57 %
Richtlinien	88 %
Standard Operating Procedure (SOP), Prozessbeschreibungen	81 %
Checklisten	99 %
QM-Handbücher	50 %
Indirektes Entlassungsmanagement	76 %
Bericht über die Qualitätsarbeit	64 %
Mitarbeiterschulungen zu Patientenrechten	43 %
Patientenbefragungen	100 %
Mitarbeiterbefragungen	79 %
Strukturierte Mitarbeitergespräche	88 %
Strukturierte Erfassung der Fort- und Weiterbildung	99 %
Zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung	92 %
Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung / ein betriebliches Gesundheitsmanagement	46 %
Strukturiertes Beschwerdemanagement	82 %
Betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement	63 %
Hausübergreifende Qualitätsprojekte	51 %
Konzept zum KVP (Kontinuierlicher Verbesserungsprozess)	65 %
Patientensicherheit und Risikomanagement (RM)	
Instrumente des Risikomanagements	83 %
Konzept für Risikomanagement	61 %
Eigene RM-Abteilung / Risikomanager/in	25 %
RM-Ansprechpartner/in in (zumindest einigen) Abteilungen	65 %
VZÄ-Angabe für Koordination des Risikomanagements	31 %
Mitarbeiter/innen mit RM-Ausbildung	32 %

Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Resümee

Die dargestellten Ergebnisse zeigen, dass in einem großen Teil der stationären Rehabilitationseinrichtungen Qualitätsarbeit strategisch und strukturell gut verankert ist. Gleichzeitig weisen die Befragungsergebnisse auf mögliche Entwicklungspotenziale hin, wie beispielsweise die Implementierung von allgemeinen Qualitätsmodellen für die Einrichtungen, oder eines Konzeptes für Risikomanagement. Auch die fixe Widmung von Personalkapazitäten für Qualitätsarbeit und Risikomanagement ist in den stationären Rehabilitationseinrichtungen ausbaufähig. In diesem Zusammenhang muss aber darauf hingewiesen werden, dass in vielen Häusern qualitätsrelevante Initiativen für die nächsten Jahre geplant sind, wie beispielsweise die Implementierung eines Qualitätsmodells oder auch der Implementierung von Instrumenten des Risikomanagements wie übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme oder Risikoanalysen. Da die Befragung in periodischen Abständen von 3 Jahren stattfinden wird, sollten im nächsten Befragungsjahr die geplanten Maßnahmen zum Teil bereits umgesetzt worden sein und somit die Weiterentwicklung der Einrichtungen dokumentieren.

Inhalt

Kurzfassung	III
Abbildungen und Tabellen	VIII
Abkürzungen.....	XI
1 Einleitung	1
2 Methodik	2
3 Teilnehmende stationäre Rehabilitationseinrichtungen	3
4 Qualitätsstrukturen in stationären Rehabilitationseinrichtungen	5
4.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit	5
4.1.1 Leitbild für die stationäre Rehabilitationseinrichtung	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	8
4.2.3 Qualitäts-Ansprechpersonen in Abteilungen	11
4.2.4 Qualitätsmanagement-Ausbildung	11
4.3 Allgemeine Qualitätsmodelle	12
4.3.1 International Organization for Standardization (ISO)	13
4.3.2 European Foundation for Quality Management (EFQM)	14
4.3.3 Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)	14
4.3.4 Joint Commission International (JCI)	14
4.3.5 Träger- oder einrichtungseigenes QM-System	15
4.4 Spezielle Qualitätsmodelle	15
4.5 Instrumente der Qualitätsarbeit	15
4.5.1 Prozesse	15
4.5.2 Information über Aufnahmemodalitäten	16
4.5.3 Indirektes Entlassungsmanagement / Übergangspflege	17
4.5.4 Berichte über die Qualitätsarbeit	18
4.5.5 Patientenorientierung	19
4.5.6 Mitarbeiterorientierung	22
4.5.7 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden	27
4.5.8 Hausübergreifende Qualitätsprojekte	31
4.5.9 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)	31
4.6 Patientensicherheit und Risikomanagement	33
4.6.1 Instrumente des Risikomanagements	33
4.6.2 Konzept für Risikomanagement	35
4.6.3 Einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements	35
4.6.4 Risikomanagement-Ansprechpersonen in Abteilungen	38
4.6.5 Risikomanagement-Ausbildung	38
5 Qualitätsprojekte	39
5.1 Eintragende Einrichtungen	39
5.2 Zielgruppe/n	40
5.3 Reichweite	40
5.4 Inhaltliche Orientierung	41
5.5 Projektevaluierung	42
5.6 Projektstatus und Übergang in den Routinebetrieb	42
Literatur	43

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 3.1:	Indikationsgruppen in stationären Rehabilitationseinrichtungen (n = 72, Mehrfachantworten möglich).....	4
Abbildung 4.1:	Ist in den stationären Rehabilitationseinrichtungen ein Leitbild definiert? (n = 72)	5
Abbildung 4.2:	QSK-Vertreterinnen und -Vertreter nach Berufsgruppen (n = 69, Mehrfachnennungen möglich)	7
Abbildung 4.3:	Informationen, die die QSK regelmäßig erhält (n = 69, Mehrfachnennungen möglich).....	8
Abbildung 4.4:	Einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit in stationären Reha-Einrichtungen (n = 72, Mehrfachnennungen möglich).....	9
Abbildung 4.5:	In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartner/innen für Qualitätsarbeit? (n = 67)	11
Abbildung 4.6:	Implementierung bzw. Planung von allgemeinen Qualitätsmodellen für das ganze Haus (n = 72).....	12
Abbildung 4.7:	Allgemeine Qualitätsmodelle implementiert und geplant (Implementierungsstand und Reichweite) (n = 72, Mehrfachnennungen möglich)	13
Abbildung 4.8:	Häufigkeit der Anwendung und Reichweite von Qualitätsinstrumenten, ohne interne/externe Audits und „Sonstige“ (n = 72, Mehrfachantworten möglich).....	16
Abbildung 4.9:	Wie werden die Antragsteller/innen über Aufnahmemodalitäten informiert? (n = 72, Mehrfachantworten möglich).....	17
Abbildung 4.10:	Sind indirektes Entlassungsmanagement bzw. Übergangspflege implementiert? (n = 72)	17
Abbildung 4.11:	Erstellen stationäre Rehabilitationseinrichtungen regelmäßig einen Bericht über die Qualitätsarbeit? (n = 72)	18
Abbildung 4.12:	Werden die Qualitätsberichte veröffentlicht? (n = 46).....	18
Abbildung 4.13:	Wie werden die Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte aufmerksam gemacht? (n = 72, Mehrfachantworten möglich)	19
Abbildung 4.14:	In welchen Intervallen erfolgen die Patientenbefragungen? (n = 72)	20
Abbildung 4.15:	Themengebiete der Patientenbefragungen (n = 72, Mehrfachantworten möglich).....	21

Abbildung 4.16: Ergebnisse der Patientenbefragungen ergehen an folgende Stellen: (n = 72, Mehrfachantworten möglich).....	22
Abbildung 4.17: Themengebiete von Mitarbeiterbefragungen (n = 57, Mehrfachantworten möglich).....	23
Abbildung 4.18: Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen ergehen an folgende Stellen (n = 57, Mehrfachantworten möglich).....	24
Abbildung 4.19: Werden die Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter/innen strukturiert erfasst? (n=72)	25
Abbildung 4.20: Für welche Mitarbeitergruppen werden die Fort- und Weiterbildungen strukturiert erfasst? (n = 8, Mehrfachantworten möglich).....	25
Abbildung 4.21: Sind ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ein betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert (n = 72).....	26
Abbildung 4.22: Wie werden Vorschläge und Beschwerden der Patientinnen und Patienten erhoben? (n = 72, Mehrfachantworten möglich).....	28
Abbildung 4.23: Informationen zu Vorschlägen und Beschwerden der Patientinnen und Patienten ergehen an folgende Stellen (n = 72, Mehrfachantworten möglich).....	29
Abbildung 4.24: Gibt es für die Bearbeitung von Beschwerden ein systematisches Vorgehen (strukturiertes Beschwerdemanagement)? (n = 72).....	30
Abbildung 4.25: Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen? (n = 72).....	30
Abbildung 4.26: Teilnahme an häuserübergreifenden Qualitätsprojekten (n = 72, Mehrfachnennungen möglich).....	31
Abbildung 4.27: Daten, Auswertungen oder Informationen auf deren Basis kontinuierliche Verbesserungsprozesse initiiert werden (n = 72, Mehrfachantworten möglich).....	32
Abbildung 4.28: Ist in den stationären Rehabilitationseinrichtungen das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert? (n = 72)	33
Abbildung 4.29: Art der Meldung bei hausinternen/trägerinternen Fehlermelde- und Lernsystemen (n = 32)	34
Abbildung 4.30: Art der Durchführung von Risikoanalysen (n = 19)	35
Abbildung 4.31: Einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements in stationären Rehabilitationseinrichtungen (n = 72, Mehrfachantworten möglich)	36
Abbildung 4.32 In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartner/innen für Risikomanagement? (n = 47)	38
Abbildung 5.1: Einrichtungen und Anzahl der Projekte, die in die Projektedatenbank eingetragen wurden (n=530).....	39

Abbildung 5.2: Zielgruppe/n der Projekte (n = 530, Mehrfachantworten möglich)	40
Abbildung 5.3: Reichweite der Projekte (n = 530).....	41
Abbildung 5.4: Inhaltliche Ausrichtung der Projekte (n = 530, Mehrfachantworten möglich) ..	41
Abbildung 5.5: Projektevaluierung (n = 530).....	42
Abbildung 5.6: Übergang in den Routinebetrieb (n = 530).....	42

Tabellen

Tabelle 1.1: Ausgewählte Qualitätsstrukturen und Qualitätsarbeit in stationären Rehabilitationszentren im Jahr 2012 (n = 72) im Detail.....	IV
Tabelle 3.1: Stationäre Rehabilitationseinrichtungen je Bundesland	4
Tabelle 4.1: Vollzeitäquivalente für die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit nach Größe der stationären Rehabilitationseinrichtung (n = 29).....	10
Tabelle 4.2: Anzahl der Personen (Köpfe) für die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit nach Größe der stationären Rehabilitationseinrichtung (n = 40).....	10
Tabelle 4.3: Instrumente des Risikomanagements (n = 60, Mehrfachantworten möglich)	34
Tabelle 4.4: Vollzeitäquivalente für die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements nach Größe der stationären Rehabilitationseinrichtung (n = 22)	37
Tabelle 4.5: Anzahl der Personen (Köpfe) für die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements nach Größe der stat. Rehabilitationseinrichtung (n = 47).....	37

Abkürzungen

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CIRPS	Critical Incidents Reporting and Prevention System
d. h.	das heißt
EFQM	European Foundation for Quality Management
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GÖG/BIQG	Gesundheit Österreich GmbH Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz (Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen)
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points
inkl.	inklusive
ISO	International Organization for Standardization
JCI	Joint Commission International
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
n	Umfang der Stichprobe
Nr.	Nummer
ÖQUASTA	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Standardisierung medizinisch-diagnostischer Untersuchungen
pdf	portable document format
QM	Qualitätsmanagement
QSK	Kommission für Qualitätssicherung
RM	Risikomanagement
SOP	standard operating procedure
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/BIQG 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 eine 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 Datenbank 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 (auch von 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 3wöchige 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 stationären Rehabilitationseinrichtungen 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 stationäre Rehabilitationseinrichtungen

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

Laut Krankenanstalten-Verzeichnis gibt es in Österreich mit Stand 2012 73 stationäre Rehabilitationseinrichtungen, das sind Krankenanstalten, die primär der rehabilitativen Versorgung und Betreuung von Patientinnen und Patienten dienen.

Für die Erhebung in den stationären Rehabilitationseinrichtungen wurden 4 Häuser in Übereinkunft mit dem Träger dieser Häuser, die alle zum Humanomed Zentrum Althofen zählen und am gleichen Standort liegen, zu einem Haus zusammengefasst. Die gleiche Vorgehensweise wurde für 2 Einrichtungen der BVA gewählt, die sich am gleichen Standort befinden.

Eine Reha-Abteilung für Kinder und Jugendliche (10 Betten), die in einer Krankenanstalt geführt wird, wurde im Rahmen der Erhebung zu Qualitätssystemen in Akutkrankenhäusern erhoben, da die Qualitätsarbeit nicht getrennt vom Krankenhaus erfolgt.

Zudem gibt es weitere 4 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (Sonnenpark Neusiedlersee, Sonnenpark Bad Hall, Sonnenpark Lans, Klinikum Schallerbacherhof²), die zwar nicht als bettenführende Krankenanstalten im KA-Verzeichnis des BMG ausgewiesen, andererseits aber als versorgungswirksam³ einzustufen sind.

Daraus ergibt sich, dass insgesamt 72 stationäre Rehabilitationseinrichtungen an der Erhebung teilgenommen haben. Die Liste der Einrichtungen findet sich im Anhang 1.

2

Klinikum Schallerbacherhof ist seit September 2012 offiziell eine Krankenanstalt. Zum Zeitpunkt der Berichtslegung war die Krankenanstalt noch nicht im Krankenanstaltenverzeichnis gelistet.

3

Zusätzlich versorgungswirksame Einrichtungen in der Rechtsform selbständiger Ambulatorien, die nicht im KA-Verzeichnis bettenführender KA des BMG aufscheinen, die jedoch von der Sozialversicherung als stationäre Rehabilitationseinrichtungen akzeptiert werden. Diese Einrichtungen werden organisatorisch als Ambulatorium mit angeschlossener Hotelkomponente geführt.

Tabelle 3.1:
Stationäre Rehabilitationseinrichtungen je Bundesland

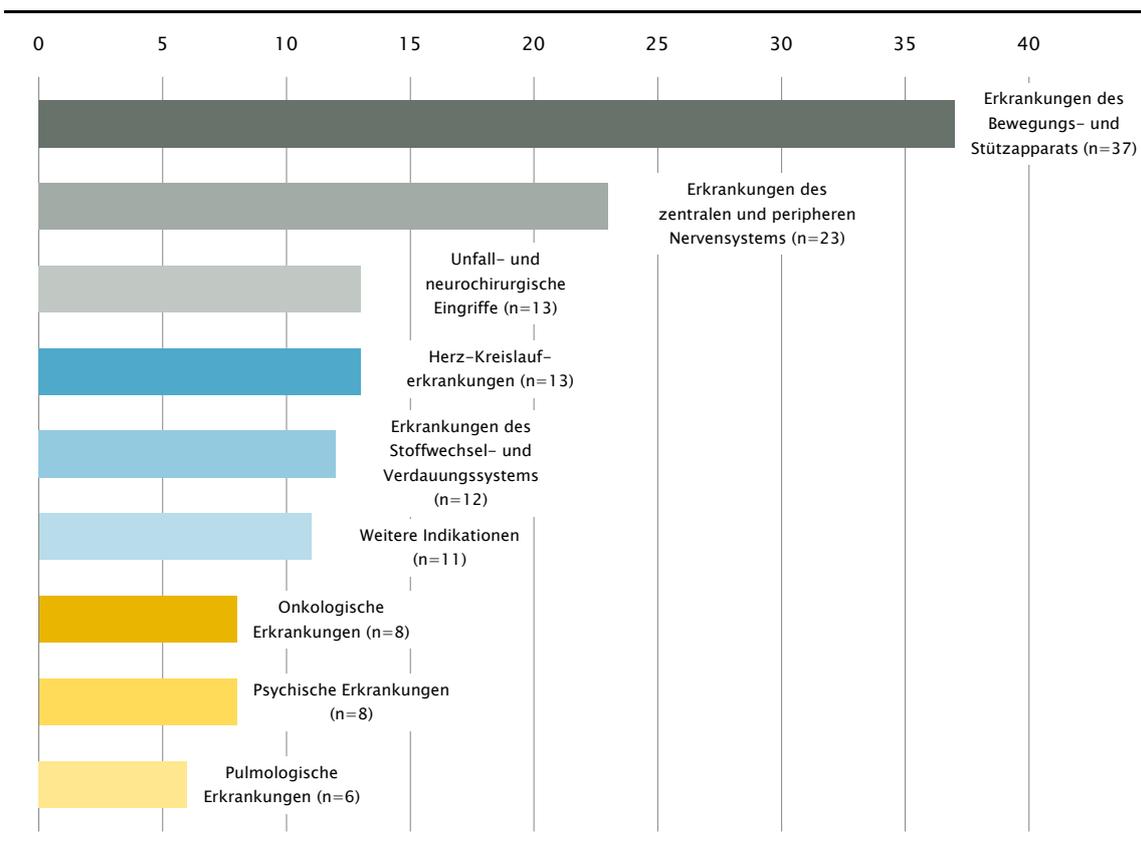
	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Summe
Stationäre Reha-Einrichtungen	6	7	18	13	8	12	5	1	2	72

Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Indikationsgruppen der stationären Rehabilitationseinrichtungen

Jede der 72 befragten stationären Rehabilitationseinrichtungen nennt eine oder mehrere Indikationsgruppe/n, die in der Einrichtung behandelt werden. Die in der Abbildung 3.1 dargestellten Indikationsgruppen wurden dem Österreichischen Rehabilitationskompass, der unter www.rehakompass.at aufrufbar ist, entnommen.

Abbildung 3.1:
Indikationsgruppen in stationären Rehabilitationseinrichtungen
(n = 72, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4 Qualitätsstrukturen in stationären Rehabilitationseinrichtungen

In 6 Abschnitten werden Qualitätsstrukturen und Qualitätsarbeit in 72 stationären Rehabilitationseinrichtungen beschrieben. Die ersten beiden Abschnitte widmen sich der strategischen und strukturellen Verankerung von Qualitätsarbeit in den Rehabilitationseinrichtungen. Im Abschnitt 3 und 4 werden die allgemeinen und speziellen Qualitätsmodelle beschrieben, die implementiert bzw. geplant sind. 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 5 und 6 das Kapitel.

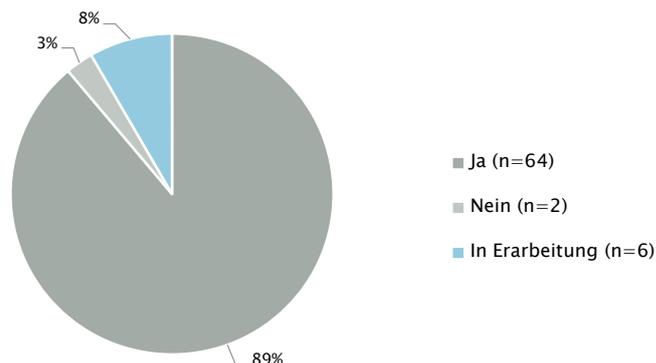
4.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit

4.1.1 Leitbild für die stationäre Rehabilitationseinrichtung

Von 72 stationären Rehabilitationseinrichtungen definierten 64 ein Leitbild (89%). 2 Häuser haben kein Leitbild für ihre Rehabilitationseinrichtung. Bei dieser Frage wurde explizit nach einem Leitbild für die ganze Rehabilitationseinrichtung gefragt – nicht gemeint waren Leitbilder für einzelne Bereiche der Einrichtung oder Berufsgruppen (z. B. Pflege-Leitbild).

Abbildung 4.1:

Ist in den stationären Rehabilitationseinrichtungen ein Leitbild definiert? (n = 72)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

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

4.1.2 Qualitätsstrategie

In 65 stationären Rehabilitationseinrichtungen (90 %) ist eine Qualitätsstrategie schriftlich definiert, in 62 Häusern wird sie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommuniziert. 63 Einrichtungen leiten aus der Strategie konkrete Qualitätsziele ab, die auch evaluiert werden.

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

4 Einrichtungen, die an der Qualitätsberichterstattung teilnahmen, sind nicht nach dem KaKuG geregelt (vgl. Kapitel 3), das Vorhandensein einer QSK ist daher nicht verbindlich. Eine dieser Einrichtungen hat eine QSK implementiert⁴, die in die folgenden QSK-spezifischen Auswertungen inkludiert wurden.

Mitglieder der QSK

Insgesamt meldeten die stationären Rehabilitationseinrichtungen 522 Mitglieder in ihren Qualitätssicherungskommissionen. Im Durchschnitt besteht eine QSK aus 7,3 Personen.

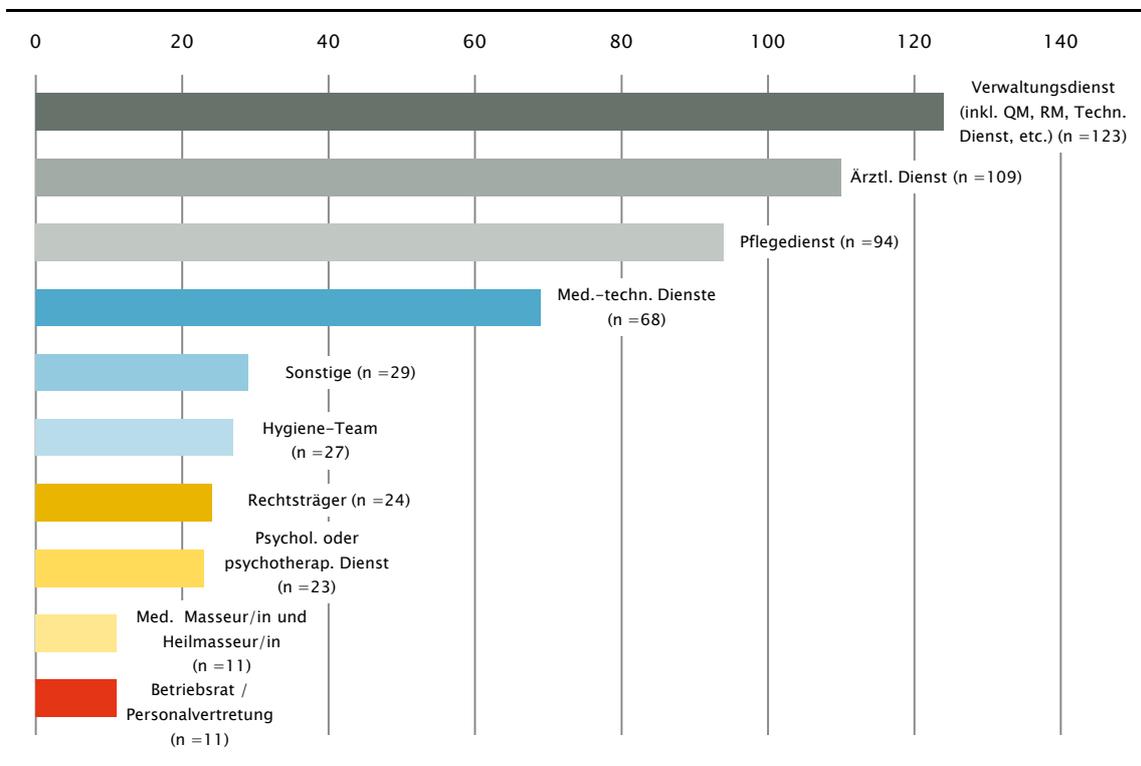
Die zahlenmäßig am häufigsten vertretene Berufsgruppe in den Qualitätssicherungskommissionen ist der Verwaltungsdienst (inkl. Qualitäts-, Risikomanagement, Technischer Dienst, Wirtschaftsbereich etc.) gefolgt vom Ärztlichen Dienst. An dritter Stelle liegt die Berufsgruppe des Pflegedienstes.

4

Seit Beginn des Jahres 2012 arbeitet die QSK in einem Haus im Testbetrieb (organisatorische Vorbereitung, Bewilligung zur Krankenanstalt).

Abbildung 4.2:

QSK-Vertreterinnen und -Vertreter nach Berufsgruppen (n = 69, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Geschäftsordnung für die QSK

In 53 stationären Rehabilitationseinrichtungen (77 %) gibt es für die QSK eine Geschäftsordnung⁵.

Informationsquellen für die QSK

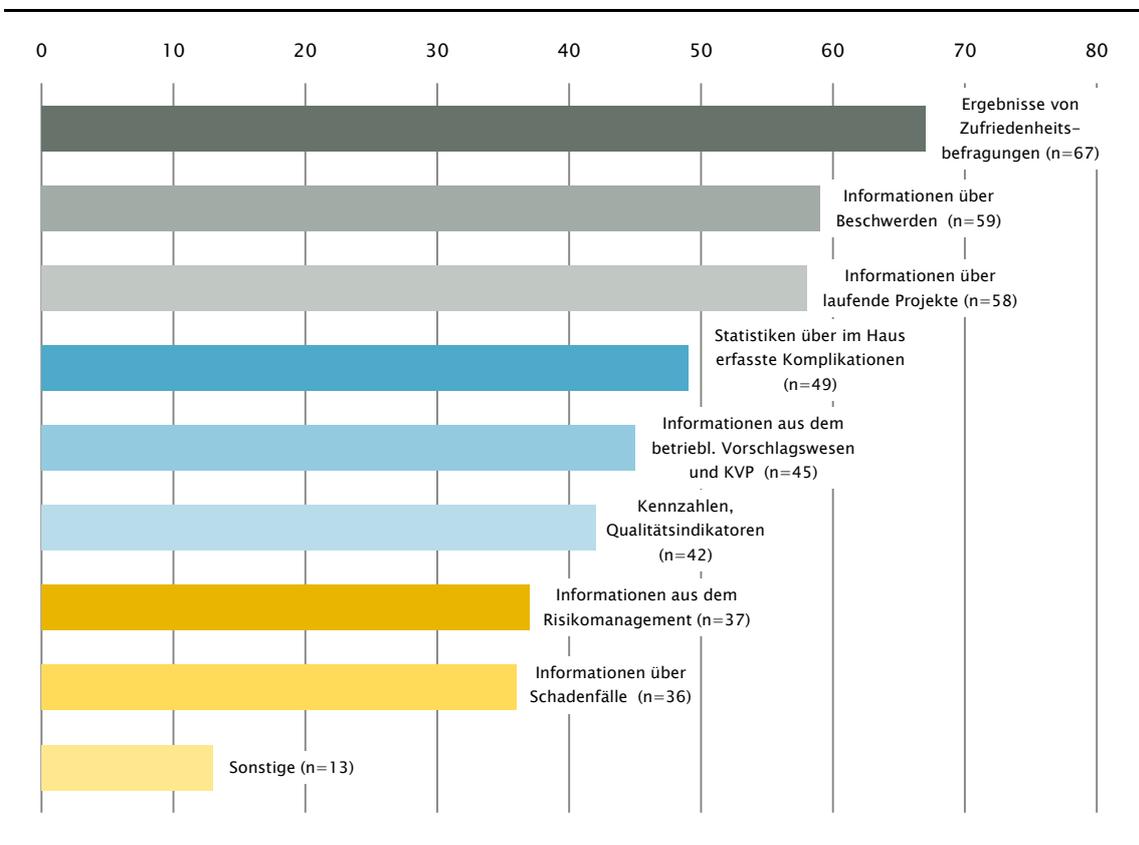
Abbildung 4.3 gibt Auskunft über die Informationsquellen für die QSK. Am häufigsten erhält die QSK Informationen aus Ergebnissen von Zufriedenheitsbefragungen, Informationen über Beschwerden und über laufende Projekte. „Sonstige“ Informationen wurden von 13 stationären Rehabilitationseinrichtungen als Antwortmöglichkeit gewählt.

5

Berechnungsbasis 69 Häuser, siehe auch Kapitel 3.

Abbildung 4.3:

Informationen, die die QSK regelmäßig erhält (n = 69, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.2.2 Einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit

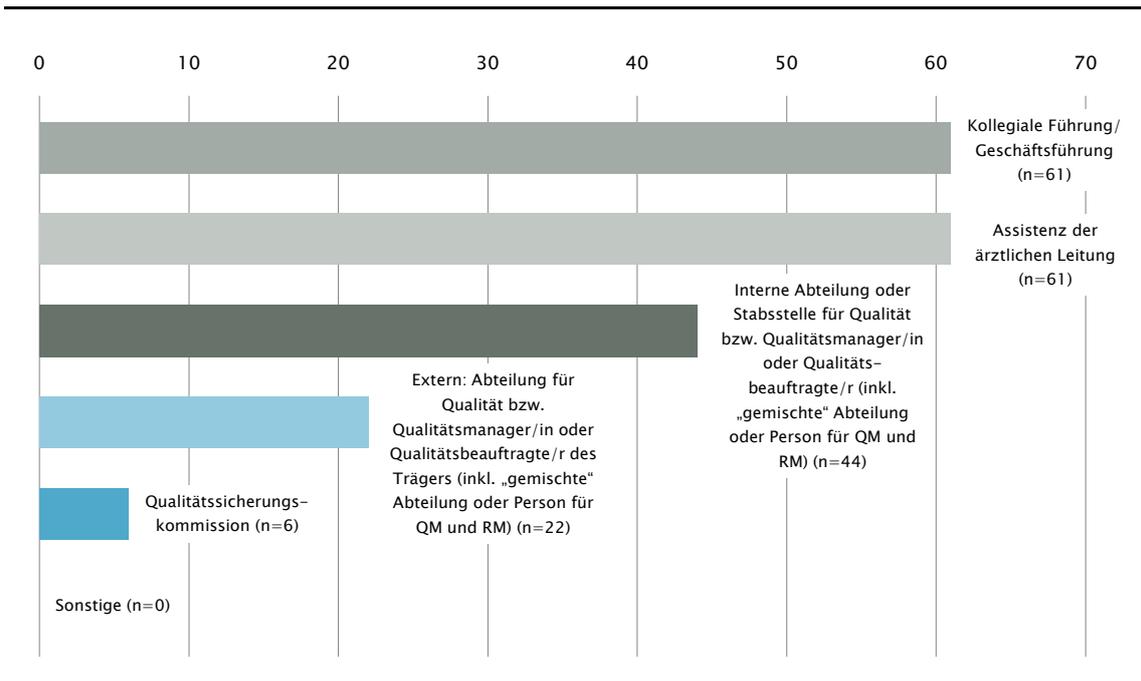
Die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit gestaltet sich in den stationären Rehabilitationseinrichtungen unterschiedlich. In 66 Häusern wird diese Aufgabe von mehreren Stellen gleichzeitig wahrgenommen, in den anderen 6 Häusern von einer Stelle.

Koordinierende Stellen

In 2 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 weiteren 2 Häusern übernimmt diese Aufgabe ausschließlich die Kollegiale Führung / Geschäftsführung, in wiederum 2 Häusern ausschließlich die QSK.

In 66 Häusern übernehmen mehrere der oben genannten Stellen die Aufgabe der einrichtungsweiten Koordination der Qualitätsarbeit. In 22 Häusern sind externe Abteilungen für Qualität oder Qualitätsmanager/innen bzw. Qualitätsbeauftragte des Trägers (inkl. „gemischte“ Abteilung oder Person für QM und RM) beteiligt.

Abbildung 4.4:
Einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit in stationären Reha-Einrichtungen
(n = 72, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Vollzeitäquivalente und Köpfe für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit

29 Häuser (40 %) können angeben, wie viele Vollzeitäquivalente (VZÄ) für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit in ihren stationären Rehabilitationseinrichtungen besetzt sind. In Summe wurden 32,55 VZÄ rückgemeldet, die Angaben reichen von 0,1 bis 8 VZÄ.

Die 32,55 VZÄ verteilen sich auf insgesamt 239 Personen (Köpfe). Die Angaben reichen von einer Person bis hin zu 24 Personen pro Haus.

Nachstehende Tabelle zeigt die durchschnittlichen Vollzeitäquivalenten für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit nach Einrichtungsgröße. Große Häuser mit 200 bis 299 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 der stationären Rehabilitationseinrichtung (n = 29)

Größe der Rehaeinrichtung nach Bettenanzahl	Besetzte Stellen (in VZÄ) für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit	Anzahl der Häusern	Durchschnittliche VZÄ je Bettengruppen
1 bis 99 Betten	1,5	2	0,8
100 bis 199 Betten	26,1	23	1,1
200 bis 299 Betten	5,0	4	1,3
Gesamtergebnis	32,6	29	-

Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

43 Häuser (60 %) können zu VZÄ keine Angaben machen, 40 der Häuser können aber die Anzahl an Personen (Köpfe) angeben, die mit der einrichtungswerten Koordination von Qualitätsarbeit betraut sind. Gesamt wurden hierfür 303 Personen genannt, die Angaben sprechen von einer Person bis hin zu 22 Personen. Nachstehende Tabelle zeigt die Anzahl der Personen (Köpfe) für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit nach Einrichtungsgröße.

Tabelle 4.2:

Anzahl der Personen (Köpfe) für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit nach Größe der stationären Rehabilitationseinrichtung (n = 40)

Größe der Rehaeinrichtung nach Bettenanzahl	Anzahl der Personen (Köpfe) für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit	Anzahl der Häuser	Durchschnittliche VZÄ je Bettengruppen
1 bis 99 Betten	68	12	5,7
100 bis 199 Betten	147	19	7,7
200 bis 299 Betten	87	8	10,9
300 bis 499 Betten	1	1	1,0
Gesamtergebnis	303	40	7,6

Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

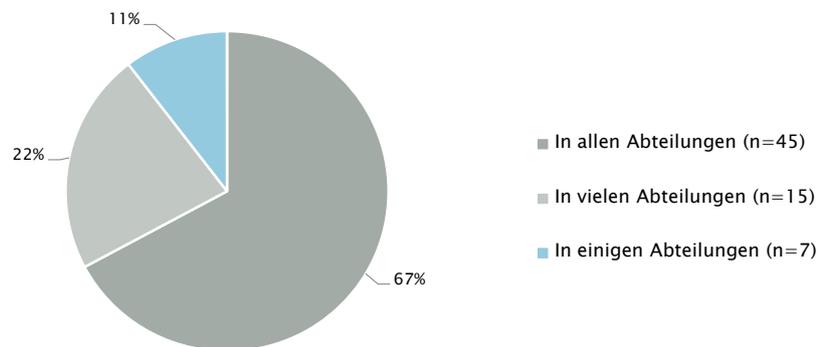
In Summe sind in den 72 rückmeldenden Rehabilitationseinrichtungen 542 Personen (Köpfe) u. A. mit der einrichtungswerten Koordination der Qualitätsarbeit betraut.

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

4.2.3 Qualitäts-Ansprechpersonen in Abteilungen

67 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (93 %) geben an, in den Abteilungen Ansprechpersonen für Qualitätsarbeit definiert zu haben. Davon 45 Häuser in allen Abteilungen, 15 Häuser in vielen Abteilungen und 7 Häuser in einigen Abteilungen.

Abbildung 4.5:
In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartner/innen für Qualitätsarbeit? (n = 67)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.2.4 Qualitätsmanagement-Ausbildung

55 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (76 %) melden, dass es in ihren Häusern Mitarbeiter/innen mit spezieller Qualitätsmanagement-Ausbildung gibt.

Eine genaue Angabe zur Anzahl an Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern ist in 33 Rehabilitationseinrichtungen möglich. Insgesamt sind dies 83 Personen. Der Durchschnitt liegt bei 2,5 Personen pro Haus.

In 22 stationären Rehabilitationseinrichtungen war die Anzahl der Mitarbeiter/innen mit einer Qualitätsmanagement-Ausbildung nicht ermittelbar. Die Einrichtungen gaben daher eine Schätzung an: 18 Häuser meldeten 1 bis 5 Personen, 3 Häuser 6 bis 10 Personen und in einem Haus wurden mehr als 20 Personen geschätzt.

4.3 Allgemeine Qualitätsmodelle

Allgemeines Qualitätsmodell Implementiert

31 der 72 stationären Rehabilitationseinrichtungen haben zumindest eines der angeführten allgemeinen Modelle (ISO, EFQM, KTQ, JCI bzw. träger- oder einrichtungseigenes QM-System (z. B. AUVA QM-System)) für ihr gesamtes Haus implementiert. Ein Haus der 31 Häuser hat gleichzeitig drei verschiedene Modelle implementiert.

Am häufigsten ist ein eigenes Qualitätsmodell implementiert (20 Häuser), ISO in 8 Häusern, KTQ in 3 Häusern, EFQM und JCI jeweils in einem Haus. Keine Rehabilitationseinrichtung hat für Teile des Hauses ein allgemeines Modell implementiert.

Allgemeines Qualitätsmodell Geplant

21 Häuser planen die Implementierung eines Qualitätsmodells für das gesamte Haus, ein Haus davon hat bereits ein Qualitätsmodell für das gesamte Haus implementiert. Am häufigsten wird die Implementierung eines eigenen QM-Modells (10 Häuser) angegeben, ISO soll in 5 Häusern implementiert werden, das EFQM-Modell und JCI in jeweils 3 Häusern und KTQ in 2 Häusern.

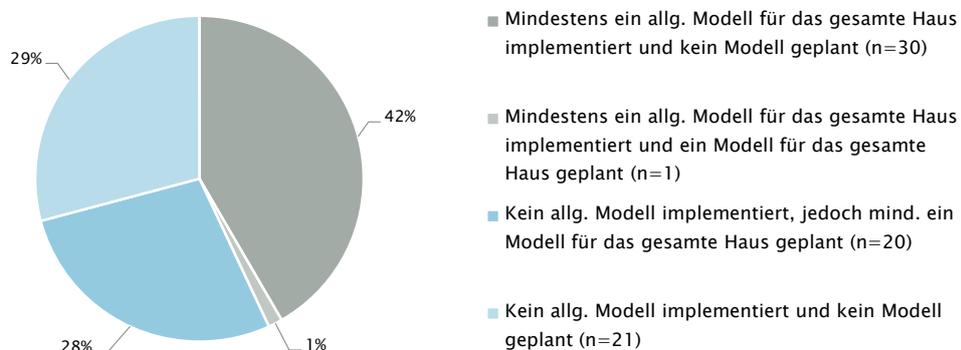
Jeweils ein Haus plant die (zusätzliche) Implementierung eines ISO-Modell bzw. KTQ für Teile des Hauses.

21 Häuser haben kein Qualitätsmodell implementiert und planen dies auch nicht.

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

Abbildung 4.6:

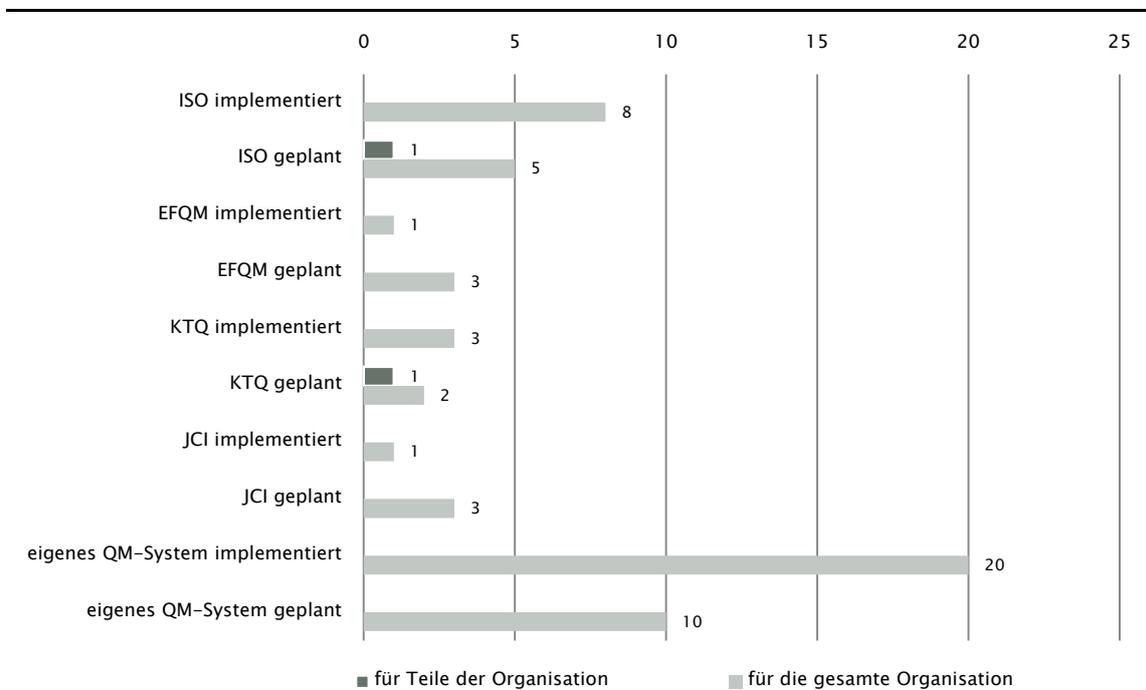
Implementierung bzw. Planung von allgemeinen Qualitätsmodellen für das ganze Haus (n = 72)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Abbildung 4.7:

Allgemeine Qualitätsmodelle implementiert und geplant (Implementierungsstand und Reichweite) (n = 72, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.3.1 International Organization for Standardization (ISO)

ISO - implementiert

Im Erhebungsjahr hatten 8 stationäre Rehabilitationseinrichtungen das Qualitätsmodell ISO organisationsweit implementiert.

ISO - in Planung

In 6 Rehabilitationseinrichtungen war im Jahr 2012 eine ISO-Einführung bzw. -Ausweitung in Planung, in 5 Häusern für die gesamte Organisation, in einem Haus für Teile der Organisation. Folgenden Abteilung wurde hier u. A. genannt: Labor. Die voraussichtliche Einführung ist meist für die Jahre 2013 bis 2015 vorgesehen.

4.3.2 European Foundation for Quality Management (EFQM)

EFQM – implementiert

Im Jahr 2012 hatte eine stationäre Rehabilitationseinrichtung das Qualitätsmodell EFQM für die gesamte Einrichtung implementiert.

EFQM – in Planung

Die Einführung von EFQM ist in 3 Häusern für die gesamte Organisation geplant. Als Zeithorizont für die Implementierung werden die Jahre 2013 bis 2014 angegeben.

4.3.3 Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)

KTQ – implementiert

Im Jahr 2012 hatten 3 stationäre Rehabilitationseinrichtungen KTQ organisationsweit implementiert.

KTQ – in Planung

Die Einführung von KTQ ist in 3 Häusern geplant, in 2 Einrichtungen für die gesamte Organisation, in einem Haus für Teile davon (es wurde keine Abteilung angegeben). Die Häuser planen die Einführung für die Jahre 2014 bis 2015.

4.3.4 Joint Commission International (JCI)

JCI – implementiert

Im Jahr 2012 hatte eine stationäre Rehabilitationseinrichtung das Qualitätsmodell JCI für die gesamte Einrichtung implementiert.

JCI – in Planung

Die Einführung von JCI ist in 3 Häusern für die gesamte Organisation geplant. Die Häuser planen die Einführung für die Jahre 2013 bzw. 2015.

4.3.5 Träger- oder einrichtungseigenes QM-System

Träger- oder einrichtungseigenes QM-System – implementiert

Im Jahr 2012 hatten 20 stationäre Rehabilitationseinrichtungen ein träger- oder einrichtungseigenes QM-System für die gesamte Einrichtung implementiert.

Träger- oder einrichtungseigenes QM-System – in Planung

Die Einführung eines träger- oder einrichtungseigenes QM-Systems ist in 10 Häusern für die gesamte Organisation geplant. Die Häuser sehen die Einführung für die Jahre 2013 bis 2014 vor.

4.4 Spezielle Qualitätsmodelle

17 stationäre Rehabilitationseinrichtungen gaben an, mindestens ein „spezielles Qualitätsmodell“ implementiert zu haben.

Das Modell Best Health Austria wurde von 7 Häusern implementiert, EMAS (Eco-Management and Audit Scheme) von 2 Häusern.

15 stationäre Rehabilitationseinrichtungen gaben an, ein „sonstiges“ spezielles Qualitätsmodell implementiert zu haben. Genannt wurden u. a. HACCP, ÖQUASTA, QMS-Reha (Manual Version 2.0), Selbsthilfefreundliches Krankenhaus.

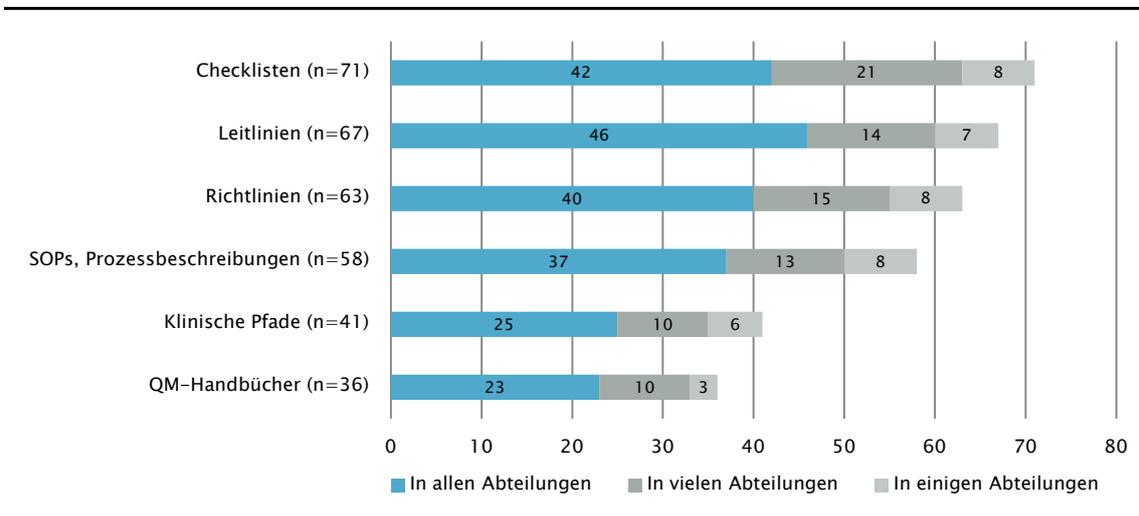
4.5 Instrumente der Qualitätsarbeit

4.5.1 Prozesse

Richtlinien, Leitlinien und klinische Pfade sind Standards, die idealtypische Abläufe und Verfahrensweisen beschreiben. Am häufigsten sind in den stationären Rehabilitationseinrichtungen Checklisten genannt (71 Häuser). Leitlinien in 67 Häusern, Richtlinien in 63 Häusern, SOPs, Prozessbeschreibungen in 58 Häusern, klinische Pfade in 41 Häusern, QM-Handbücher in 36 Häusern und interne/externe Audits in 30 Häusern. Alle Qualitätsinstrumente kommen mehrheitlich in allen Abteilungen vor.

Abbildung 4.8:

Häufigkeit der Anwendung und Reichweite von Qualitätsinstrumenten, ohne interne/externe Audits und „Sonstige“ (n = 72, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

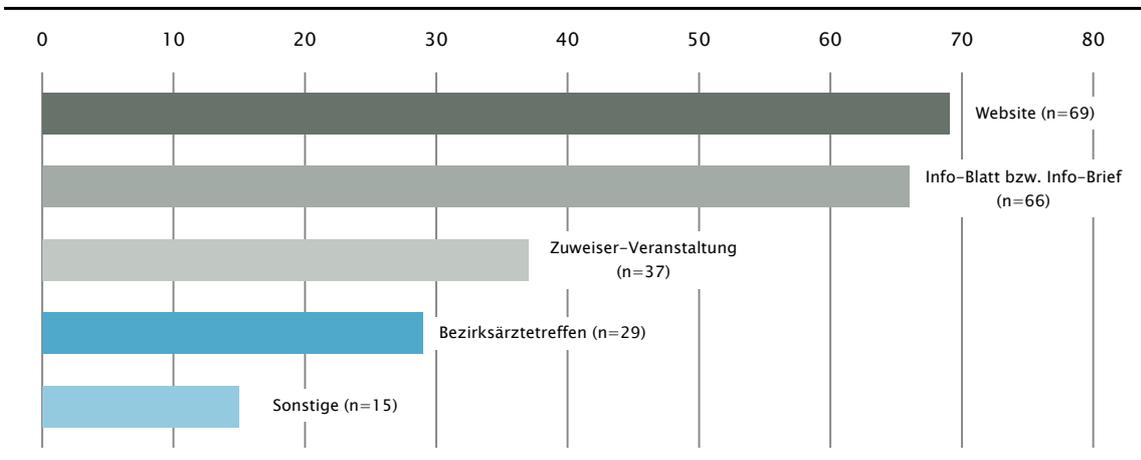
Neben den oben genannten Standards kommen in den stationären Rehabilitationseinrichtungen noch weitere Instrumente zum Einsatz. Von 5 Häusern wurden hierzu Angaben gemacht. Genannt wurden u. a. Dienstanweisung, Verfahrens-, Bereichs-, Arbeitsbeschreibungen, Anforderungsprofile für Therapien, Managementreview, Durchführung von Visiten (Pflege, Hygiene etc.).

4.5.2 Information über Aufnahmemodalitäten

Alle 72 stationären Rehabilitationseinrichtungen informieren Antragsteller/innen – zum Teil über mehrere Informationskanäle – über die Aufnahmemodalitäten in ihren Häusern. 69 stationäre Rehabilitationseinrichtungen tun dies über die Webseite, 66 Häuser mittels Info-Blatt bzw. Info-Briefes, 37 Häuser über eigene Zuweiser-Veranstaltungen und 29 Häuser im Rahmen von Bezirksärztetreffen. „Sonstige“ Möglichkeiten zur Informationsweitergabe nannten 15 stationäre Rehabilitationseinrichtungen. Folgende wurden u. A. genannt: Informationsveranstaltungen der Einrichtung, auf Anfrage telefonisch oder per Post, Besuche in den Arzt-Praxen oder in Krankenhäusern, Selbsthilfegruppen, Ärztetreffen, Patienteninfomappen, Zeitungsberichte.

Abbildung 4.9:

Wie werden die Antragsteller/innen über Aufnahmemodalitäten informiert?
(n = 72, Mehrfachantworten möglich)



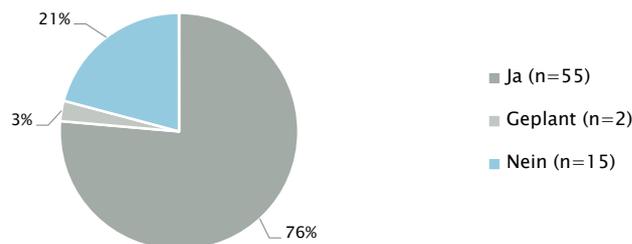
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.5.3 Indirektes Entlassungsmanagement / Übergangspflege

Indirektes Entlassungsmanagement bzw. Übergangspflege⁶ sind in 55 stationären Rehabilitations-einrichtungen implementiert. Die Einführung ist in 2 Häusern geplant.

Abbildung 4.10:

Sind indirektes Entlassungsmanagement bzw. Übergangspflege implementiert? (n = 72)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

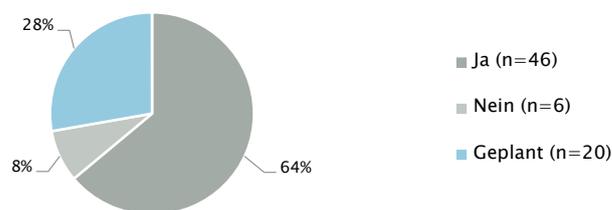
6

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.

4.5.4 Berichte über die Qualitätsarbeit

46 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (64 %) erstellen regelmäßig einen Bericht über ihre Qualitätsarbeit oder liefern einen Beitrag zu einem Sammelbericht (z. B. trägerweiten Bericht). Bei 20 weiteren Häusern ist dies in Planung.

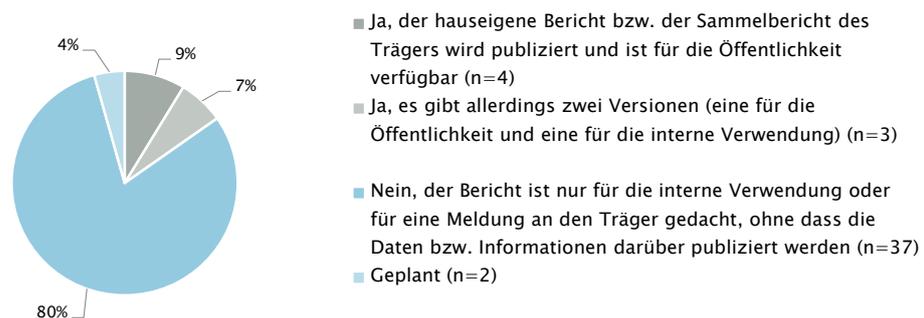
Abbildung 4.11:
Erstellen stationäre Rehabilitationseinrichtungen regelmäßig einen Bericht über die Qualitätsarbeit? (n = 72)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4 Häuser (9 %) publizieren ihre hauseigenen Berichte bzw. den Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes für die Öffentlichkeit. 3 der Häuser (7 %) veröffentlichen den Bericht in 2 unterschiedlichen Versionen (einen für die Öffentlichkeit, einen für die interne Verwendung). 37 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (80 %) veröffentlichen den Qualitätsbericht nicht, diese Berichte sind somit nur für die interne Verwendung bzw. für eine Meldung an den Träger/Fonds/Land gedacht. 2 Häuser planen die Veröffentlichung ihres Qualitätsberichtes.

Abbildung 4.12:
Werden die Qualitätsberichte veröffentlicht? (n = 46)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die meisten Qualitätsberichte werden jährlich erstellt (in 83 % der Fälle), 8 Häuser berichten dies in längeren Abständen.

4.5.5 Patientenorientierung

4.5.5.1 Patientenrechte

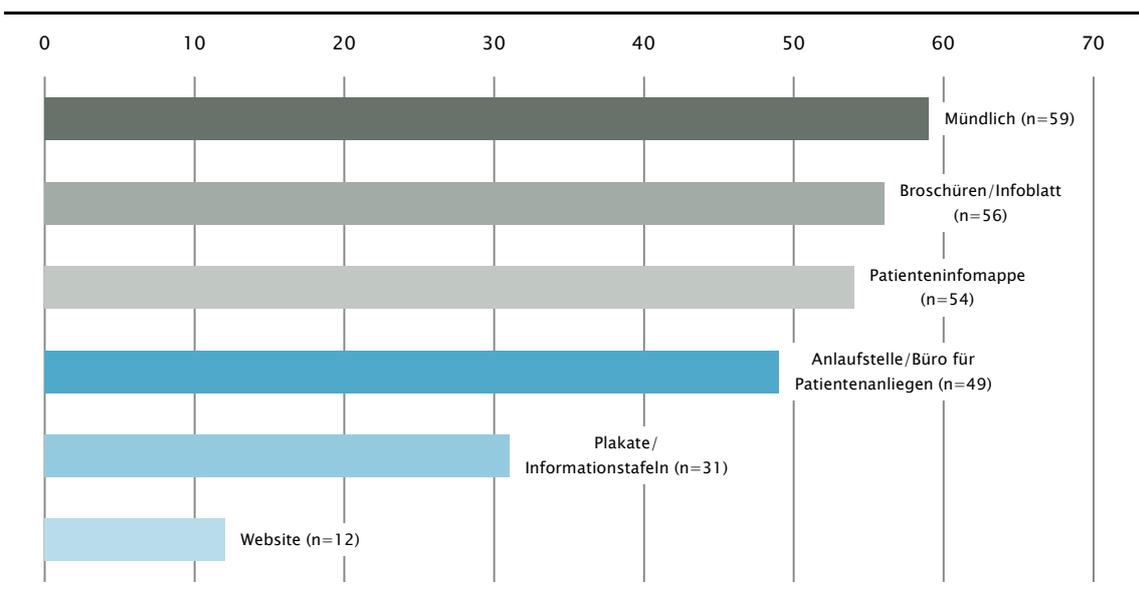
Meist nützen die stationären Reha-Einrichtungen mehrere Informationskanäle, um über Patientenrechte aufzuklären.

59 Häuser tun dies mündlich, 56 Häuser produzieren Broschüren/Infoblätter, 54 Häuser gestalten Patienteninfomappen, 49 Häuser informieren über die Anlaufstelle / das Büro für Patientenangelegenheiten, 31 Häuser nützen mittels Plakate/Informationstafeln und 12 Häuser publizieren über die Webseite.

Abbildung 4.13:

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

(n = 72, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter/innen zum Thema „Patientenrechte“ finden in 31 aller stationären Rehabilitationseinrichtungen statt (43 %).

4.5.5.2 Patientenbefragungen

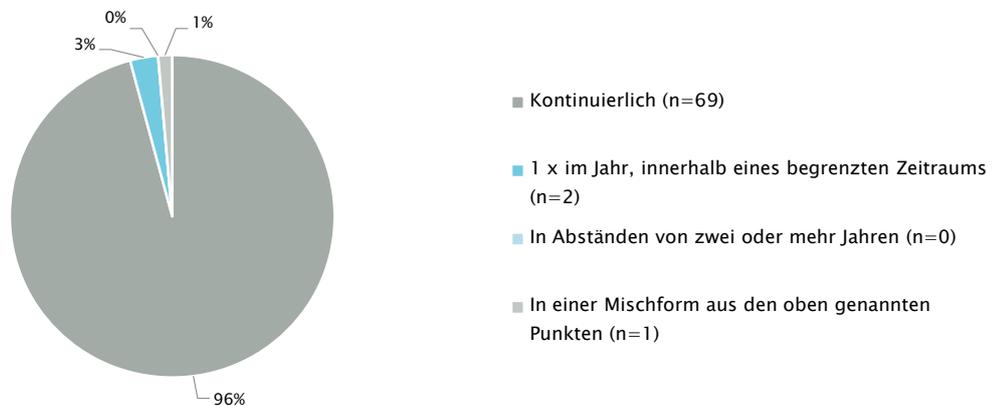
Patientenbefragungen werden in allen stationären Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt.

94 Prozent der Häuser führen diese in allen Abteilungen mit Patientenkontakt, 6 Prozent in einigen Abteilungen mit Patientenkontakt durch.

96 Prozent der Einrichtungen führen die Befragungen kontinuierlich durch, 3 Prozent befragen einmal pro Jahr, innerhalb eines begrenzten Zeitraums und ein Haus erhebt in der Mischform aus den genannten Möglichkeiten.

Abbildung 4.14:

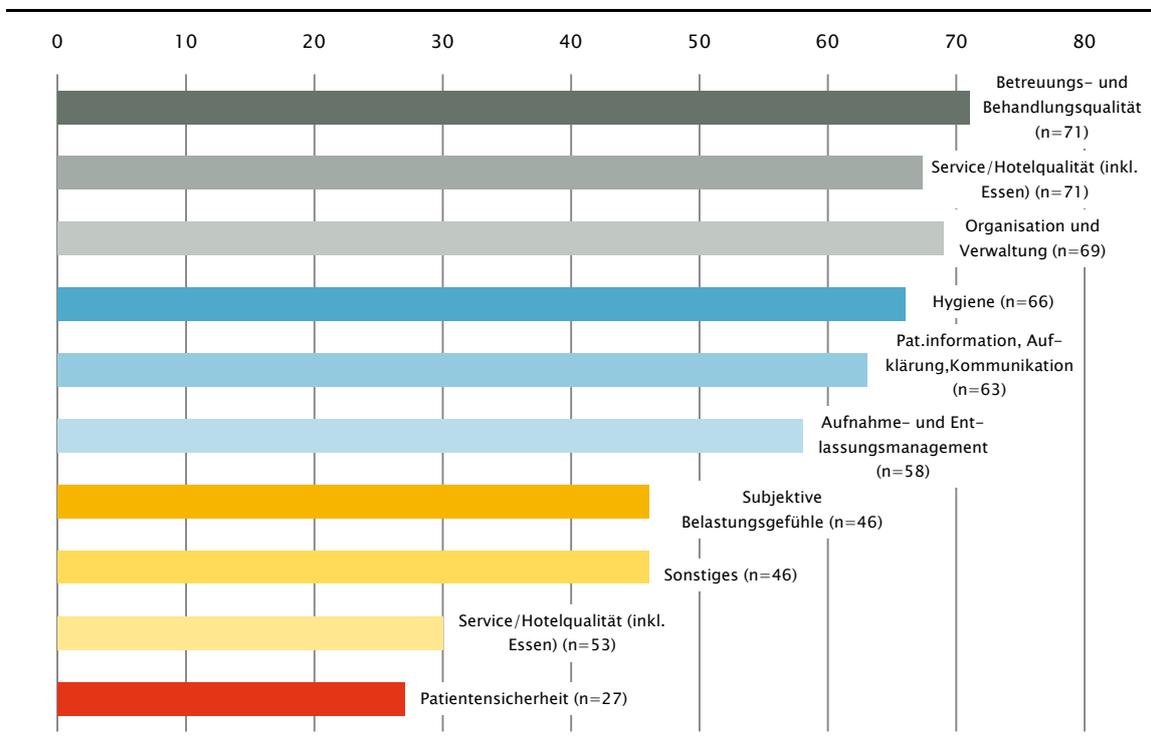
In welchen Intervallen erfolgen die Patientenbefragungen? (n = 72)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Am häufigsten werden Patientinnen und Patienten zu den Themen Betreuungs- und Behandlungsqualität sowie Service/Hotelqualität (inkl. Essen) befragt (99 %).

Abbildung 4.15:
Themengebiete der Patientenbefragungen (n = 72, Mehrfachantworten möglich)

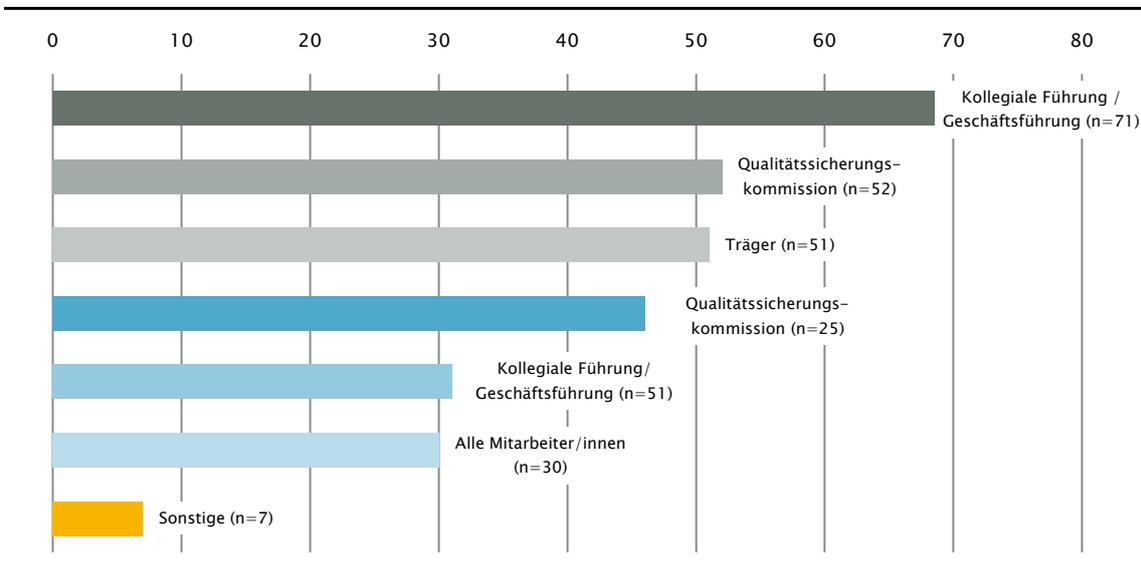


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Ergebnisse aus den Patientenbefragungen ergehen am häufigsten an die Kollegiale Führung / Geschäftsführung und an die Qualitätssicherungskommission. Weiters werden die Ergebnisse auch an Träger, Qualitäts- und/oder Risikomanagement und weniger häufig an den befragten Abteilungen bzw. den Mitarbeiterinnen / den Mitarbeitern rückgemeldet.

Abbildung 4.16:

Ergebnisse der Patientenbefragungen ergeben an folgende Stellen:
(n = 72, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.5.6 Mitarbeiterorientierung

4.5.6.1 Mitarbeiterbefragung

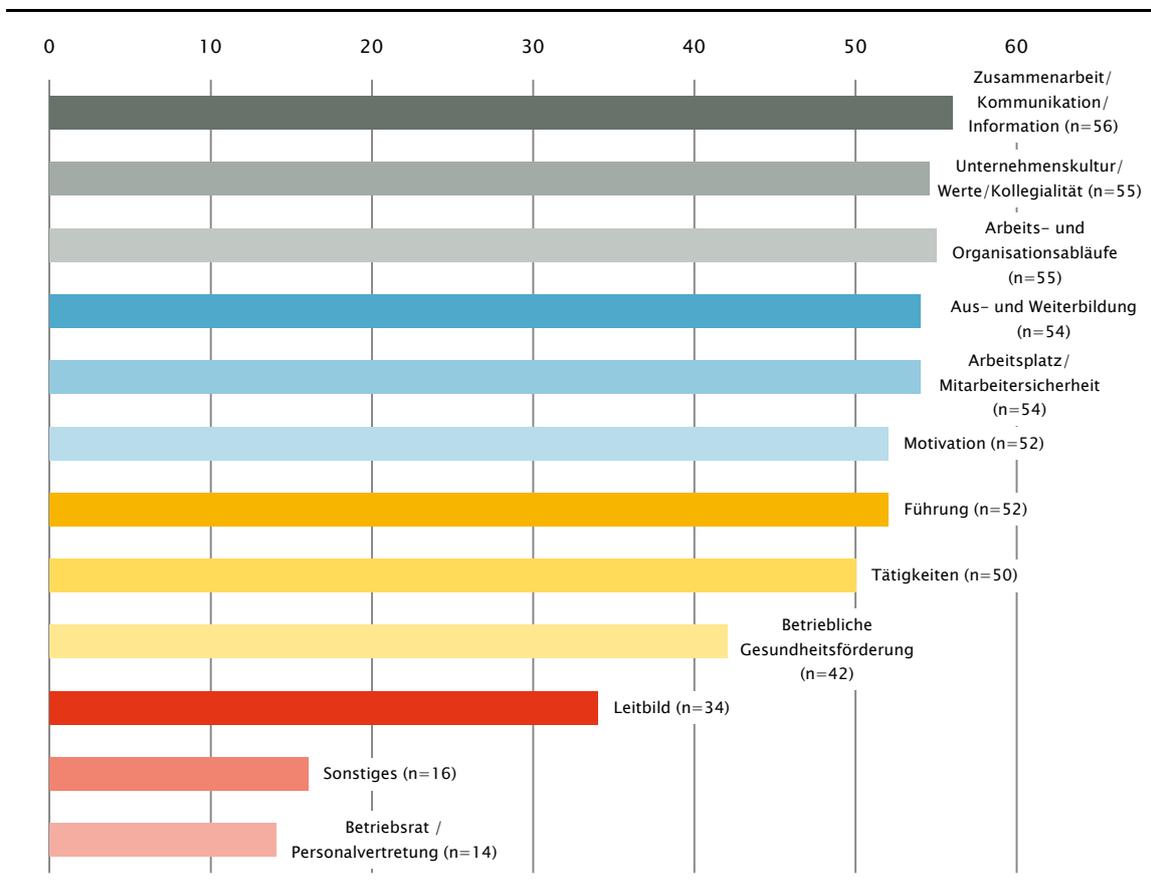
57 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (79 %) führen Mitarbeiterbefragungen durch. In 95 Prozent der Fälle werden alle Mitarbeiter/innen befragt, in 5 Prozent Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ausgewählten Bereichen. 15 Einrichtungen (21 %) führen keine Mitarbeiterbefragungen durch.

In 26 stationären Rehabilitationseinrichtungen (46 %) werden die Mitarbeiterbefragungen jährlich durchgeführt, andere Häuser befragen diese in längeren Abständen oder unregelmäßig.

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

Abbildung 4.17:

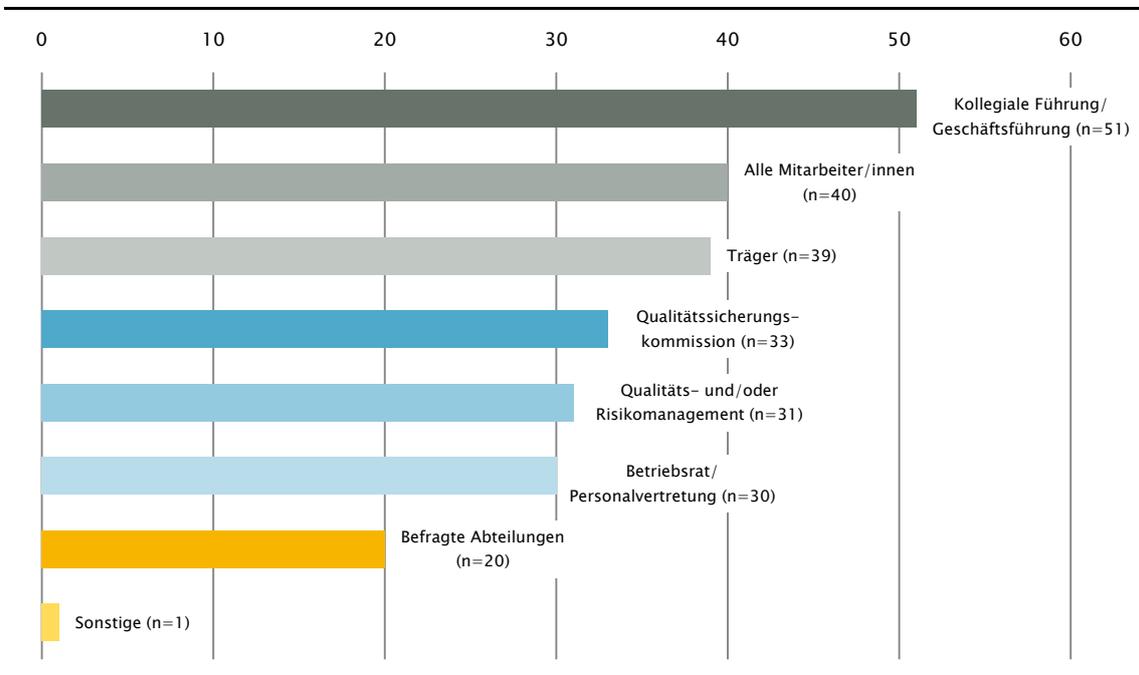
Themengebiete von Mitarbeiterbefragungen (n = 57, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Ergebnisse aus den Mitarbeiterbefragungen ergeben am häufigsten an die Kollegiale Führung / Geschäftsführung, alle Mitarbeiter/innen und an den Träger.

Abbildung 4.18:
 Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen ergehen an folgende Stellen
 (n = 57, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.5.6.2 Strukturierte Mitarbeitergespräche

In 63 stationären Rehabilitationseinrichtungen (88 %) werden strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt. In 42 dieser Häuser (67 %) werden mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, ansonsten nur in einigen Bereichen strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt (33 %). Die Gespräche finden in 49 Prozent der Häuser einmal im Jahr statt, bei den restlichen 51 Prozent in längeren Abständen bzw. unregelmäßig.

4.5.6.3 Strukturierte Erfassung der Fort- und Weiterbildung

In 71 stationären Rehabilitationseinrichtungen (99 %) werden die Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter/innen strukturiert erfasst.

Abbildung 4.19:

Werden die Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter/innen strukturiert erfasst? (n=72)

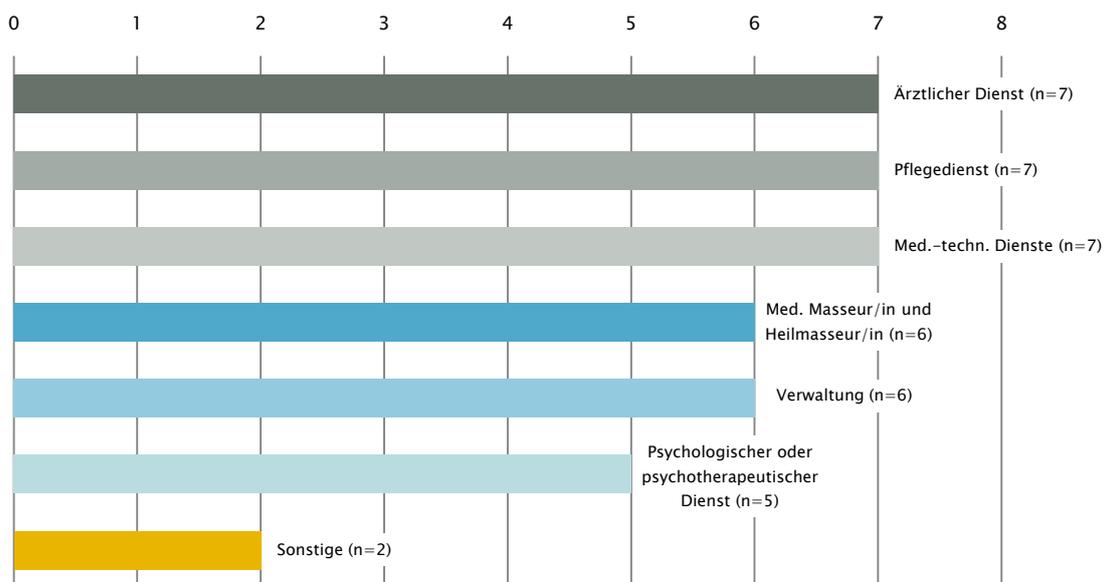


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

63 stationäre Rehabilitationseinrichtungen erfassen diese für alle Mitarbeiter/innen, 8 Einrichtungen für einzelne Mitarbeitergruppen. Dabei werden am häufigsten die Fort- und Weiterbildungen der Ärztlichen Dienste, Pflegedienste und Medizinisch-technischen Dienste erfasst, dahinter liegen jene der Mitarbeiter/innen im Bereich Medizinische/r Masseur/in und Heilmasseur/in, Verwaltung (inkl. Technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.) und Psychologischer oder psychotherapeutischer Dienst.

Abbildung 4.20:

Für welche Mitarbeitergruppen werden die Fort- und Weiterbildungen strukturiert erfasst? (n = 8, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

66 von 72 stationären Rehabilitationseinrichtungen koordinieren Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen zentral (z. B. Fortbildungsbeauftragte/r in der Rehabilitationseinrichtung oder des Trägers). 58 Häuser haben dies für alle Mitarbeitergruppen implementiert.

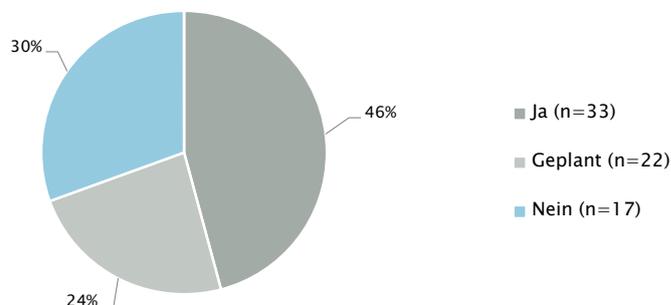
In 8 Häusern ist dies für einzelne Gruppen vorhanden: Ärztlicher Dienst (8 Häuser), Pflegedienst (7 Häuser), Medizinisch-technische Dienste (7 Häuser), Medizinische Masseurin / Medizinischer Masseur und Heilmasseurin / Heilmasseur (7 Häuser), Psychologischer oder psychotherapeutischer Dienst (4 Häuser), Verwaltung (inkl. Technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.) (7 Häuser).

4.5.6.4 Betriebliche Gesundheitsförderung / betriebliches Gesundheitsmanagement

In 33 stationären Rehabilitationseinrichtungen ist ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. zum betrieblichen Gesundheitsmanagement etabliert, in 22 Häusern ist ein solches geplant.

Abbildung 4.21:

Sind ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ein betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert (n = 72)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Folgende **verhaltensbezogene Maßnahmen** werden von den Häusern unter Anderem **gesetzt**: Bewegungsangebote wie Aquatraining, Beckenbodengymnastik, Bodytalk, Company Triathlon, Eishockey, Kraft- und Konditionstraining, orientalischer Tanz, Pilates, Radtouren, Rückentraining, Schneeschuhwandern, Schwimmen, Selbstverteidigung, Walken, Wandern, Wirbelsäulengymnastik, Yoga, Zumba, Maßnahmen für die psychische Gesundheit, wie Stressbewältigung, Bewusstseinsschulungen, Einzel- und Gruppensupervisionen, Entspannungsübungen, Intervision, Impfungen, z. B. Grippe, Lebensstil-Programme für Mitarbeiter/innen, telefonische Anlaufstelle („Sorgentelefon“ -von Psychologin besetzt), ärztliche arbeitsmedizinische Betreuung und Beratung, Vorsorgeuntersuchungen, Raucherentwöhnung, Programme zur gesunden Ernährung, Umgang mit Alkohol und Kostenunterstützung bei externen Angeboten, wie Sauna, Therapie.

Folgende **verhältnisbezogene Maßnahmen** werden von den Häusern unter Anderem **gesetzt**: ergonomischer Arbeitsplatz, Essensangebote, wie z. B. Frühstück, Mittag- und Abendessen, täglich frisches Obst; zum Teil auch für Angehörige, Möglichkeit zur Nutzung betrieblicher Einrichtungen (Schwimmbad, Sauna, Trainingstherapie), Projekt Gesund im Betrieb (GIB), flexible Dienstplangestaltung, Betriebsausflüge, Mitnahme der Mitarbeiter-Menüs für die Familie (an Wochenenden und Feiertagen), Analyse von Beziehungsstrukturen und gruppenspezifischen Maßnahmen, bereichsübergreifende Führungsbesprechungen, Verbesserung der Prozesse und Abläufe sowie rauchfreies Haus.

Folgende **verhaltensbezogene Maßnahmen** werden von den Häusern unter Anderem **geplant**: Angebote durch Physiotherapeuten, z. B. – WS – Gymnastik, Rückenschule, Yoga, Diätologin – Ernährungsberatung, Kinästhetik, Nutzungsmöglichkeit der Trainingstherapie sowie Schwimmhalle/Sauna für Mitarbeiter/innen, Schulungen/Seminare zu den Themen Ergonomie am Büroarbeitsplatz, Stress- und Burnout-Prävention und Suchtprävention.

Folgende **verhältnisbezogene Maßnahmen** werden von den Häusern unter Anderem **geplant**: Personalverpflegung, Schutzausrüstung, Arbeitsbekleidung, Mutterschutzevaluierungen, Betreuung/Evaluierung durch Sicherheitsfachkraft und Arbeitsmediziner/in.

4.5.7 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden

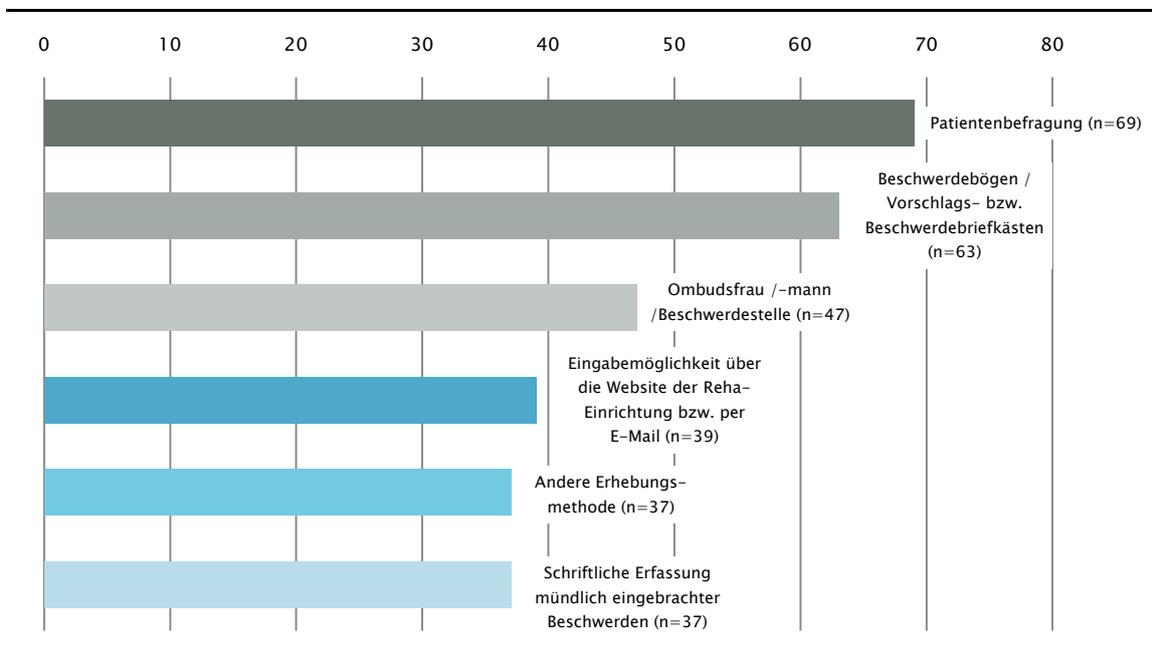
4.5.7.1 Erheben von Patientenbeschwerden und –vorschlägen

Vorschläge und Beschwerden der Patientinnen und Patienten werden in den Rehabilitationseinrichtungen unterschiedlich erhoben. Am häufigsten erfolgt dies über Patientenbefragungen, schriftliche Erfassung mündlich eingebrachter Beschwerden und Beschwerdebögen / Vorschlags- bzw. Beschwerdebriefkästen.

Abbildung 4.22:

Wie werden Vorschläge und Beschwerden der Patientinnen und Patienten erhoben?

(n = 72, Mehrfachantworten möglich)

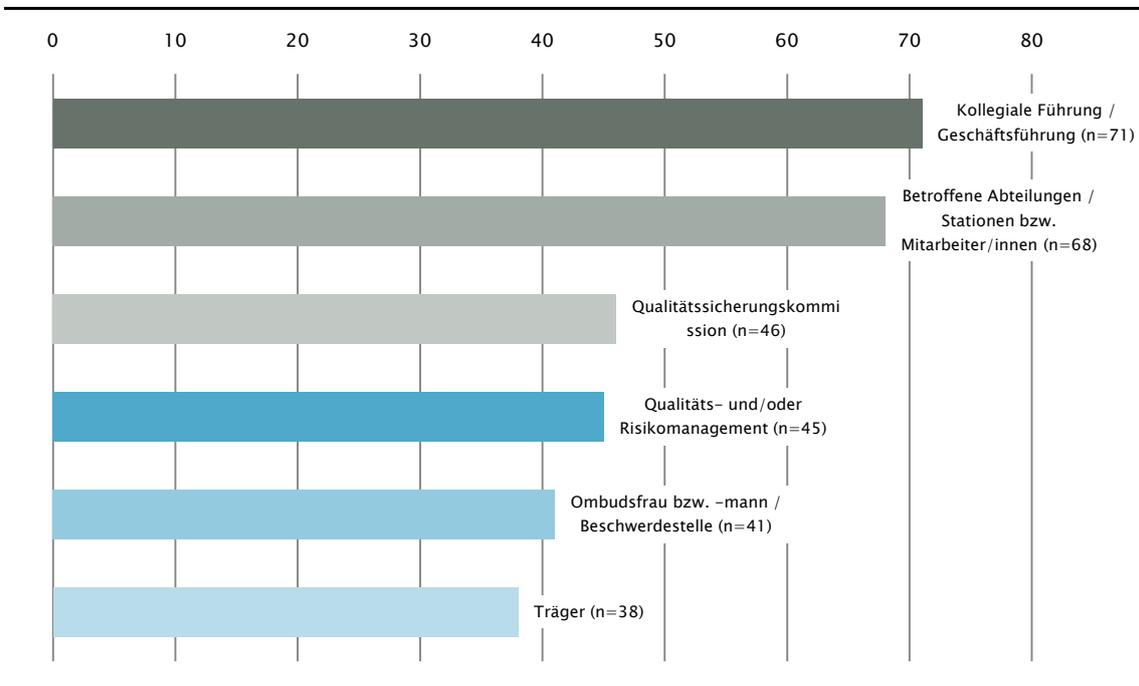


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Informationen aus Vorschlägen und Beschwerden ergehen primär an die kollegiale Führung / Geschäftsführung und betroffene Abteilungen/Stationen bzw. Mitarbeiter/innen.

Abbildung 4.23:

Informationen zu Vorschlägen und Beschwerden der Patientinnen und Patienten ergehen an folgende Stellen (n = 72, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

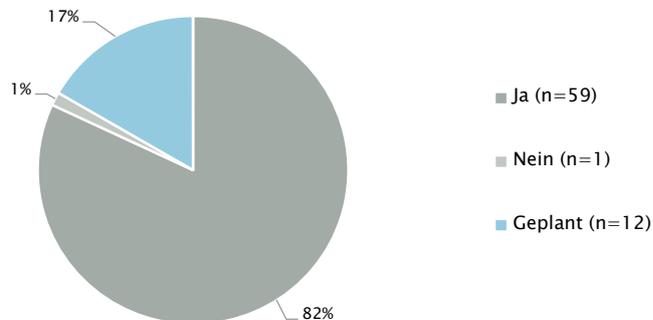
In 56 Häusern (78 %) erhalten Patientinnen und Patienten eine individuelle Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden: aus sonstigen schriftlich eingebrachten Vorschlägen und Beschwerden (50 Häuser), von Anregungen, die über Beschwerdebögen / Vorschlags- bzw. Beschwerdebriefkästen eingebracht werden (41 Häuser) und die, die über die Website bzw. per E-Mail eingereicht werden (40 Häusern). 9 Häuser (13 %) planen die Einführung einer individuellen Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden.

4.5.7.2 Strukturiertes Beschwerdemanagement

59 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (82 %) haben ein strukturiertes Beschwerdemanagement implementiert, d. h. ein systematisches Vorgehen zur Bearbeitung von Beschwerden. 1 Häuser (17 %) planen eine Einführung.

Abbildung 4.24:

Gibt es für die Bearbeitung von Beschwerden ein systematisches Vorgehen (strukturiertes Beschwerdemanagement)? (n = 72)



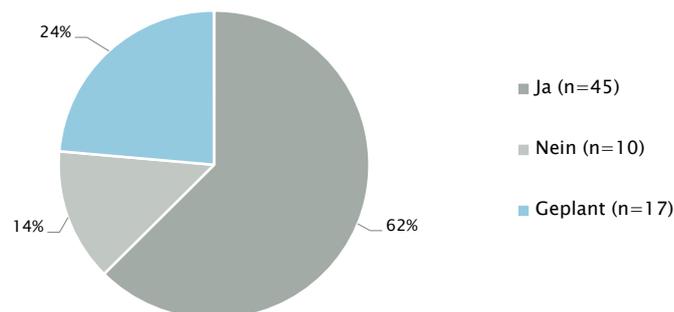
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.5.7.3 Betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement

45 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (62 %) geben an, ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen eingerichtet zu haben, in 17 Häusern ist eines in Planung.

Abbildung 4.25:

Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen? (n = 72)



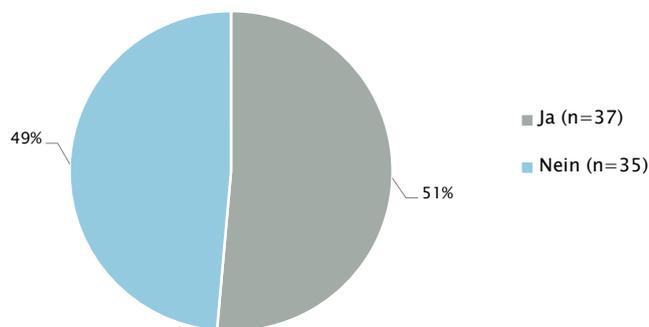
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.5.8 Hausübergreifende Qualitätsprojekte

Qualitätssicherung findet in den stationären Rehabilitationseinrichtungen nicht nur hausintern statt – 37 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (51 %) nehmen an hausübergreifenden Qualitätsprojekten teil. 3 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (4 %) nehmen an Qualitätsregistern teil. Genannt wurden die Teilnahme an Labor-/Ringversuchen, ÖQUASTA und Tumorregister. An Wettbewerben/Ausschreibungen zu Qualitätspreisen nimmt keine stationäre Rehabilitationseinrichtung teil. Die Kategorie „sonstige“ Qualitätsprojekte wurde von 7 Häusern gewählt.

Abbildung 4.26:

Teilnahme an häuserübergreifenden Qualitätsprojekten (n = 72, Mehrfachnennungen möglich)

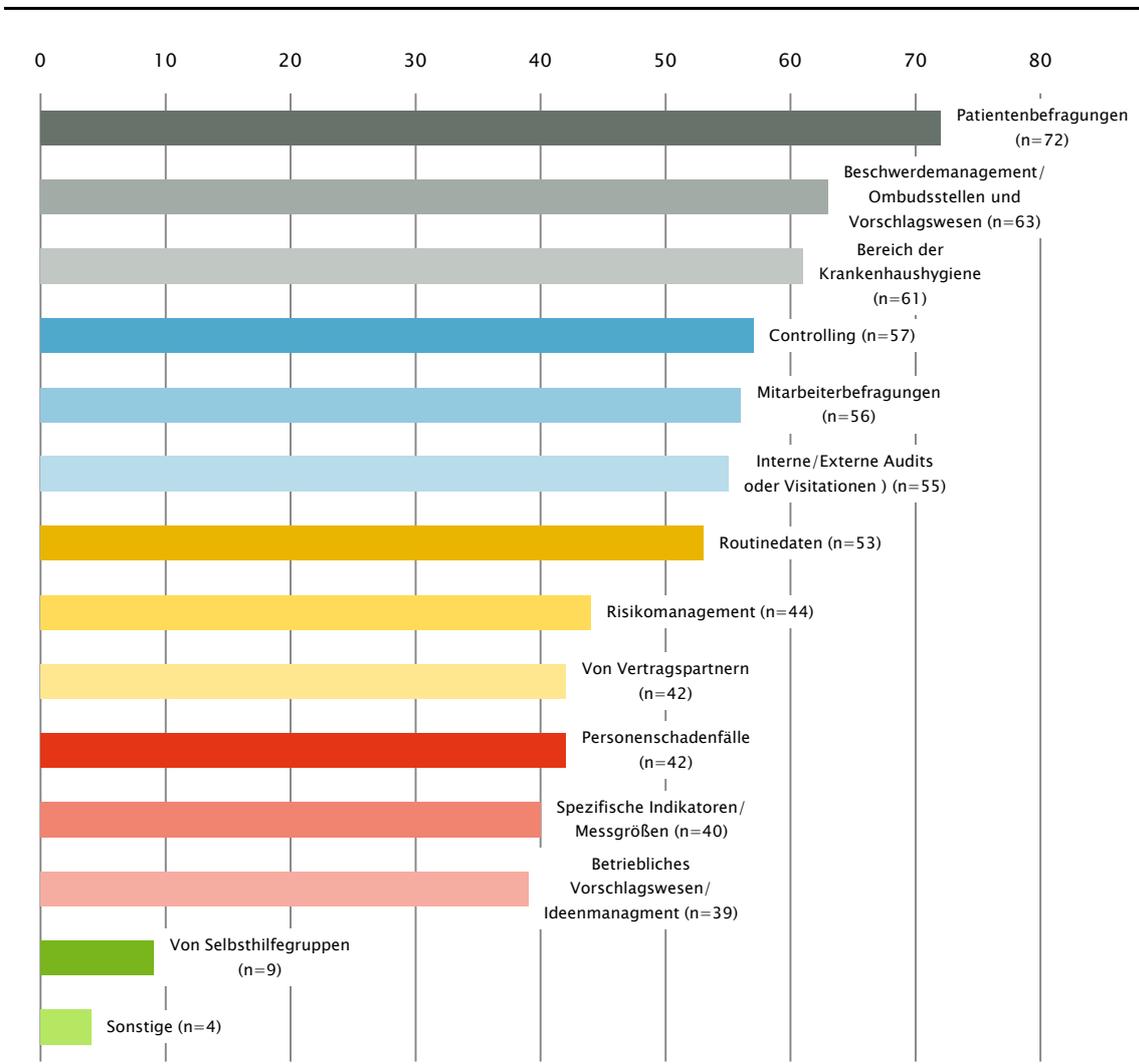


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.5.9 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

In allen stationären Rehabilitationseinrichtungen werden kontinuierliche Verbesserungsprozesse initiiert, die auf unterschiedlichen Daten, Auswertungen oder Informationen basieren. Am häufigsten werden hierfür Daten aus Patientenbefragungen, Beschwerdemanagement/Ombudsstellen und Vorschlagswesen, dem Bereich Krankenhaushygiene, Controlling, Mitarbeiterbefragungen und interne/externen Audits oder Visitationen (z. B. Vertragspartnerkontrolle) verwendet.

Abbildung 4.27:
 Daten, Auswertungen oder Informationen auf deren Basis kontinuierliche
 Verbesserungsprozesse initiiert werden (n = 72, Mehrfachantworten möglich)



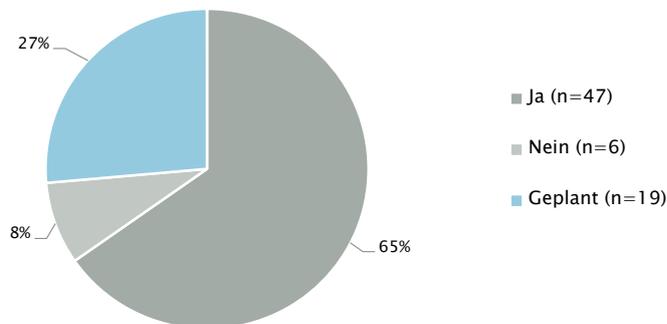
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Kategorie „Sonstige“ wurde von 4 Häusern gewählt.

In 47 stationären Rehabilitationseinrichtungen (65 %) ist das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses verankert, weitere 19 Häuser planen die Implementierung eines solchen.

Abbildung 4.28:

Ist in den stationären Rehabilitationseinrichtungen das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert? (n = 72)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.6 Patientensicherheit und Risikomanagement

4.6.1 Instrumente des Risikomanagements

Im Erhebungsjahr war in 47 stationären Rehabilitationseinrichtungen (65 %) zumindest ein Instrument des Risikomanagements in Verwendung und in 39 Häusern (54 %) war die Implementierung mindestens eines (weiteren) Instruments in Planung.

Am häufigsten zum Einsatz kommen Checklisten für ein strukturiertes Vorgehen in besonders gefahrgeneigten Situationen (z. B. Notfall-Checkliste) gefolgt von hausinternen/trägerinternen Fehlermelde- und Lernsystemen (Reporting & Learning-Systeme). Die Kategorie „Sonstige“ wurde von 4 Häusern gewählt, wobei folgende Instrumente genannt wurden: Ablaufprotokolle, Ablaufbeschreibungen, Beispielsammlungen, Risikobeurteilungen, Risikoteams, RM-Informationssysteme.

Bei den in Planung befindlichen Instrumenten werden am häufigsten übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at) und Risikoanalyse genannt.

Tabelle 4.3:

Instrumente des Risikomanagements (n = 60, Mehrfachantworten möglich)

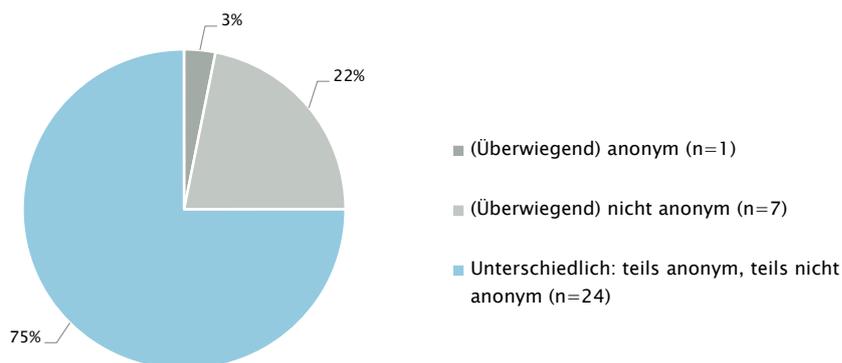
Instrument	In Verwendung	Geplant
Haus-/trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme	32	15
Übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at)	9	24
Risikoanalyse	19	23
Fehleranalyse	10	19
Checklisten für ein strukturiertes Vorgehen in besonders gefahrgeneigten Situationen (z. B. Notfall-Checkliste)	45	11
Sonstige	4	1

Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In Fehlermelde- und Lernsysteme wird in 24 Häusern teils anonym, teils nicht anonym gemeldet, in 7 Häusern (überwiegend) nicht-anonym und in einem Haus (überwiegend) anonym.

Abbildung 4.29:

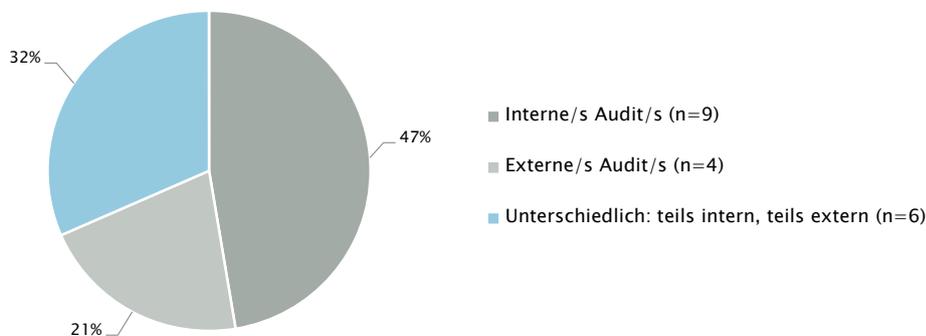
Art der Meldung bei hausinternen/trägerinternen Fehlermelde- und Lernsystemen (n = 32)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Risikoanalysen werden in der Mehrheit der Häuser mit Hilfe von internen Audits durchgeführt (9 Häuser). Zum Teil werden diese ausschließlich mittels externer Audits durchgeführt (4 Häuser), 6 Häuser führen die Risikoanalyse ausschließlich mit Hilfe internen und externen Audits durch.

Abbildung 4.30:
Art der Durchführung von Risikoanalysen (n = 19)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.6.2 Konzept für Risikomanagement

In 44 Häusern (61 %) gibt es Konzepte für Risikomanagement, also ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern. Weitere 23 Häuser (32 %) haben die Einführung eines Konzeptes geplant.

4.6.3 Einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements

Die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements gestaltet sich in den stationären Rehabilitationseinrichtungen unterschiedlich. In 39 Häusern wird diese Aufgabe von mehreren Stellen gleichzeitig wahrgenommen, in den anderen 33 Häusern von einer Stelle.

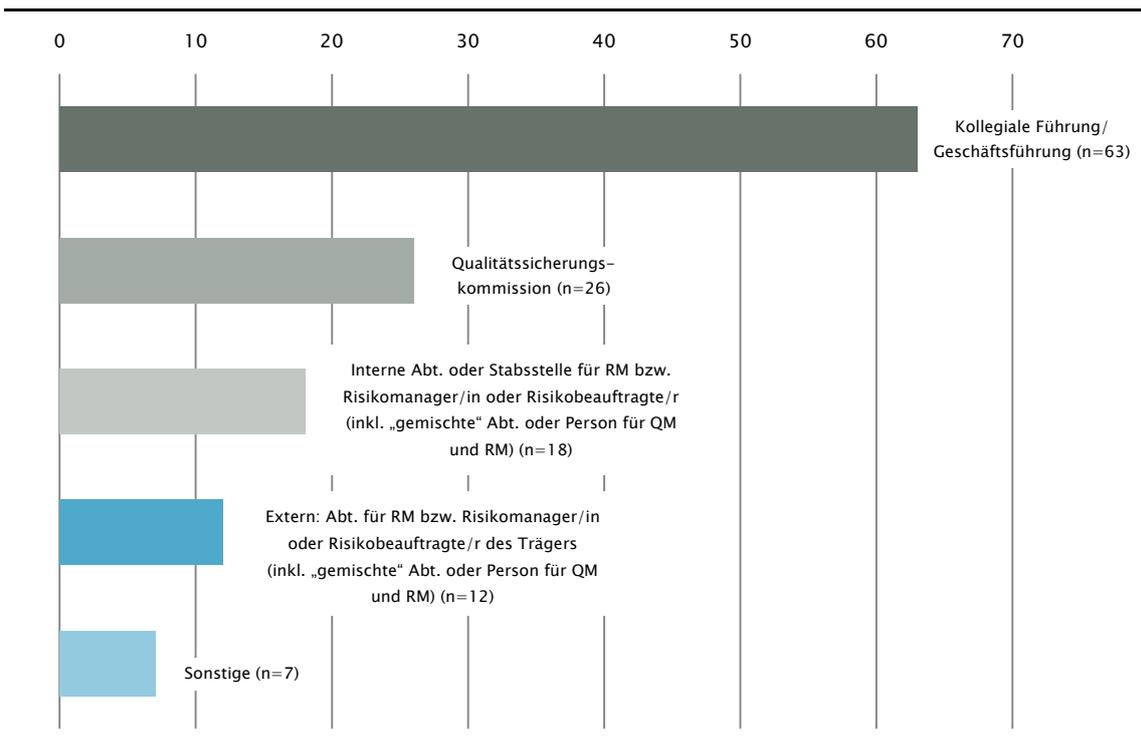
Koordinierende Stellen

In 2 stationären Rehabilitationseinrichtungen 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 27 Häusern übernimmt diese Aufgabe ausschließlich die Kollegiale Führung / Geschäftsführung, in 2 Häusern ausschließlich die Qualitätssicherungskommission. Zusätzlich wird von 2 Häusern eine andere Stelle (CIRPS-Vertrauensteam) genannt, die die einrichtungsweite Koordination übernimmt.

In 39 Häusern wird die Aufgabe der einrichtungsweiten Koordination des Risikomanagements von mehreren der oben genannten Stellen übernommen.

Zusätzlich sind noch andere Stellen oder Abteilungen in die Koordination eingebunden, so wurden unter der Kategorie „Sonstige“ z. B. genannt: CIRPS-Vertrauensteam, Arbeitsmediziner/in, Sicherheitsvertrauenspersonen, technischer Überwachungsverein.

Abbildung 4.31:
Einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements in stationären Rehabilitationseinrichtungen (n = 72, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Vollzeitäquivalente und Köpfe für die einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements

22 Häuser (31 %) der 72 Einrichtungen können Vollzeitäquivalente (VZÄ) für die einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements in ihren Rehaeinrichtungen beziffern.

In Summe wurden 22,2 VZÄ rückgemeldet. Die 22,2 VZÄ verteilen sich auf insgesamt 69 Personen (Köpfe). Die Angaben reichen von einer Person bis hin zu 9 Personen.

Nachstehende Tabelle zeigt die durchschnittlichen Vollzeitäquivalenten für die einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements nach Einrichtunggröße.

Tabelle 4.4:

Vollzeitäquivalente für die einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements nach Größe der stationären Rehabilitationseinrichtung (n = 22)

Größe der stationären Rehabilitationseinrichtung nach Bettenanzahl	Stellen (in VZÄ) für die einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements	Anzahl der Häuser	Durchschnittliche VZÄ je Bettengruppe
1 bis 99 Betten	1,5	2	0,8
100 bis 199 Betten	18,7	18	1,0
200 bis 299 Betten	2,0	2	1,0
Gesamtergebnis	22,2	22	-

Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

50 Häuser (69 %) machen keine VZÄ-Angaben. 47 Häuser können aber die Anzahl der Personen (Köpfe) angeben, die mit der einrichtungswerten Koordination von Risikomanagement betraut sind. Gesamt wurden hierfür 197 Personen genannt, die Angaben sprechen von einer Person bis hin zu 11 Personen. Nachstehende Tabelle zeigt die Anzahl der Personen (Köpfe) für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit nach Einrichtungsgröße.

Tabelle 4.5:

Anzahl der Personen (Köpfe) für die einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements nach Größe der stat. Rehabilitationseinrichtung (n = 47)

Größe der stationären Rehabilitationseinrichtung nach Bettenanzahl	Anzahl der Personen (Köpfe) für die einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements	Anzahl der Häuser	Durchschnittliche VZÄ je Bettengruppe
1 bis 99 Betten	38	12	3,2
100 bis 199 Betten	98	24	4,1
200 bis 299 Betten	60	10	6,0
300 bis 499 Betten	1	1	1,0
Gesamtergebnis	197	47	4,2

Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In Summe wurden in den 69 rückmeldenden stationären Rehabilitationseinrichtungen, die Angaben zu den Personen machen können, somit 257 Personen (Köpfe) für die einrichtungswerten Koordination des Risikomanagements gemeldet.

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

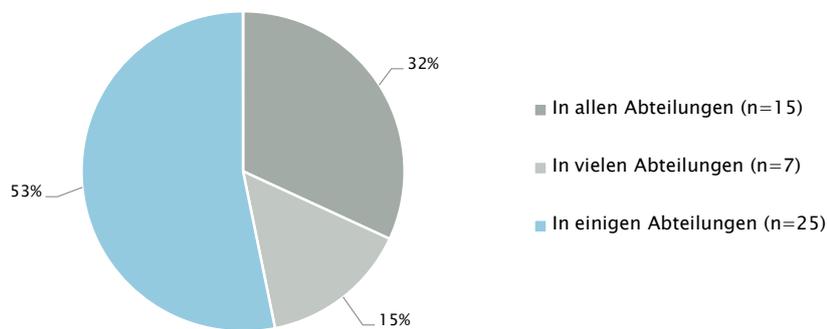
4.6.4 Risikomanagement–Ansprechpersonen in Abteilungen

47 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (65 %) geben an, Ansprechpersonen für das Risikomanagement in Abteilungen definiert zu haben. 15 davon haben Ansprechpersonen in allen Abteilungen des Hauses.

Abbildung 4.32

In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartner/innen für Risikomanagement?

(n = 47)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4.6.5 Risikomanagement–Ausbildung

Zehn stationäre Rehabilitationseinrichtungen (14 %) geben an, dass in ihrem Haus Mitarbeiter/innen mit spezieller Risikomanagement–Ausbildung tätig sind. Insgesamt sind dies 22 Personen. Der Durchschnitt liegt bei 2,2 Personen pro Haus. Die Antworten streuen zwischen einer und 4 Personen pro Haus.

13 stationäre Rehabilitationseinrichtungen konnten nur die Zahl der Mitarbeiter/innen schätzen und gaben daher eine Schätzung ab. Diese belief sich in allen Häusern auf ein bis 5 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.

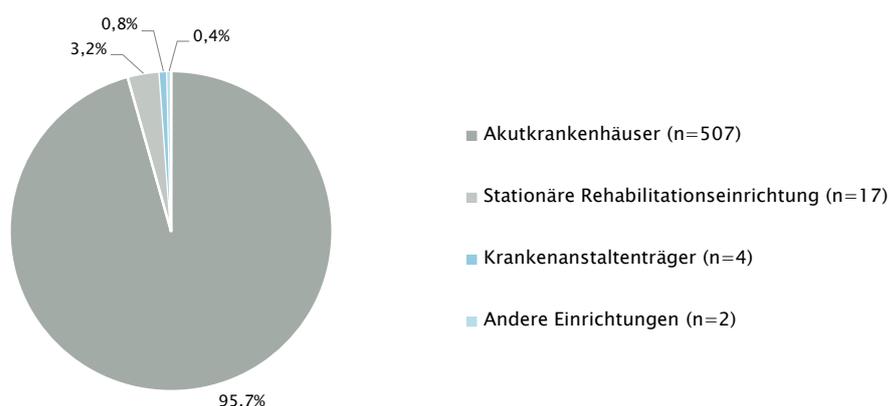
In Summe wurden bis zum Stichtag 12. April 2013 von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Qualitätsplattform 530 ausgewählte Projekte in der Projektdatenbank eingetragen.

5.1 Eintragende Einrichtungen

Der Großteil der 530 eingetragenen Projekte wurde von Akutkrankenhäusern eingetragen (95,7 %). 17 Projekte wurden von den stationären Rehabilitationseinrichtungen, vier 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)

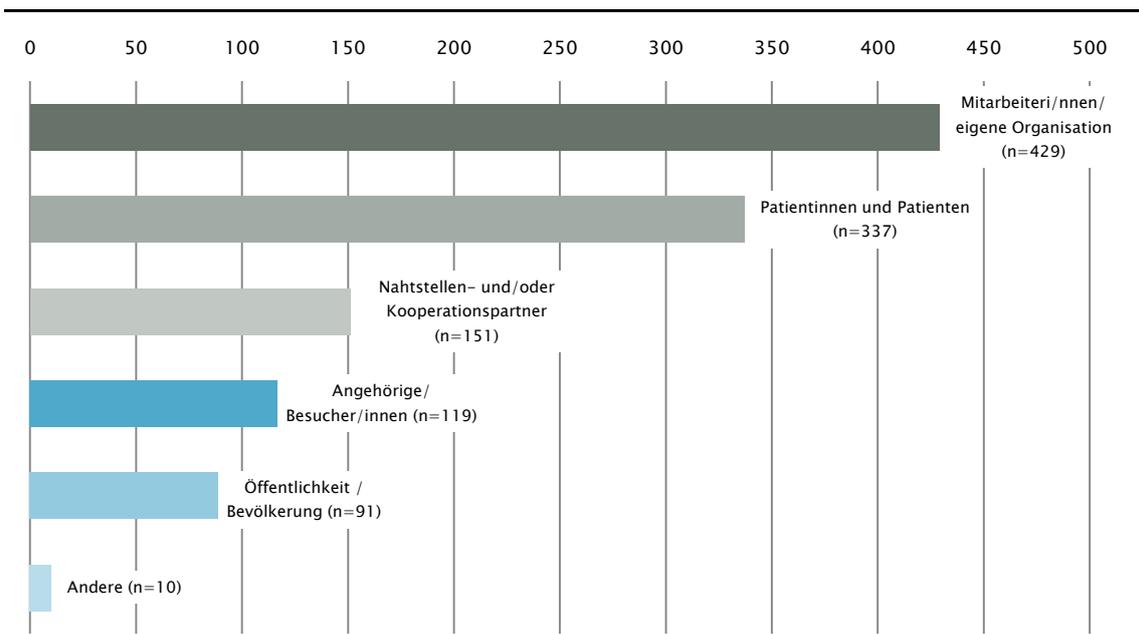


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

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 2 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)

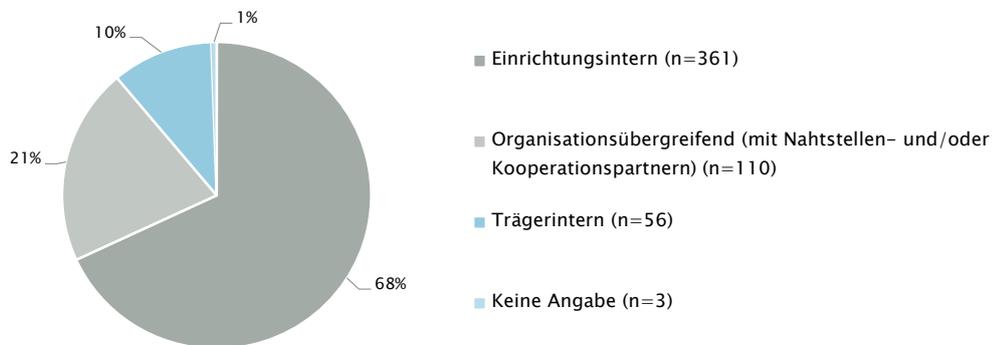


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

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)

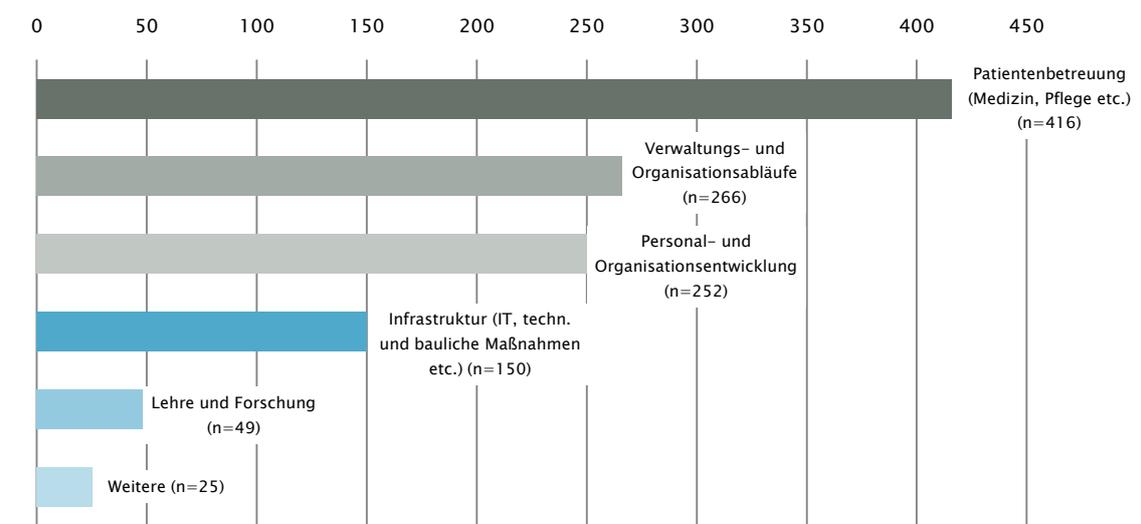


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

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 5 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)

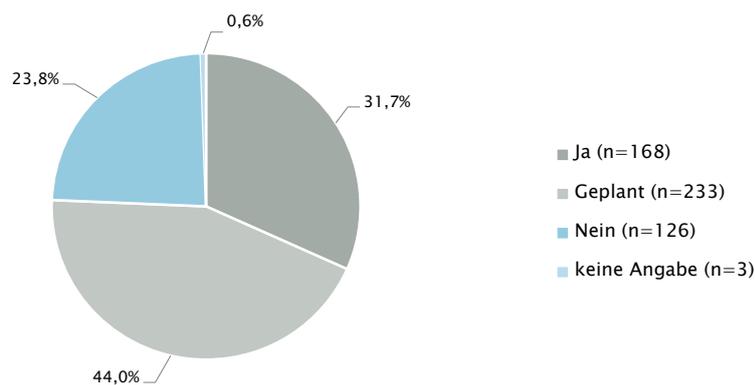


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

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)

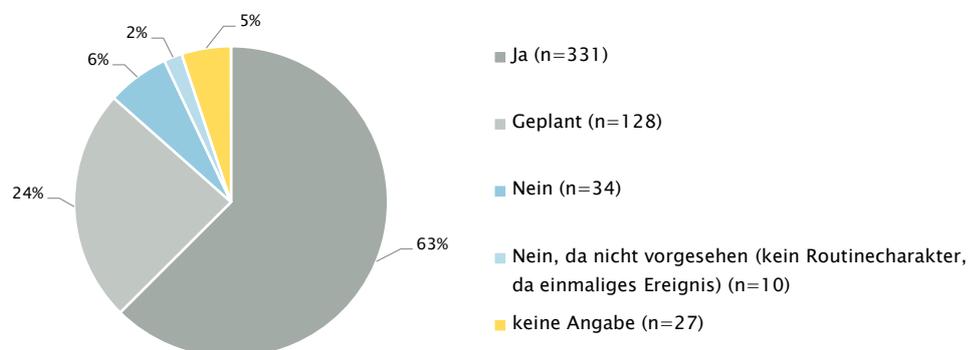


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

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.

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

Anhang

Anhang 1: Teilnehmende stationäre Rehabilitationseinrichtungen

Anhang 2: Fragebogen zu Qualitätsstrukturen und -arbeit

Anhang 3: Fragebogen zu Projekten

Anhang 1

Teilnehmende stationäre Rehabilitations- einrichtungen

Tabelle Anhang 1
Stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach Bundesländern

Bundesland	Rehabilitationseinrichtung
Burgenland	Der Sonnberghof
Burgenland	Sonderkrankenanstalt für neurologische Rehabilitation Kittsee
Burgenland	Sonderkrankenanstalt Zicksee
Burgenland	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Bad Tatzmannsdorf
Burgenland	Therapiezentrum Rosalienhof
Burgenland	Sonnenpark Neusiedlersee ¹
Kärnten	Sonderkrankenanstalt für med. Rehabilitation – Thermenhof Warmbad-Villach
Kärnten	Gailtal-Klinik Hermagor
Kärnten	Reha-Klinik für Seelische Gesundheit
Kärnten	Reha-Klinik Agathenhof
Kärnten	LKH Wolfsberg – Zentrum für Lymphologie
Kärnten	Gesundheitsresort Bad St. Leonhard
Kärnten	Sonderkrankenanstalt Althofen
Niederösterreich	Sonderkrankenanstalt Moorheilbad Harbach
Niederösterreich	Rehabilitationsklinik Gars am Kamp
Niederösterreich	Therapiezentrum Buchenberg
Niederösterreich	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Hohegg
Niederösterreich	Rehabilitationszentrum Weißer Hof
Niederösterreich	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Laab im Walde
Niederösterreich	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Alland
Niederösterreich	Klinikum am Kurpark Baden
Niederösterreich	Gesundheitsresort Raxblick
Niederösterreich	Lebens.Resort Ottenschlag
Niederösterreich	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Felbring
Niederösterreich	Klinikum Malcherhof Baden
Niederösterreich	Waldsanatorium Perchtoldsdorf
Niederösterreich	Rehabilitationszentrum Engelsbad
Niederösterreich	Rheumasonderkrankenanstalt Baden der NÖGKK
Niederösterreich	Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs
Niederösterreich	Klinik Pirawarth, Kur- und Rehabilitationszentrum
Niederösterreich	Sonderkrankenanstalt für Psychiatrie Krems-Hollenburg

Fortsetzung nächste Seite

¹ Nicht im Krankenanstalten-Verzeichnis 2012 des Bundesministeriums für Gesundheit enthalten.

Bundesland	Rehabilitationseinrichtung
Oberösterreich	Gesundheitszentrum Aspach
Oberösterreich	HerzReha Herz-Kreislauf-Zentrum Bad Ischl
Oberösterreich	Klinik Wilhering
Oberösterreich	Klinikum Bad Hall für Herz-Kreislauf- und neurologische Rehabilitation
Oberösterreich	Krankenanstalt Schallerbacherhof
Oberösterreich	Rehabilitations- und Kurzentrum Austria
Oberösterreich	Reha-Klinik Neydharting
Oberösterreich	Sanatorium Prim. Dr. Rupp – Regeneratorium St. Georgen
Oberösterreich	Sonderkrankenanstalt für neurologische Rehabilitation Altmünster
Oberösterreich	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Bad Ischl
Oberösterreich	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Bad Schallerbach
Oberösterreich	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Weyer
Oberösterreich	Sonnenpark Bad Hall
Salzburg	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Bad Hofgastein
Salzburg	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Saalfelden
Salzburg	Klinikum Bad Gastein
Salzburg	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Großgmain
Salzburg	NeuroCare Rehaklinik Salzburg
Salzburg	Rehabilitationszentrum Hallein
Salzburg	Rehabilitationszentrum Oberndorf
Salzburg	Medizinisches Zentrum Bad Vigaun
Steiermark	Rehabilitationsklinik Tobelbad
Steiermark	Klinikum für Lungen- und Stoffwechselerkrankungen Bad Gleichenberg
Steiermark	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Gröbming
Steiermark	Klinik Judendorf-Straßengel
Steiermark	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Bad Aussee
Steiermark	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum St. Radegund
Steiermark	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Aflenz
Steiermark	Rehabilitationszentrum Stolzalpe
Steiermark	Reha Radkersburg Klinik Maria Theresia
Steiermark	Theresienhof Klinikum für Orthopädie und orthopädische Rehabilitation
Steiermark	Privatklinik St. Radegund
Steiermark	Privatklinik Laßnitzhöhe

Fortsetzung Tabelle Anhang 1 – Seite 2 von 3

Bundesland	Rehabilitationseinrichtung
Tirol	Rehabilitationszentrum Häring
Tirol	Wittlinger Therapiezentrum Walchsee
Tirol	Sonnenpark Lans ²
Tirol	Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche nach Organtransplantationen Iselsberg
Tirol	Rehazentrum Münster
Vorarlberg	Rehabilitationsklinik Montafon
Wien	Rehabilitationszentrum Meidling
Wien	Neurologisches Rehabilitationszentrum Rosenhügel

Quelle: GÖG/BIQG-eigene Darstellung

² Nicht im Krankenanstalten-Verzeichnis 2012 des Bundesministeriums für Gesundheit enthalten.

Anhang 2
Fragebogen zu Qualitätsstrukturen und
-arbeit

Qualitätsplattform: Strukturen und Instrumente der Qualitätsarbeit in medizinischen (stationären) Rehabilitationseinrichtungen

1. ALLGEMEINE BESCHREIBUNG				
1.1 Reha-Einrichtung:	(vorausgefüllt)	1.2 Gültig für das Jahr:	(vorausgefüllt)	
Neu: 1.3 Spezialisierung (Vorausgefüllt auf Basis jener Daten, die für den REHA-Kompass an die GÖG übermittelt werden)	<input type="checkbox"/> Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats <input type="checkbox"/> Erkrankung des zentralen und peripheren Nervensystems <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen <input type="checkbox"/> Erkrankung des Stoffwechsel- und Verdauungssystems <input type="checkbox"/> Pulmologische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Unfall- und neurochirurgische Eingriffe <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Weitere Indikationen			
1.4 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:	_____
1.5 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:	_____
1.6 Bettenstation im Haus vorhanden?	<input type="radio"/> Ja → wie viele Betten? _____ <input type="radio"/> Nein			
1.7 Betreuung ambulanter Patientinnen / Patienten?	<input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> Nein		Wie viele Fälle? _____ (optional)	
2. STRATEGISCHE VERANKERUNG DER QUALITÄTSARBEIT				
2.1 Ist in Ihrer Reha-Einrichtung ein Leitbild definiert? i: Es zählt ein Leitbild der Reha-Einrichtung oder auch jenes des Trägers, das für die Reha-Einrichtung gilt. Leitbilder für einzelne Bereiche der Reha-Einrichtung oder Berufsgruppen (z.B. Pflegeleitbilder) sind hier nicht gemeint.				<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> In Erarbeitung
2.2 Ist in Ihrer Reha-Einrichtung eine Qualitätsstrategie schriftlich festgelegt? i: Es zählt eine Qualitätsstrategie der Reha-Einrichtung oder auch jene des Trägers, die für die Reha-Einrichtung gilt.	<input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> Nein	2.2.1 Sind konkrete Qualitätsziele aus der Qualitätsstrategie abgeleitet? i: Qualitätsziele leiten sich aus der Qualitätsstrategie ab und sollen den allgemeinen Kriterien (spezifisch, messbar, erreichbar, realistisch, terminisiert) genügen.	<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 Ihrer Reha-Einrichtung aus Vertreterinnen und Vertretern folgender Berufsgruppen / Bereiche: (Mehrfachantworten möglich)	Berufsgruppen / Bereiche		Anzahl der Mitglieder (nur Hauptmitglieder ohne Vertretungen)
	<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Dienst	_____
	<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"/>	Medizinische Masseurin / Medizinischer Masseur und Heilmasseurin / Heilmasseur	_____
	<input type="checkbox"/>	Rechtsträger	_____
	<input type="checkbox"/>	Betriebsrat / Personalvertretung	_____
<input type="checkbox"/>	Sonstige	_____	
3.2 Gibt es eine Geschäftsordnung für die QSK? <i>i: Die Geschäftsordnung eines Gremiums ist die Zusammenfassung aller Verfahrensregelungen, nach denen Sitzungen und Versammlungen dieses Gremiums abzulaufen haben.</i>			<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 Patientenanwaltschaft, 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 <i>(fixe Widmung, z. B. in einem Stellenplan)? Wenn die Koordination ausschließlich über 'extern' erfolgt, bitte 'nicht ermittelbar' eintragen.</i>	<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 VZÄ nicht ermittelbar sind, bitte trotzdem die Anzahl der Personen angeben, die mit dieser Aufgabe betraut sind)n info-i: Wenn die Koordination ausschließlich über 'extern' erfolgt, bitte '0' eintragen.	_____

			<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
		5.3.3.4 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
	<input type="radio"/> Nein		
5.4 Mitarbeiterorientierung			
5.4.1 Werden in Ihrer Reha-Einrichtung Mitarbeiterbefragungen durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja →	5.4.1.1 Bei welchen Mitarbeiter/innen werden diese durchgeführt?	<input type="radio"/> Bei allen Mitarbeiter/innen <input type="radio"/> Nur 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
		5.4.1.4 Wer bekommt die Ergebnisse? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Alle Mitarbeiter/innen <input type="checkbox"/> Befragte Abteilungen <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 Ihrer Reha-Einrichtung strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt?	<input type="radio"/> Ja →	5.4.2.1 Bei welchen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden diese durchgeführt?	<input type="radio"/> Bei allen Mitarbeiter/innen <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
	<input type="radio"/> Nein		

<p>5.4.3 Werden die Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiter/innen strukturiert erfasst (z. B. in Excel-File, Sammeldokument, Datenbank der Reha-Einrichtung oder des Trägers)?</p> <p>i Die Frage bezieht sich auf die Fort- und Weiterbildung generell und nicht nur auf QM-Fort- / Weiterbildungen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja, für alle Mitarbeitergruppen <input type="radio"/> Ja, für einzelne Mitarbeitergruppen → <input type="radio"/> Nein 	<p>5.4.3.1 Für welche Mitarbeitergruppen? (Mehrfachantworten möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Medizinisch-technische Dienste <input type="checkbox"/> Medizinische Masseurin / Medizinischer Masseur und Heilmasseurin / Heilmasseur <input type="checkbox"/> Psychologischer oder psychotherapeutischer Dienst <input type="checkbox"/> Verwaltung (inkl. Technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.) <input type="checkbox"/> Sonstige
<p>5.4.4 Gibt es eine zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen (z.B. Fortbildungs-Beauftragte/r der Einrichtung oder des Trägers)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja, für alle Mitarbeitergruppen <input type="radio"/> Ja, für einzelne Mitarbeitergruppen → <input type="radio"/> Nein 	<p>5.4.4.1 Für welche Mitarbeitergruppen? (Mehrfachantworten möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Medizinisch-technische Dienste <input type="checkbox"/> Medizinische Masseurin / Medizinischer Masseur und Heilmasseurin / Heilmasseur <input type="checkbox"/> Psychologischer oder psychotherapeutischer Dienst <input type="checkbox"/> Verwaltung (inkl. Technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.) <input type="checkbox"/> Sonstige
<p>5.4.5 Ist in Ihrer Reha-Einrichtung ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ein betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja → <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant → 	<p>5.4.5.1 bzw. 5.4.5.2: Wenn ja / geplant, welche gesundheitsförderlichen Maßnahmen werden gesetzt / sind geplant (bei geplant: optional)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verhaltensbezogene Maßnahmen: _____ <input type="checkbox"/> Verhältnisbezogene Maßnahmen: _____
<p>5.5 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden</p>		
<p>5.5.1 Wie erheben Sie Vorschläge und Beschwerden Ihrer Patientinnen und Patienten? (Mehrfachantworten möglich)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <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>	<ul style="list-style-type: none"> <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 / Patienten eine individuelle Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden (Ausnahme anonyme Meldung)? NEU</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja → Rückmeldungen auf <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant 	<p>5.5.3.1 Patientinnen / Patienten erhalten eine individuelle Rückmeldung aus / von: (Mehrfachantworten möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <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"/> Sonstige schriftlich eingebrachten Vorschlägen und Beschwerden

5.5.4 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein strukturiertes Beschwerde- / Feedbackmanagement ? I: Das strukturierte Beschwerdemanagement 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.		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant	
5.5.5 Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen / Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen?		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant	
5.6 Externe Qualitätssicherung			
5.6.1 Nimmt Ihre Reha-Einrichtung an hausübergreifenden Qualitätsprojekten teil (z.B. Register)?	<input type="radio"/> Ja → (Mehrfachantworten möglich) <input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/> Qualitätsregister, welche: _____ <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"/> 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 Ihrer Reha-Einrichtung Instrumente des Risikomanagements verwendet oder ist dies geplant (z. B. Fehlermelde- und Lernsysteme)?	<input type="radio"/> Ja → (Mehrfachantworten möglich) <input type="radio"/> Nein	<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.: Notfall-Checkliste)	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Geplant
		<input type="checkbox"/> Sonstige, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Geplant
		<input type="checkbox"/> Sonstige, welche: _____	<input type="checkbox"/> Ja* <input type="checkbox"/> Geplant
5.7.2 Gibt es in Ihrer Reha-Einrichtung 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 z.B. fixe Widmung 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.) info-i: Wenn die Koordination ausschließlich über 'extern' erfolgt, bitte '0' eintragen.
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"/> In einigen Abteilungen <input type="radio"/> Nein	
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) <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 etc. <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, 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

Ja

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 Projekttitle:		_____			
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: i Bitte jene Person nennen, die am besten Auskunft zum Projekt geben kann. Dies muss nicht die Projektleitung sein.	Anrede:	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr	Titel (optional):	_____
	Vorname:	_____		Nachname:	_____
	E-Mail:	_____		Telefon (optional):	_____
	Abteilung:	_____		Weitere Ansprechpartner/innen (optional):	_____
3. DETAILINFORMATIONEN					
3.1 Kurzbeschreibung: (in „Abstract-Charakter“, d.h. Ausgangslage, Problemstellung, Projektziel, Maßnahmen, Ergebnisse)	_____				
3.2 Zielgruppe/n: (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Patientinnen und Patienten <input type="checkbox"/> Angehörige / Besucherinnen und Besucher <input type="checkbox"/> Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter / eigene Organisation <input type="checkbox"/> Öffentlichkeit / Bevölkerung <input type="checkbox"/> Nahtstellen- und/oder Kooperationspartner <input type="checkbox"/> Andere, welche: _____				
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: (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Patientenbetreuung (Medizin, Pflege etc.) <input type="checkbox"/> Personal- und Organisationsentwicklung <input type="checkbox"/> Verwaltungs- und Organisationsabläufe <input type="checkbox"/> Infrastruktur (IT, technische und bauliche Maßnahmen etc.) <input type="checkbox"/> Lehre und Forschung <input type="checkbox"/> weitere: _____				
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: (für die Suchfunktion, z.B.: Checkliste, Befragung, Indikation, EU-Projekt)	_____				
3.8 Sie haben die Möglichkeit, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Plattform den Projektbericht zur Verfügung zu stellen.	Upload des Projektberichts (optional)				