


Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung



Qualitätssysteme in stationären Rehabilitations- einrichtungen

Expertenbericht

Berichtsjahr 2015

**Beschlossen durch die
Bundes-Zielsteuerungskommission
im April 2017**

Impressum

Fachliche Begleitung/Expertise durch die Fachgruppe Qualität

Fachliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH

Brigitte Domittner

Wolfgang Geißler

Matthias Gruber

Reinhard Kern

Eva Leuprecht

Projektassistentin:

Danijela Ilic

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur
Radetzkystraße 2, 1030 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
vertreten durch zuständige Sektionsleitung (BMGF, Sektion I)

Erscheinungsdatum:

Mai 2017

Inhalt

Abbildungen und Tabellen	IV
Abkürzungsverzeichnis.....	VII
Begriffe	VIII
1 Einleitung	1
2 Inhaltliche Überarbeitung des Fragebogens	2
3 Methode	3
4 Teilnehmende stationäre Rehabilitations- einrichtungen	4
5 Qualitätssysteme in stationären Rehabilitationseinrichtungen	6
5.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit	6
5.2 Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit	7
5.2.1 Qualitätssicherungskommission	7
5.2.2 Informationswesen.....	9
5.2.3 Dokumentenmanagement/Datenschutz.....	11
5.2.4 Einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit.....	12
5.2.5 Qualitätsansprechpartner/innen in Abteilungen und QM-Ausbildung...	14
5.3 Qualitätsmodelle.....	16
5.3.1 Allgemeine Qualitätsmodelle	16
5.3.2 Spezielle Qualitätsmodelle.....	17
5.4 Qualitätsarbeit	18
5.4.1 Prozesse	18
5.4.2 Berichte über die Qualitätsarbeit.....	21
5.4.3 Patientenorientierung	23
5.4.4 Mitarbeiterorientierung	27
5.4.5 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden.....	32
5.4.6 Externe Qualitätssicherung.....	35
5.5 Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit.....	36
5.5.1 Einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements	39
5.5.2 Risikomanagementansprechpartner/innen in Abteilungen und RM-Ausbildung.....	41
5.6 Krankenhaushygiene.....	42
5.6.1 Hygieneteam.....	42
5.6.2 Hygienekommission	43
5.6.3 Überwachung nosokomialer Infektionen / Antibiotika-Verwendung und einrichtungsübergreifende Hygieneprojekte.....	45
5.6.4 Bericht über Hygiene	47
5.7 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess	48
Literatur	50
Anhang	51

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 5.1:	Anzahl QSK-Vertreter/innen nach Berufsgruppen (435 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	7
Abbildung 5.2:	Informationen, die die jeweiligen QSK regelmäßig erhalten: (535 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	8
Abbildung 5.3:	In wie vielen Einrichtungen werden die Empfehlungen der QSK auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert bearbeitet? (n = 80)	9
Abbildung 5.4:	Wie wird in den Einrichtungen sichergestellt, dass der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist? (284 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	10
Abbildung 5.5:	Wie wird in den Einrichtungen sichergestellt, dass die Mitarbeiter/innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert sind? (213 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	11
Abbildung 5.6:	Gibt es in den Einrichtungen eine strukturierte Dokumentenlenkung? (n = 80)	12
Abbildung 5.7:	Einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit in stationären Reha-Einrichtungen durch: (235 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	13
Abbildung 5.8:	In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartner/innen für Qualitätsarbeit? (n = 70)	15
Abbildung 5.9:	Ist ein allgemeines Qualitätsmodell für die gesamte Einrichtung implementiert? (n = 80)	16
Abbildung 5.10:	Häufigkeit der Anwendung von Richtlinien, Leitlinien und klinischen Pfaden (531 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	19
Abbildung 5.11:	Welche Schlüsselprozesse sind in den Einrichtungen definiert? (256 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	20
Abbildung 5.12:	Wie werden die Zuweiser/innen über Aufnahmemodalitäten informiert? (270 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	21
Abbildung 5.13:	Erstellen die Einrichtungen – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung – regelmäßig einen Bericht über die Qualitätsarbeit? (n = 80)	22
Abbildung 5.14:	Werden die Qualitätsberichte veröffentlicht? (n = 58)	22
Abbildung 5.15:	Werden Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht (z. B. Patientencharta)? (n = 80)	23

Abbildung 5.16: Wie werden die Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte aufmerksam gemacht? (248 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)..	24
Abbildung 5.17: In welchen Intervallen erfolgen die Patientenbefragungen? (n = 79)	25
Abbildung 5.18: Themengebiete von Patientenbefragungen (651 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen).....	26
Abbildung 5.19: Ergebnisse der Patientenbefragungen ergehen an folgende Stellen: (351 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	27
Abbildung 5.20: Themengebiete von Mitarbeiterbefragungen (693 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen).....	28
Abbildung 5.21: Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen ergehen an folgende Stellen (295 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	29
Abbildung 5.22: Falls nicht für alle Mitarbeiter/innen, für welche Mitarbeitergruppen werden die Fort- und Weiterbildungen strukturiert erfasst? (28 Nennungen von 6 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	30
Abbildung 5.23: Wann werden Mitarbeiter/innen auf die Anwendung medizinischer Geräte geschult? (216 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)..	31
Abbildung 5.24: Sind ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert? (n = 80)	32
Abbildung 5.25: Wie werden Vorschläge und Beschwerden der Patientinnen und Patienten erhoben? (316 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen) ..	33
Abbildung 5.26: Patientinnen /Patienten erhalten eine individuelle Rückmeldung aus/von: (116 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	34
Abbildung 5.27: Gibt es strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement? (n = 80)	34
Abbildung 5.28: Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen? (n = 80)	35
Abbildung 5.29: Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Qualitätsprojekten (76 Nennungen von 40 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	36
Abbildung 5.30: Art der Meldung bei hausinternen/trägerinternen Fehlermelde- und Lernsystemen (n = 32)	37
Abbildung 5.31: Art der Durchführung von Risikoanalysen (n = 30)	38
Abbildung 5.32: Welche Mitarbeiter/innen werden über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken von Patientinnen/Patienten informiert? (312 Nennungen von 75 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	39
Abbildung 5.33: Einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements (164 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	40
Abbildung 5.34: In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartner/innen für Risikomanagement? (n = 41)	41

Abbildung 5.35: Das Hygieneteam besteht in den Einrichtungen aus folgenden Mitgliedern (242 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	43
Abbildung 5.36: Die Hygienekommission besteht in den Einrichtungen neben Personen des Hygieneteams noch aus Mitgliedern folgender Bereiche: (166 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	44
Abbildung 5.37: Falls keine Hygienekommission vorhanden ist: Finden Treffen zur Besprechung von Hygienebelangen mit dem Hygieneteam und der Kollegialen Führung und/oder weiteren Führungskräften statt? (n = 30)	45
Abbildung 5.38: Welche Systeme zur Überwachung von nosokomialen Infektionen werden in den Einrichtungen verwendet? (84 Nennungen von 77 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	46
Abbildung 5.39: Nehmen Einrichtungen an Hygieneprojekten teil, wie z. B. „Aktion saubere Hände“? (n = 80)	46
Abbildung 5.40: Daten, Auswertungen oder Informationen, auf deren Basis kontinuierliche Verbesserungsprozesse initiiert werden (711 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	48
Abbildung 5.41: Ist in den stationären Rehabilitationseinrichtungen das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert? (n = 80)	49

Tabellen

Tabelle 4.1: Stationäre Rehabilitationseinrichtungen je Bundesland – nach Bettenanzahl	5
Tabelle 5.1: Einrichtungen, die VZÄ angeben können: Vollzeitäquivalente für die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit nach Bettenanzahl (n = 51)	14
Tabelle 5.2: Allgemeine Qualitätsmodelle für die gesamte Einrichtung implementiert und/oder geplant? (70 Nennungen von 68 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	17
Tabelle 5.3: Instrumente des Risikomanagements (203 Nennungen von 74 stationären Rehabilitationseinrichtungen)	37
Tabelle 5.4: Einrichtungen, die VZÄ angeben können: Vollzeitäquivalente für die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements nach Bettenanzahl (n = 16)	41

Abkürzungsverzeichnis

Anm.	Anmerkung
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BGK	Bundesgesundheitskommission
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CIRPS	Critical Incident Reporting & Prevention System
EFQM	European Foundation for Quality Management
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz (Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen)
ISO	International Organization for Standardization
JCI	Joint Commission International
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
MA QM	Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement
n	Umfang der Stichprobe
QM	Qualitätsmanagement
QSK	Kommission für Qualitätssicherung
RM	Risikomanagement
SOP	Standard Operating Procedure
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	World Health Organization

Begriffe

Die im Rahmen des vorliegenden Berichts verwendeten unterschiedlichen Qualitätsbegriffe werden hier kurz erklärt. Jene den Qualitätsplattform-Erhebungsbogen ergänzenden Begriffsklärungen sind im Fließtext in der Fußzeile vermerkt.

Qualitätssystem	bezeichnet hier die Gesamtheit der Ergebnisse aus den abgefragten Qualitätsplattform-Inhalten
Qualitätsarbeit	subsumiert hier Prozesse, Berichte über die Qualitätsarbeit, Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden und externe Qualitätssicherung zusammen (vgl. Abschnitt 5.4)
Allgemeine Qualitätsmodelle	sind hier die in den Krankenanstalten am häufigsten verwendeten Qualitätsmanagementmodelle, wie z. B. EFQM, oder KTQ (inkl. pCC); (vgl. Punkt 5.3.1)
Spezielle Qualitätsmodelle	sind hier die in den Krankenanstalten am häufigsten verwendeten themenspezifischen Qualitätsgütezeichen/Zertifizierungen, wie z. B. Best Health Austria (vgl. Punkt 5.3.2)

1 Einleitung

Ziel des Gesundheitsqualitätsgesetzes aus dem Jahr 2005 (GQG) war, den vielen unterschiedlichen Aktivitäten in der Qualitätsarbeit einen bundesweit einheitlichen, sektorenübergreifenden und transparenten Rahmen zu geben. Damit Transparenz gelingen kann, ist regelmäßige, aussagekräftige und verständliche Berichterstattung nötig. Dafür wurde von der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur Ende 2010 die webbasierte Plattform www.qualitaetsplattform.at eingerichtet. In Arbeitsgruppen, die sich aus Expertinnen und Experten von Bund, Ländern, Sozialversicherung und Gesundheitseinrichtungen zusammensetzten, wurde der in der Qualitätsplattform verankerte Fragebogen entworfen. Seit der ersten Befragung wurde der Fragebogen laufend adaptiert und optimiert. Die Letztfassung des Fragebogens wurde im April 2015 von der Fachgruppe Qualität abgenommen.

Die Qualitätsplattform

Die Qualitätsplattform dient der Datenerfassung zur österreichweiten Qualitätsberichterstattung. Mit Hilfe des Fragebogens werden in regelmäßigen Abständen Informationen zu verschiedenen Qualitätsthemen der Krankenanstalten erhoben. Dazu zählen Themen wie Qualitätsstrategie, Qualitätsmodelle, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, Beschwerdemanagement, Risikomanagement, Patientensicherheit, Krankenhaushygiene, kontinuierliche Verbesserungsprozesse, etc. Diese Daten werden anonymisiert, zusammengefasst und in österreichweiten Berichten veröffentlicht. Derzeit nutzen Akutkrankenhäuser und stationäre Rehabilitationseinrichtungen die Datenbank zur regelmäßigen Qualitätsberichterstattung.

Verpflichtende Teilnahme an der Datenerhebung

In der Novelle 2011 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten wurden die Länder verpflichtet, die Teilnahme aller Krankenanstalten an der regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung landesgesetzlich zu verankern (KAKuG, § 5b (6)). Für das Berichtsjahr 2012 erhob die GÖG/BIQG im Auftrag der Bundesgesundheitskommission erstmals die Qualitätssysteme aller Akutkrankenanstalten und aller stationären Rehabilitationseinrichtungen in Österreich und fasste die Ergebnisse in zwei Berichten zusammen. Alle bisher erstellten Berichte sind auf der Webseite der Qualitätsplattform (öffentlich zugänglicher Servicebereich), jener des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen wie auch jener der Gesundheit Österreich GmbH abrufbar.

2 Inhaltliche Überarbeitung des Fragebogens

Der Fragebogen Qualitätssysteme in stationären Rehabilitationseinrichtungen (vgl. Anhang 3) aus dem Berichtsjahr 2012 wurde für die Datenerfassung zum Berichtsjahr 2015 inhaltlich um folgende Bereiche erweitert:

- » Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement
- » Patientensicherheit
- » Krankenhaushygiene

Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Die im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages festgelegten einheitlichen Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagement beschreiben den inhaltlichen Aufbau von Qualitätsarbeit für Gesundheitsdienstleister (B-ZK 2014). Der Fragenkatalog zu den Mindestanforderungen an Qualitätsarbeit umfasst folgende Kategorien: Strukturqualitätskriterien, Prozesse, Risikomanagement, Patienten-/Mitarbeitersicherheit, Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung und Transparenz/Ergebnisqualität. Die dazu definierten Fragen wurden in den Fragebogen integriert.

Patientensicherheit

Im Jahr 2013 beschloss die Bundesgesundheitskommission (BGK) eine Patientensicherheitsstrategie (BMG 2013), die einen nationalen Rahmen für bestehende und geplante Aktivitäten auf diesem Gebiet vorgibt und Empfehlungen seitens der EU berücksichtigt. In dieser Strategie wurden Schwerpunktthemen für die Jahre 2013 bis 2016 genannt. Relevante Fragen aus dem Maßnahmenkatalog der Patientensicherheitsstrategie wurden in den Fragebogen aufgenommen.

Krankenhaushygiene

Elemente der Hygienearbeit und Hygienemaßnahmen sind Merkmale von Qualitätsarbeit in Krankenanstalten. Hygienische Maßnahmen werden nicht nur aus gesetzlichen Bestimmungen zur Qualitätssicherung abgeleitet, sondern auch aus bundesweiten Empfehlungen und einrichtungseigenen hygienerelevanten Initiativen, wie beispielsweise der Teilnahme an Hygieneprojekten.

3 Methode

Datenerhebung

Im Jänner 2016 wurden alle stationären Rehabilitationseinrichtungen über ihren jeweiligen Träger kontaktiert und zur Teilnahme an der Datenerhebung gebeten. Ein Erinnerungsschreiben wurde über die Träger an die Einrichtungen im März 2016 versandt. Nach Ablauf der offiziellen Erhebungsfrist startete die Urgenzphase, in der die noch fehlenden Einrichtungen kontaktiert und erneut zur Teilnahme aufgefordert wurden.

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Die auf Selbstbewertungen der Einrichtungen basierenden Daten sind auf aggregierter Ebene für alle stationären Rehabilitationseinrichtungen ausgewertet¹. Die Art der Ergebnisdarstellung wurde im Mai 2016 in der Fachgruppe Qualität festgelegt.

Im Bericht werden zum Teil Ergebnisse aus dem Bericht *Qualitätssysteme in stationären Rehabilitationseinrichtungen*, Berichtsjahr 2012 (Domittner/Geißler 2013) den Ergebnissen aus dem Jahr 2015 gegenübergestellt; einbezogen sind ausschließlich Auswertungen mit identer Fragenstellung in den Fragebögen 2012 und 2015, d. h. eingeschlossen wurden Fragen, in deren Frageformulierung/Antwortoptionen nicht oder nur minimal geändert wurden. Die Angaben erfolgen in Prozentzahlen. In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass im Berichtsjahr 2015 die Anzahl an 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen und im Berichtsjahr 2012 die Anzahl an 72 stationären Rehabilitationseinrichtungen jeweils 100 Prozent umfassen. Um Daten aus dem Jahr 2012 hervorzuheben, wurden sie *kursiv und grau* dargestellt.

Als Hinweis auf die *Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement* sind die entsprechenden Auswertungen mit (MA QM) gekennzeichnet. In Anhang 2 sind alle Auswertungen zu den Mindestanforderungen in einer übersichtlichen Tabelle zusammengefasst.

Zum Teil wird zusätzlich – sofern aussagekräftige Ergebnisse bzw. Fallzahlen dies zulassen – nach Bettenanzahl der stationären Rehabilitationseinrichtungen (vgl. Kapitel 4) ausgewertet.

¹

Anm.: Erreichen Prozentangaben ggf. nicht 100 Prozent (sondern z. B. 99 oder 101 %), ist dies auf Rundungsdifferenzen zurückzuführen.

4 Teilnehmende stationäre Rehabilitationseinrichtungen

Laut Krankenanstellen-Verzeichnis des BMGF gibt es in Österreich mit Stand Oktober 2015 insgesamt 274 Krankenanstellen gemäß Krankenanstellen- und Kuranstaltengesetz (KAKuG), von denen alle 77 stationären Rehabilitationseinrichtungen (BMGF 2016) zur Teilnahme an der Qualitätsberichterstattung für das Berichtsjahr 2015 aufgefordert wurden. Krankenanstellen der Akut-/Kurzzeitversorgung, der Nicht-Akut-/Kurzzeitversorgung – dazu zählen Langzeitversorgungs-Einrichtungen sowie Häuser aus dem Versorgungsbereich der Spezialversorgung (z. B.: Heeresspitäler) – wurden in die vorliegende Befragung nicht mit einbezogen.

Im Jahr 2012 wurden in Übereinkunft mit dem Träger vier Häuser, die alle zum Humanomed Zentrum Althofen zählen und am gleichen Standort liegen, zu einem Haus zusammengefasst. In Abstimmung mit den Auftraggebern wurde für das Berichtsjahr 2015 die Entscheidung getroffen, diese Häuser – wie im Krankenanstellen-Verzeichnis gelistet – als Einzelstandorte zu erfassen.

Zudem gibt es drei weitere stationäre Rehabilitationseinrichtungen, die zwar nicht als bettenführende Krankenanstellen im Krankenanstellen-Verzeichnis des BMGF enthalten, andererseits aber als versorgungswirksam² einzustufen sind. Daher wurden diese Einrichtungen – wie auch im Jahr 2012 – eingeladen an der Qualitätsberichterstattung teilzunehmen. Daraus ergeben sich in Summe 80 stationäre Rehabilitationseinrichtungen.

Für ausgewählte Auswertungen wurde nach Bettenanzahl der stationären Rehabilitationseinrichtungen lt. Krankenanstellen-Kataster des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (unveröffentlicht) unterschieden:

- » 1 bis 99 Betten
- » 100 bis 199 Betten
- » 200 bis 299 Betten
- » 300 bis 499 Betten

2

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

Tabelle 4.1:

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen je Bundesland – nach Bettenanzahl

Bundesland/ Bettenanzahl	B	K	NÖ	OÖ	S	Stmk	T	V	W	Summe
1 bis 99 Betten	1	6	3	1	4	1	2	-	1	19
100 bis 199 Betten	5	3	12	12	5	7	3	1	2	50
200 bis 299 Betten	-	1	4	-	-	4	1	-	-	10
300 bis 499 Betten	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Summe – Anzahl der sta- tionären Reha- bilitationsein- richtungen	6	10	20	13	9	12	6	1	3	80

Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

5 Qualitätssysteme in stationären Rehabilitationseinrichtungen

5.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit

Leitbild und Qualitätsstrategie

Von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen definierten 75 ein Leitbild³ (94 %). Ein Haus hat kein Leitbild, in vier weiteren Einrichtungen ist das Erarbeiten eines Leitbilds geplant. *Im Vergleich dazu hatten im Jahr 2012 89 Prozent der Einrichtungen ein Leitbild definiert.*

In 74 stationären Rehabilitationseinrichtungen (93 %) ist eine Qualitätsstrategie⁴ nachweislich festgelegt (MA QM). *Im Vergleich dazu hatten im Jahr 2012 90 Prozent der Einrichtungen eine Qualitätsstrategie.*

In 71 Häusern wird die Qualitätsstrategie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch kommuniziert (MA QM). In 13 Einrichtungen wird die Qualitätsstrategie veröffentlicht.

69 Einrichtungen legten in ihrer Strategie konkrete Qualitätsziele⁵ nachweislich fest (MA QM), die in 67 Einrichtungen auch evaluiert werden. Kennzahlen zum Messen der Qualitätsziele sind davon in 57 Einrichtungen definiert (MA QM). Die Qualitätsziele werden in 68 Einrichtungen auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommuniziert (MA QM).

3

Anm.: Es zählt ein Leitbild der Einrichtung oder auch jenes des Trägers, das für die Einrichtung gilt. Leitbilder für einzelne organisatorische Bereiche oder Berufsgruppen (z. B. Pflegeleitbild) sind hier nicht gemeint.

4

Anm.: Es zählt eine Qualitätsstrategie der Einrichtung oder auch jene des Trägers, die für die Einrichtung gilt.

5

Anm.: Qualitätsziele leiten sich aus der Qualitätsstrategie ab und sollen den allgemeinen Kriterien (spezifisch, messbar, erreichbar, realistisch, terminisiert) genügen.

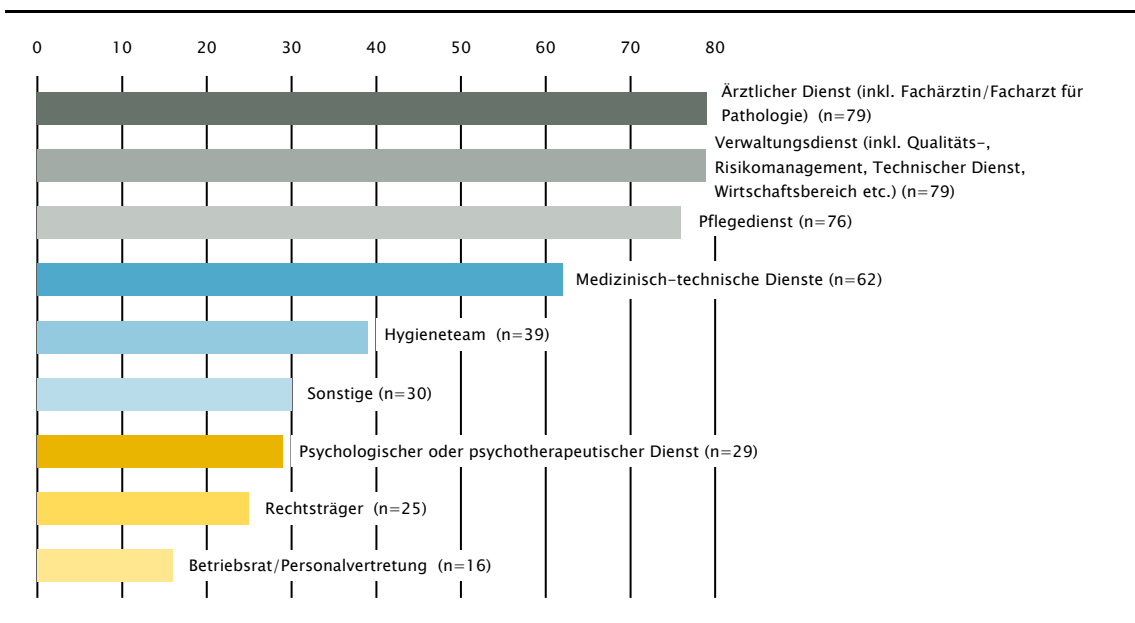
5.2 Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit

5.2.1 Qualitätssicherungskommission

In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist lt. Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. Außerdem ist gesetzlich geregelt, welche Vertreter/innen dieser Kommission zumindest anzugehören haben (KAKuG, § 5b (4)). So waren in den 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen 763 Personen Mitglieder einer QSK⁶. Im Durchschnitt besteht eine QSK aus rund 9,5 Personen pro Einrichtung. *Im Jahr 2012 meldeten die stationären Rehabilitationseinrichtungen 522 Mitglieder, d. h. eine QSK bestand im Durchschnitt aus 7,3 Personen pro Haus.*

Die zahlenmäßig am häufigsten vertretenen Berufsgruppen in den Qualitätssicherungskommissionen sind der ärztlichen Dienst und der Verwaltungsdienst (inkl. Qualitäts- und Risikomanagement, technischer Dienst, Wirtschaftsbereich etc.) gefolgt vom Pflegedienst (MA QM). *2012 war der Verwaltungsdienst zahlenmäßig am häufigsten vertreten, gefolgt von ärztlichem Dienst und Pflegedienst.*

Abbildung 5.1:
Anzahl QSK-Vertreter/innen nach Berufsgruppen
(435 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

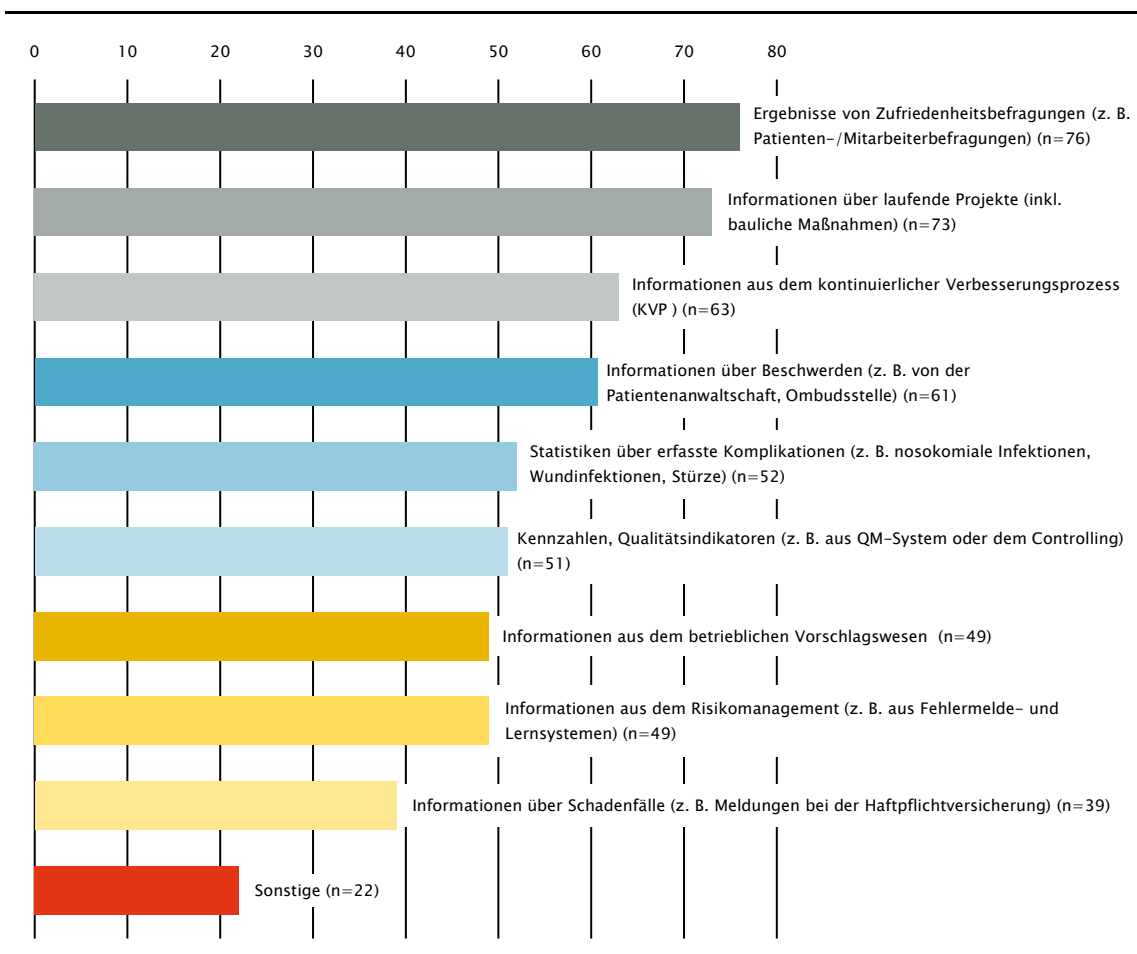
6

Die drei Sonnenpark Häuser, die nicht dem KAKuG unterliegen, haben ebenso QSK-Vertreter/innen angegeben und wurden somit nicht aus der Berechnung ausgeschlossen.

In 52 der 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen (65 %) gibt es für die QSK eine Geschäftsordnung⁷ (MA QM). 2012 hatten 77 Prozent der Einrichtungen eine Geschäftsordnung für die QSK.

Am häufigsten erhält die QSK Informationen aus Ergebnissen von Zufriedenheitsbefragungen, Informationen über laufende Projekte (inkl. bauliche Maßnahmen) und Informationen aus dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP). 2012 erhielt die QSK am häufigsten Informationen über Zufriedenheitsbefragungen, Beschwerden und laufende Projekte.

Abbildung 5.2:
Informationen, die die jeweiligen QSK regelmäßig erhalten:
(535 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

7

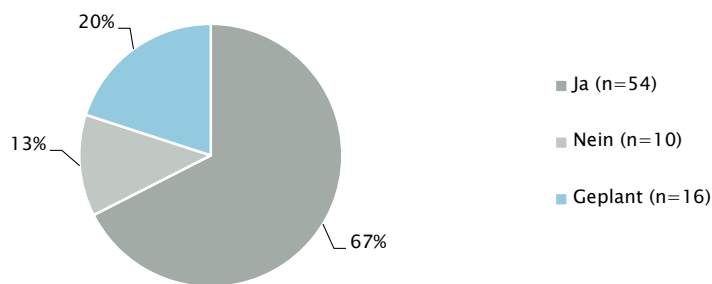
Anm.: Die Geschäftsordnung eines Gremiums ist die schriftliche Zusammenfassung aller Verfahrensregelungen, nach denen Sitzungen und Versammlungen dieses Gremiums abzulaufen haben.

Protokolle zu regelmäßigen Sitzungen der QSK werden in 71 von 80 Einrichtungen (89 %) verfasst (MA QM), Sitzungen finden meist viertel- oder halbjährlich statt.

Empfehlungen der QSK werden in 54 Einrichtungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert bearbeitet (MA QM), geplant ist dies von 16 weiteren Einrichtungen.

Abbildung 5.3:

In wie vielen Einrichtungen werden die Empfehlungen der QSK auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert bearbeitet? (n = 80)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

5.2.2 Informationswesen

In den Einrichtungen wird der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft primär über Arbeitsplätze mit Internetzugang, durch Fachzeitschriften und Wissensmanagement⁸ sichergestellt (MA QM). 22 Häuser wählten *Sonstige* als Antwortmöglichkeit und gaben dabei z. B. Informationsdatenbanken an.

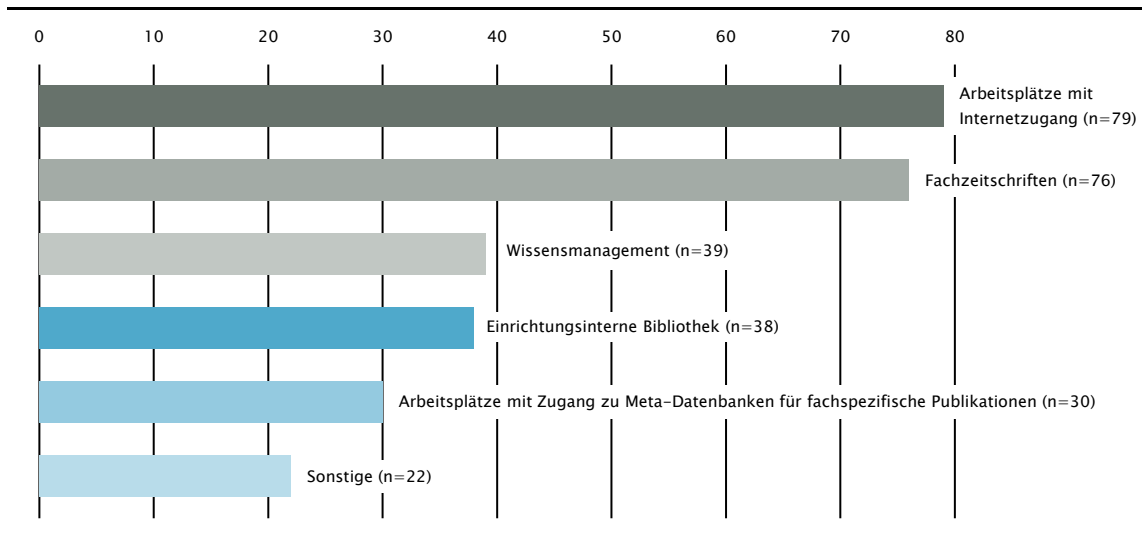
⁸

Anm.: Wissensmanagement beschäftigt sich mit dem Erwerb, der Entwicklung, dem Transfer, der Speicherung sowie der Nutzung von Wissen.

Abbildung 5.4:

Wie wird in den Einrichtungen sichergestellt, dass der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist?

(284 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)

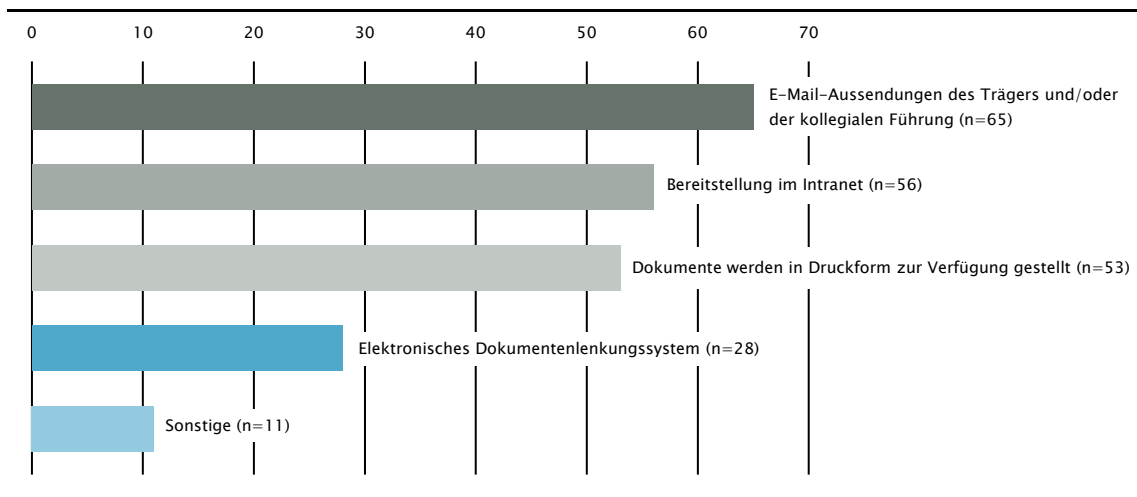


Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die stationären Rehabilitationseinrichtungen stellen vor allem über E-Mail-Aussendungen des Trägers und/oder der Kollegialen Führung, über das Intranet (u. a. Links zu Webseiten von Fachverbänden) wie auch über das Zurverfügungstellen von Dokumenten in Druckform sicher, dass ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert sind (MA QM). 11 Häuser wählten (zusätzlich) die Antwortkategorie *Sonstige* und nannten u. a. Folgendes: div. Besprechungen (Teambesprechungen, berufsgruppenspezifische Besprechungen, Dienstbesprechungen, Informationsweitergabe durch Vorgesetzte) und regelmäßige Fortbildungen.

Abbildung 5.5:

Wie wird in den Einrichtungen sichergestellt, dass die Mitarbeiter/innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert sind? (213 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

5.2.3 Dokumentenmanagement/Datenschutz

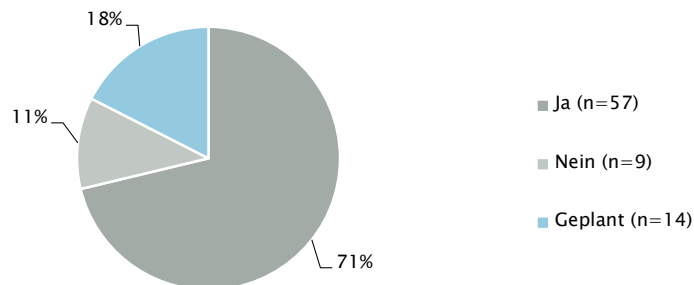
In allen 80 Einrichtungen werden Mitarbeiter/innen nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert (MA QM). In 57 Häusern (71 %) gibt es strukturierte Dokumentenlenkung⁹ (MA QM), in 14 Häusern ist deren Etablierung geplant.

9

Anm.: Unter Lenkung von Dokumenten versteht man das geregelte Erstellen, Prüfen, Aktualisieren, Freigeben, Verteilen, Rückziehen und Archivieren von Dokumenten. Dadurch soll sichergestellt werden, dass alle Unterlagen, die in der Einrichtung verwendet werden, auf dem gültigen Stand und an den Stellen verfügbar sind, wo sie gebraucht werden.

Abbildung 5.6:

Gibt es in den Einrichtungen eine strukturierte Dokumentenlenkung? (n = 80)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

79 Einrichtungen geben an, dass ihre patientenbezogenen Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt sind (MA QM). Gemäß Angaben geschieht der Schutz vor fremdem Zugriff unter anderem folgendermaßen: Digitale Daten werden durch benutzerdefinierte Passwörter / personifizierte Zugriffsberechtigungen (u. a. geregelt durch Rechtestruktur) / Datenverschlüsselung; gedruckte Dokumente (Print) durch versperrte Kästen/Räume (ggf. unter Aufsicht) gesichert. Außerdem: Nachweisliche Einhaltung der Datenschutzrichtlinien (auch bei der „Datenentsorgung“), Secure Druck, Clinicware, hauseigenes EDV-Sicherheitssystem, Chipkartensystem.

Ebenso sind in 79 Einrichtungen patientenbezogene Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt (MA QM), unter anderem durch Back-up-Systeme und andere EDV-technische Datensicherungen und -archivierungen.

Sensible Betriebsmittel, wie z. B. Rezeptformulare, Stempel werden in 78 von 80 Einrichtungen diebstahlgeschützt aufbewahrt (MA QM).

5.2.4 Einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit

Die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit gestaltet sich in den stationären Rehabilitationseinrichtungen unterschiedlich. In 69 Häusern (86 %) wird diese Aufgabe von mehreren Stellen gleichzeitig wahrgenommen, in elf Häusern (14 %) von einer Stelle. *Zum Vergleich 2012: In 92 Prozent der Rehabilitationseinrichtungen wurde die einrichtungsweite Koordination von mehreren Stellen übernommen, in den restlichen 8 Prozent von einer Stelle.*

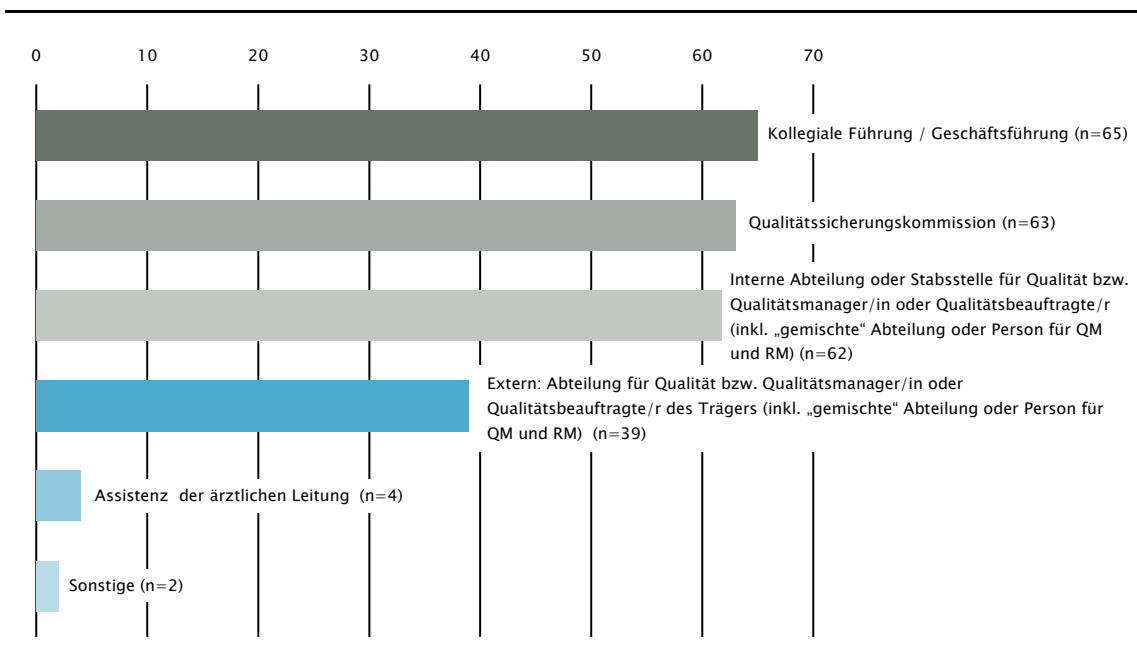
Koordinierende Stellen

In sieben Häusern sind ausschließlich interne Abteilungen oder Stabsstellen für Qualität oder Qualitätsmanager/innen oder Qualitätsbeauftragte (inkl. „gemischte“ Abteilung oder Person für QM und RM) für die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit zuständig.

In drei Häusern übernimmt diese Aufgabe exklusiv die Kollegiale Führung / Geschäftsführung, in einem weiteren Haus ausschließlich die Qualitätssicherungskommission (QSK).

Externe Abteilungen für Qualität oder Qualitätsmanager/innen bzw. Qualitätsbeauftragte des Trägers (inkl. „gemischte“ Abteilung oder Person für QM und RM) sind in keinem Haus alleinig für die Koordination der Qualitätsarbeit zuständig, sondern zusätzlich für die Koordination mitverantwortlich (in 39 Häusern). In vier Häusern ist ebenso die Assistenz der ärztlichen Leitung in die Koordination der Qualitätsarbeit involviert. Zusätzlich sind noch andere Stellen oder Abteilungen in die Koordination eingebunden, so haben zwei Einrichtungen die Kategorie *Sonstige* angegeben.

Abbildung 5.7:
Einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit in stationären Reha-Einrichtungen durch:
(235 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Vollzeitäquivalente für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit

51 Häuser (64 %) können angeben, wie viele Vollzeitäquivalente (VZÄ)¹⁰ für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit in ihren Häusern gewidmet sind. In Summe wurden 55,83 VZÄ rückgemeldet, die Angaben reichen von 0,25 VZÄ bis 4,5 VZÄ. Durchschnittlich sind dies 1,1 VZÄ pro Haus, der Median liegt bei einem VZÄ. *40 Prozent der Einrichtungen konnten 2012 die genaue*

¹⁰

Anm.: Die Maßeinheit für die fiktive Anzahl an Vollzeitbeschäftigten einer Organisationseinheit bei Umrechnung aller Teilzeitarbeitsverhältnisse in Vollzeitverhältnisse. Beispiel: 3 Halbtagsstellen und 2 Ganztagsstellen ergeben 3,5 Vollzeitäquivalente.

Anzahl ihrer VZÄ, die mit der einrichtungsweiten Koordination der Qualitätsarbeit betraut wurden, angeben und meldeten in Summe 32,55 VZÄ (Angaben von 0,1 bis 8 VZÄ).

Tabelle 5.1:

Einrichtungen, die VZÄ angeben können: Vollzeitäquivalente für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit nach Bettenanzahl (n = 51)

Bettenanzahl	Gesamtzahl der Stellen (in VZÄ) für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit	Anzahl der Häuser	Durchschnittliche VZÄ
1 bis 99 Betten	8,5	9	1
100 bis 199 Betten	34,5	35	1
200 bis 299 Betten	11,8	6	2
300 bis 399 Betten	1	1	1
Summe	55,8	51	1,1

Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

5.2.5 Qualitätsansprechpartner/innen in Abteilungen und QM-Ausbildung

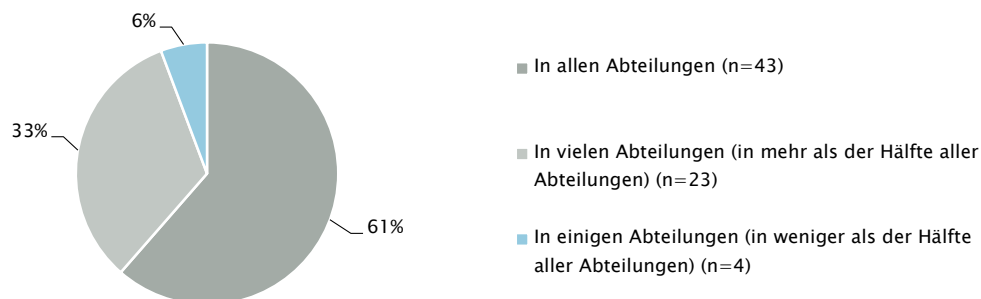
70 von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen (88 %) geben an, in den Abteilungen Ansprechpartner/innen für Qualitätsarbeit¹¹ definiert zu haben (MA QM); davon 43 Häuser in allen Abteilungen, 23 Häuser in mehr als der Hälfte aller Abteilungen und 4 Häuser in weniger als der Hälfte aller Abteilungen. *Für das Jahr 2012 gaben 93 Prozent der Einrichtungen an, in (zumindest einigen) Abteilungen Ansprechpartner/innen für Qualitätsarbeit definiert zu haben.*

¹¹

Anm.: Ansprechpartner/innen sind von der KOFÜ/Leitung nominiert und die Aufgaben sind in der Stellenbeschreibung verankert. Bei einer Universitätsklinik ist der Begriff der "Abteilung" mit dem einer "Klinik" gleichzusetzen.

Abbildung 5.8:

In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartner/innen für Qualitätsarbeit? (n = 70)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Qualitätsmanagement-Ausbildung

Insgesamt 67 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (84 %) geben an, dass in ihren Häusern Mitarbeiter/innen mit spezieller Qualitätsmanagement-Ausbildung¹² beschäftigt sind. *2012 beschäftigten 76 Prozent der Rehabilitationseinrichtungen Mitarbeiter/innen mit einer speziellen Qualitätsmanagement-Ausbildung.*

47 Rehabilitationseinrichtungen (59 %) können die Zahl der Mitarbeiter/innen mit spezieller Qualitätsmanagement-Ausbildung genau beziffern: Insgesamt wurden 148 Personen ermittelt. Der Durchschnitt liegt bei 3,1 Personen pro Haus, der Median liegt bei zwei Personen. Drei dieser Einrichtungen beschäftigen mehr als zehn Personen mit spezieller Qualitätsmanagement-Ausbildung. Hier handelt es sich um Häuser, die über mehr als 200 Betten verfügen.

In 20 stationären Rehabilitationseinrichtungen (25 %) war die genaue Zahl der Mitarbeiter/innen mit spezieller Qualitätsmanagement-Ausbildung nicht eruiert. Diese 20 Einrichtungen gaben daher eine Schätzung ab: 10 Häuser schätzen 1–5 Personen, 9 Häuser 6–10 Personen und ein Haus 11–20 Personen.

13 Rehabilitationseinrichtungen (16 %) geben an, niemanden mit spezieller Qualitätsmanagement-Ausbildung in ihrer Einrichtung zu haben, *im Jahr 2012 waren es 24 Prozent.*

12

Anm.: Mit spezieller Ausbildung ist ein abgeschlossenes Diplom (z. B. Qualitätsbeauftragte/r, Qualitätsmanager/in, Auditor/in, etc.) oder eine gleichzusetzende, zumindest einwöchige Ausbildung gemeint.

5.3 Qualitätsmodelle

5.3.1 Allgemeine Qualitätsmodelle

Im Rahmen der Erhebung wurde nach folgenden allgemeinen Qualitätsmodellen gefragt:

- » Träger- oder einrichtungseigenes QM-System (z. B. AUVA QM-System)
- » EFQM (European Foundation for Quality Management)
- » KTQ (inkl. pCC) (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)
- » JCI (Joint Commission International)
- » ISO (International Organization Standardization)

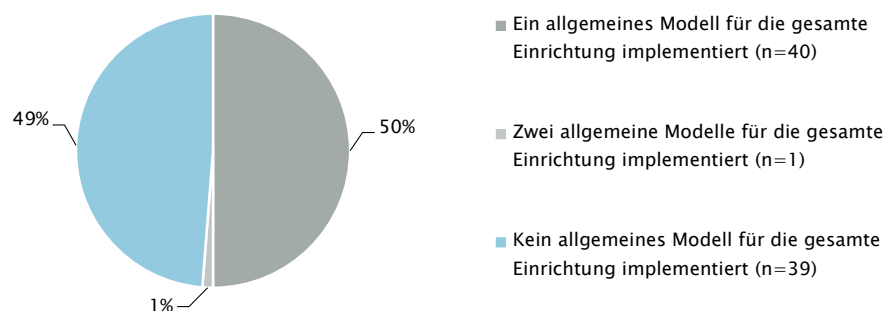
Allgemeine Qualitätsmodelle implementiert

41 Häuser (51 %) haben zumindest eines der angeführten Qualitätsmodelle (EFQM, träger- oder einrichtungseigenes Qualitätsmanagement-System (QM-System), ISO, KTQ und JCI) für ihr gesamtes Haus implementiert. *Im Jahr 2012 hatten 43 Prozent der Einrichtungen zumindest ein allgemeines Qualitätsmodell im gesamten Haus implementiert.*

Am häufigsten ist, *wie schon 2012*, ein träger- oder einrichtungseigenes QM-System (z. B. AUVA-QM-System) für die gesamte Einrichtung implementiert (21 Häuser), ISO in 14 Häusern, KTQ und JCI (Joint Commission International) in jeweils drei Häusern und EFQM (European Foundation for Quality Management) in einem Haus. Von einem Haus werden zwei allgemeine Modelle angegeben, die für das gesamte Haus implementiert sind: EFQM und ISO.

Abbildung 5.9:

Ist ein allgemeines Qualitätsmodell für die gesamte Einrichtung implementiert? (n = 80)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Kein Haus hat ein allgemeines Qualitätsmodell in *Teilen* des Hauses implementiert.

Allgemeine Qualitätsmodelle geplant

28 Rehabilitationseinrichtungen (35 %) planen die Einführung eines Qualitätsmodells für das gesamte Haus, davon fünf Häuser die Einführung eines träger- oder einrichtungseigenen QM-Systems (z. B. AUVA-QM-System) und 23 Häuser die Implementierung von ISO (International Organization for Standardization). Eine Rehabilitationseinrichtung, die die Implementierung des Qualitätsmodells ISO plant, hat bereits KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) implementiert. In nahezu allen Fällen wird eine Implementierung für die Jahre 2016 bis 2017 geplant. Eine Einrichtung plant die Implementierung eines Qualitätsmodells für das Jahr 2018. *2012 planten 29 Prozent der stationären Rehabilitationseinrichtungen die Einführung eines (zusätzlichen) allgemeinen Qualitätsmodells für das gesamte Haus.*

Tabelle 5.2:

Allgemeine Qualitätsmodelle für die gesamte Einrichtung implementiert und/oder geplant?
(70 Nennungen von 68 stationären Rehabilitationseinrichtungen)

	Implementiert für die gesamte Einrichtung	Geplant für die gesamte Einrichtung
Träger- oder einrichtungseigenes QM-System (z. B. AUVA-QM-System)	21	5
EFQM (European Foundation for Quality Management)	1	0
KTQ (inkl. pCC) (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)	3	0
JCI (Joint Commission International)	3	0
ISO (International Organization for Standardization)	14	23
Summe	42	28

Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Zwölf Häuser (15 %) haben kein allgemeines Qualitätsmodell implementiert und dies auch nicht geplant. *Zum Vergleich: 2012 hatten 29 Prozent der Einrichtungen kein Qualitätsmodell implementiert und planten die Einführung eines solchen auch nicht.*

5.3.2 Spezielle Qualitätsmodelle

22 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (28 %) geben an, mindestens ein spezielles Qualitätsmodell¹³ implementiert zu haben, davon haben sieben Häuser das Modell Best Health Austria und jeweils zwei Häuser EMAS (Eco-Management and Audit Scheme) implementiert. *Im Jahr 2012 hatten 24 Prozent der Häuser ein spezielles Qualitätsmodell implementiert, am häufigsten die Modelle Best Health Austria und EMAS.*

¹³

Anm.: Gesetzlich vorgeschriebene Zertifizierungen/Validierungen von ausgewählten Bereichen (z. B. Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte) sind hier nicht gemeint.

15 Häuser berichten von mindestens einem implementierten sonstigen speziellen Qualitätsmodell. Genannt wurden u. a. folgende: Qualitätsmanagementsystem QMS Reha, Hygienemanagement / HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points-Konzept), Kinaesthetics-Auszeichnung, Pflegemodell nach Orem, ÖQUESTA (Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Standardisierung medizinisch-diagnostischer Untersuchungen).

5.4 Qualitätsarbeit

5.4.1 Prozesse

Die am häufigsten verwendeten Qualitätsinstrumente sind Prozessbeschreibungen¹⁴ und Checklisten (jeweils 79 Häuser) gefolgt von Richtlinien und Leitlinien (jeweils 75 Häuser). Interne/externe Audits oder Visitationen werden in insgesamt 62 Häusern durchgeführt, Standard Operating Procedures¹⁵ (SOP) sind in 61 Häusern in Verwendung. QM-Handbücher kommen fast ebenso häufig zum Einsatz (45 Häuser) wie klinische Pfade (43 Häuser). 21 Häuser geben an, alle genannten Instrumente im Einsatz zu haben. *Sonstige* weitere Instrumente kommen in zwölf stationären Rehabilitationseinrichtungen zum Einsatz (MA QM). *2012 waren am häufigsten Checklisten im Einsatz, gefolgt von Leitlinien, Richtlinien und SOP bzw. Prozessbeschreibungen.*

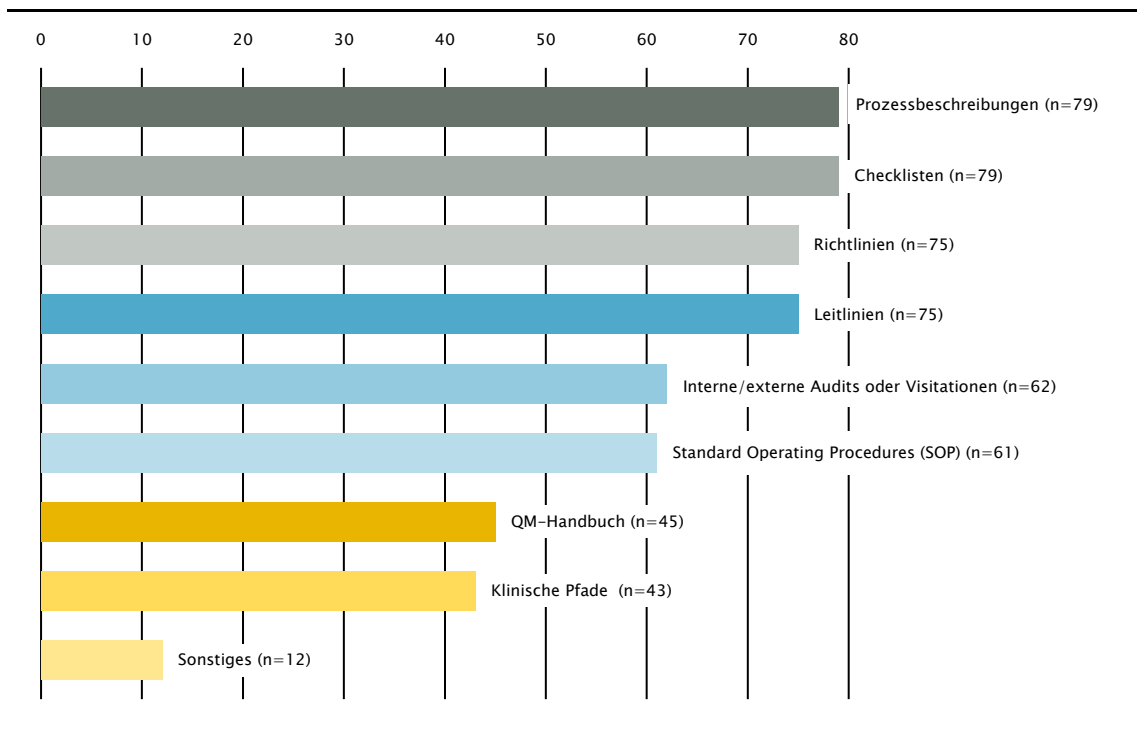
¹⁴

Anm.: Prozessbeschreibungen veranschaulichen organisatorische und bereichs- bzw. abteilungsübergreifende Abläufe und Tätigkeiten. Durch die Definition von Schnittstellen und das Festlegen von Eingabe-/Ausgabeinformationen wird den Anforderungen des QM entsprochen.

¹⁵

Anm.: SOP sind verbindliche schriftliche Beschreibungen von Abläufen und Vorgängen, die in bestimmten Situationen von unterschiedlichen Anwendern einheitlich durchgeführt werden.

Abbildung 5.10:
Häufigkeit der Anwendung von Richtlinien, Leitlinien und klinischen Pfaden
(531 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Prozessbeschreibungen, Leitlinien, Checklisten, Richtlinien, SOP und klinische Pfade werden meist mehrheitlich in allen Abteilungen bzw. in mehr als der Hälfte der Abteilungen eingesetzt.

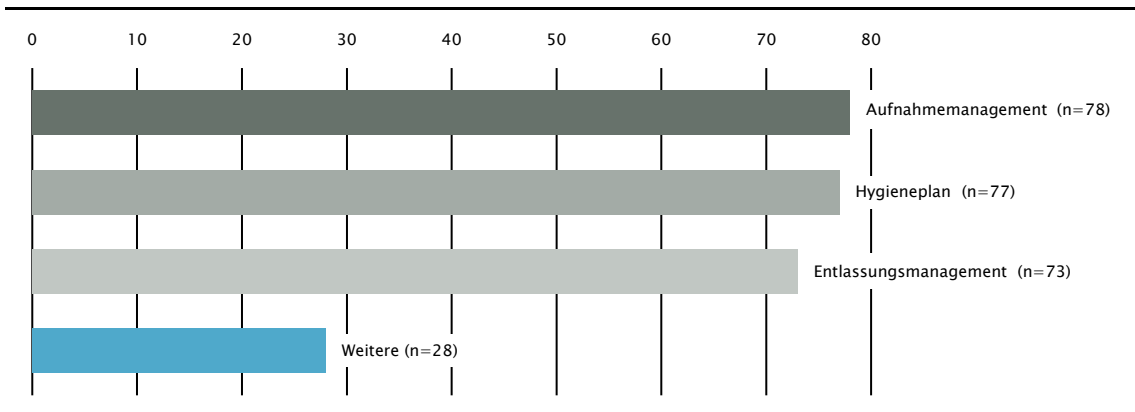
Schlüsselprozesse und Notfallplan

Die am häufigsten angegebenen Schlüsselprozesse sind das Aufnahmemanagement, der Hygieneplan und das Entlassungsmanagement (MA QM). *Weitere* Schlüsselprozesse wurden von 28 Einrichtungen angemerkt, u. a. folgende: Voraufnahme, Pflegeprozess, med. Behandlungsprozess, Therapieplanung, Qualitäts- und Risikomanagement, Personalentwicklungsprozess und Führungsprozesse.

Abbildung 5.11:

Welche Schlüsselprozesse sind in den Einrichtungen definiert?

(256 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

77 der Einrichtungen (96 %) haben einen schriftlichen Plan für medizinische Notfälle (Notfallplan)¹⁶ (MA QM). Über die Inhalte darüber sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in 75 Einrichtungen nachweislich informiert (MA QM).

Information über Aufnahmemodalitäten

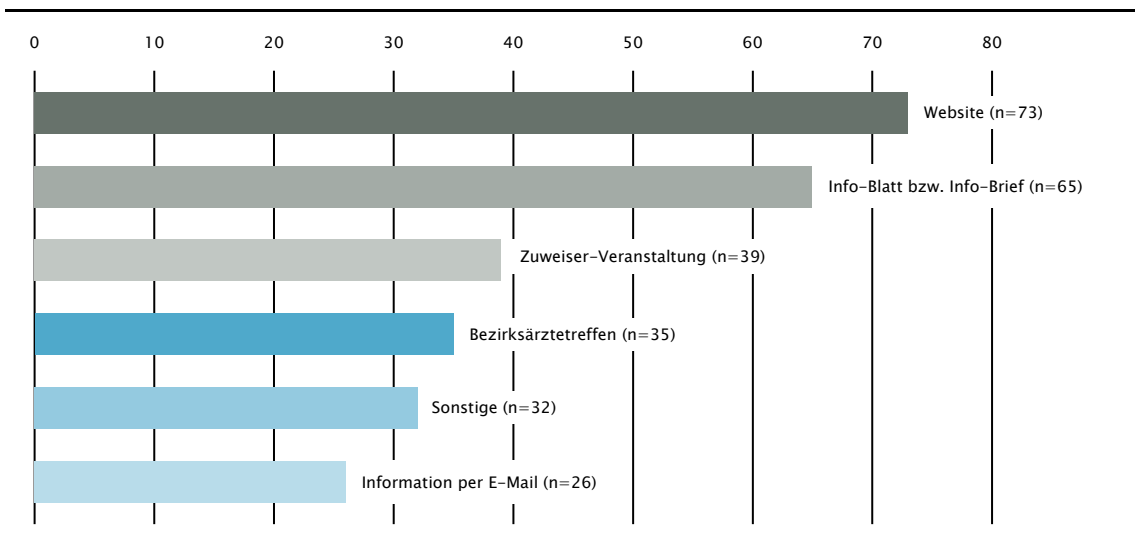
Stationäre Rehabilitationseinrichtungen informieren ihre Zuweiser/innen über die Aufnahmemodalitäten in ihren Häusern folgendermaßen: Die meisten Einrichtungen tun dies – *wie schon im Jahr 2012* – über die Website oder/und mit Info-Blatt bzw. Info-Brief, einige Einrichtungen im Rahmen von Zuweiser-Veranstaltungen und/oder Bezirksärztetreffen. *Sonstige* Möglichkeiten zur Informationsweitergabe nutzen 32 Einrichtungen.

16

Anm.: Ein schriftlicher Plan für medizinische Notfälle beschreibt Handlungsanweisungen für das Personal im Falle medizinischer Notfälle zur Sicherstellung der optimalen Versorgung der/s Notfallpatientin/-patienten. NICHT gemeint sind Pläne für Katastrophenereignisse.

Abbildung 5.12:

Wie werden die Zuweiser/innen über Aufnahmemodalitäten informiert?
(270 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Strukturiertes Aufnahmemanagement und indirektes Entlassungsmanagement

Strukturiertes Aufnahmemanagement¹⁷ ist in 78 Einrichtungen implementiert, in zwei Einrichtungen ist die Implementierung geplant. Indirektes Entlassungsmanagement¹⁸ ist in 68 Rehabilitationseinrichtungen (85 %) implementiert. Die Einführung ist in drei Häusern geplant. Neun Einrichtungen haben kein indirektes Entlassungsmanagement implementiert.

5.4.2 Berichte über die Qualitätsarbeit

58 stationäre Rehabilitationseinrichtungen erstellen – zusätzlich zur österreichweiten gesetzlich verpflichtenden Qualitätsberichterstattung (Qualitätsplattform) (KAKuG, § 5b (4)) – einen eigenen Bericht über die Qualitätsarbeit (einrichtungseigene Bericht oder z. B. als Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes) (MA QM). In acht weiteren Häusern ist dies in Planung. Die verbleibenden 14 Einrichtungen erstellen keinen eigenen Bericht zur Qualitätsarbeit.

¹⁷

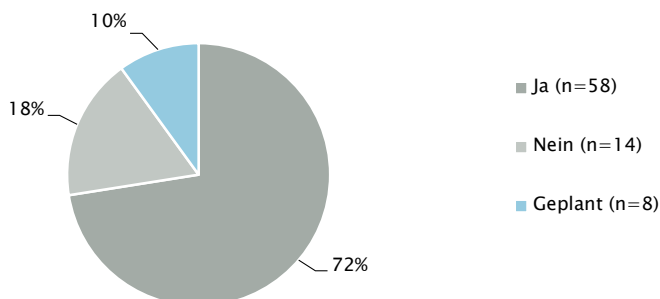
Anm.: Darunter wird ein strukturierter Aufnahmeprozess unter Einhaltung bestimmter Mindeststandards verstanden.

¹⁸

Anm.: Entlassungsmanagement leistet entweder das Pflegepersonal der Station (= direktes Entlassungsmanagement lt. Bundesqualitätsleitlinie Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM) oder eine Person mit einem für das Entlassungsmanagement zweckgewidmeten Dienstposten (= indirektes Entlassungsmanagement lt. BQLL AUFEM). Im ersten Fall ist das Entlassungsmanagement integraler Bestandteil des Pflegeprozesses, im zweiten Fall (speziell gewidmeter Dienstposten) durchlaufen Patientinnen/Patienten den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne eines Casemanagements quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen.

Abbildung 5.13:

Erstellen die Einrichtungen – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung – regelmäßig einen Bericht über die Qualitätsarbeit? (n = 80)

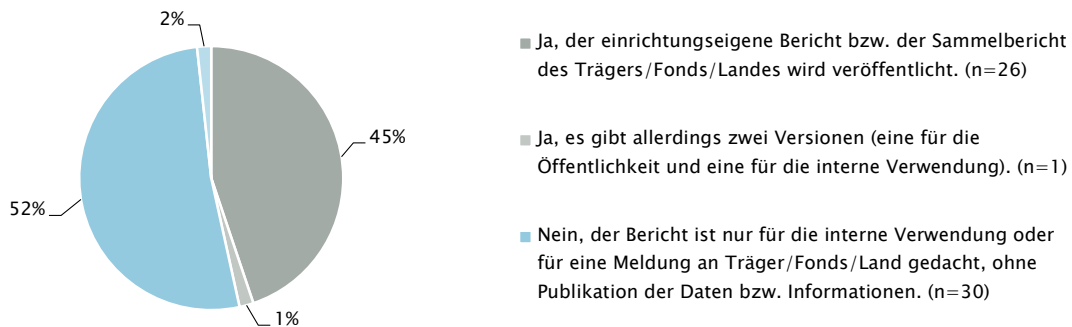


Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

26 von den 58 Einrichtungen veröffentlichen ihren hauseigenen Bericht bzw. den Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes. 30 stationäre Rehabilitationseinrichtungen veröffentlichen den Qualitätsbericht nicht; dieser ist für die interne Verwendung bzw. für eine Meldung an Träger/Fonds/Land gedacht. In einem Haus ist die Veröffentlichung des Qualitätsberichts geplant. Ein Haus schreibt den Bericht in zwei unterschiedlichen Versionen – einen für die Öffentlichkeit, einen für die interne Verwendung.

Abbildung 5.14:

Werden die Qualitätsberichte veröffentlicht? (n = 58)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Fast alle Qualitätsberichte werden jährlich erstellt (in 93 % der Fälle), ansonsten in längeren Abständen.

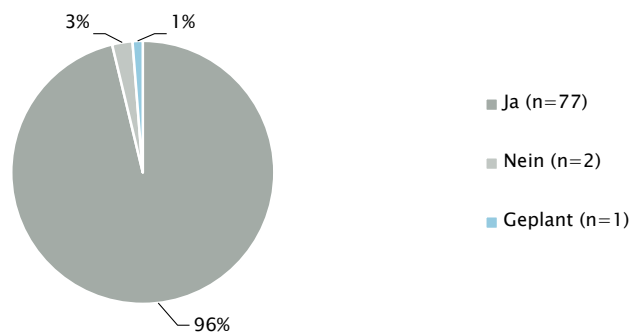
5.4.3 Patientenorientierung

Patientenrechte

In 77 Einrichtungen (96 %) werden Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht (z. B. Patientencharta) (MA QM), in zwei Häusern ist dies nicht der Fall, in einem Haus ist dies geplant.

Abbildung 5.15:

Werden Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht (z. B. Patientencharta)? (n = 80)

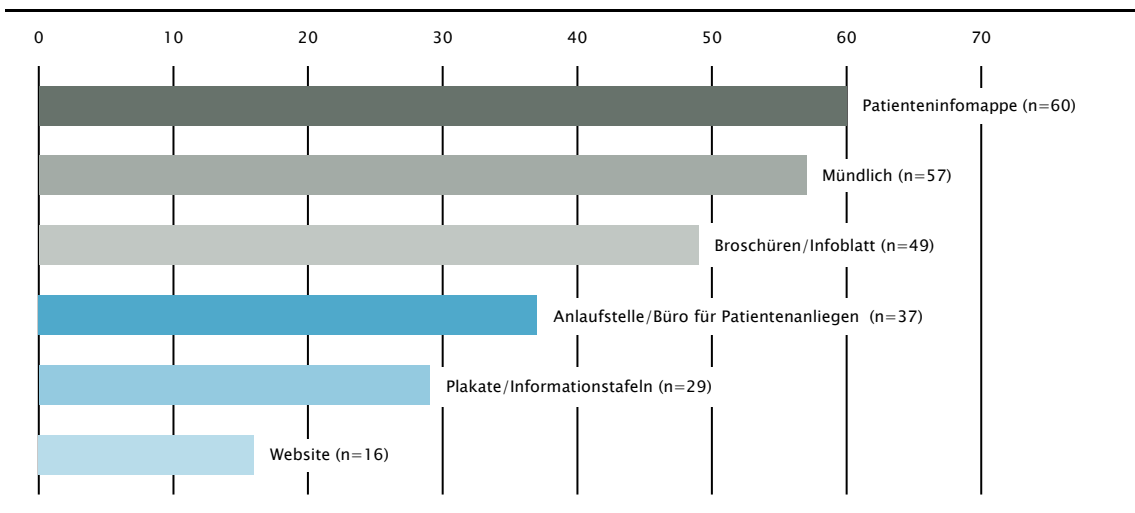


Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Meist nutzen die stationären Rehabilitationseinrichtungen mehrere Informationskanäle, um über Patientenrechte aufzuklären, am häufigsten mit einer Patienteninformationsmappe, mündlich und/oder mit Broschüren/Infoblättern.

Abbildung 5.16:

Wie werden die Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte aufmerksam gemacht?
(248 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter/innen zum Thema Patientenrechte finden in 25 stationären Rehabilitationseinrichtungen (31 %) statt. In 16 Häusern sind solche geplant. In den verbleibenden 39 Einrichtungen finden keine Schulungen der Mitarbeiter/innen zum Thema Patientenrechte statt. *2012 gab es solche Schulungen in 43 Prozent der Einrichtungen.*

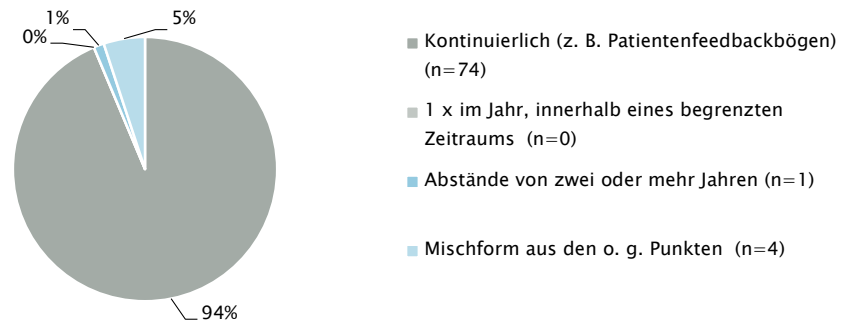
Patientenbefragungen

Patientenbefragungen werden in 79 von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen (99 %) durchgeführt (MA QM), *2012 führten alle Einrichtungen Patientenbefragungen durch.* Alle 79 Häuser geben an, diese in *allen* Abteilungen mit Patientenkontakt durchzuführen.

74 Häuser (94 %) führen die Befragungen kontinuierlich durch, ein Haus befragt Patientinnen und Patienten in Abständen von zwei oder mehr Jahren und vier Häuser agieren mit einer Mischform aus den genannten Möglichkeiten. *Im Jahr 2012 führten 96 Prozent der Einrichtungen die Befragungen kontinuierlich durch.*

Abbildung 5.17:

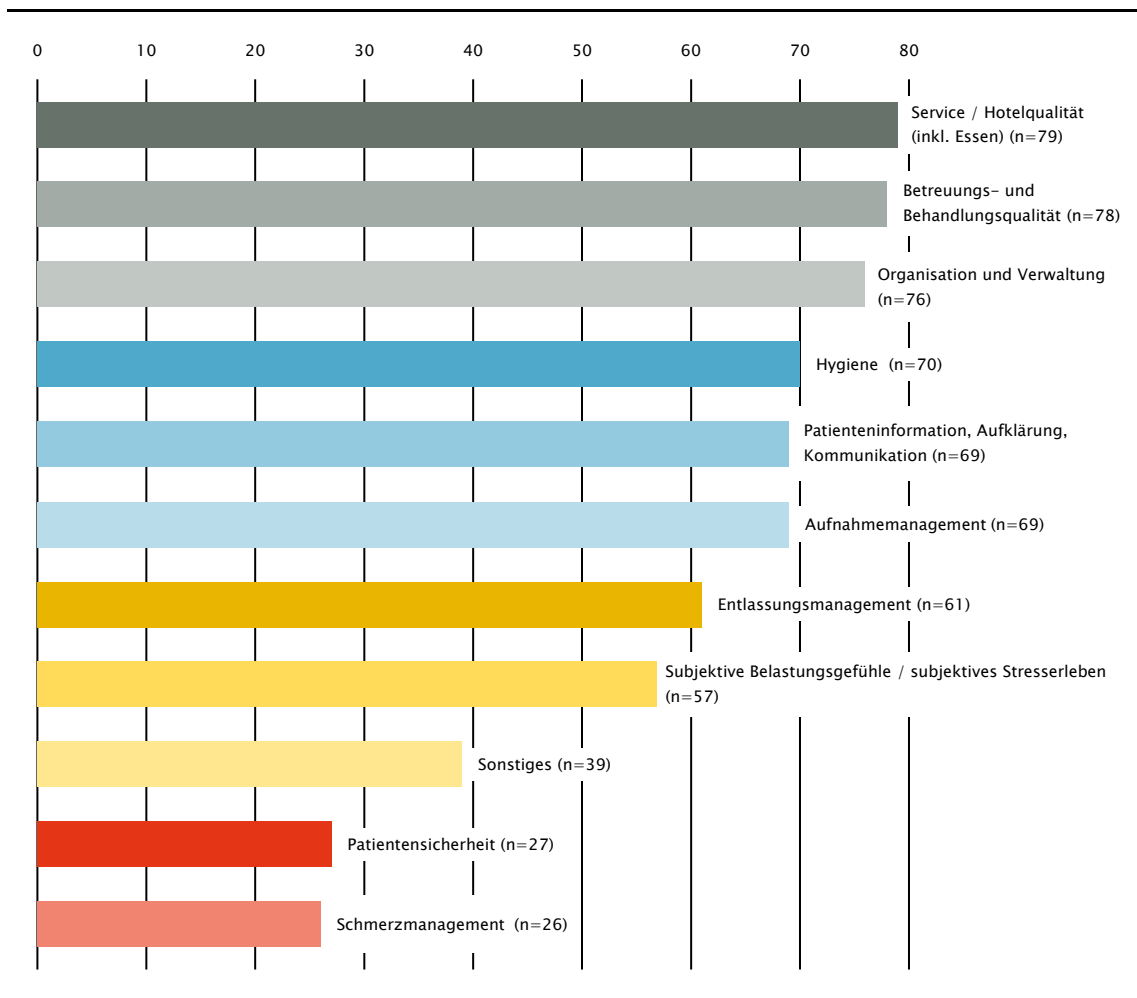
In welchen Intervallen erfolgen die Patientenbefragungen? (n = 79)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Wie im Jahr 2012 wurden auch 2015 am häufigsten Patientinnen und Patienten zu den Themen Service/Hotelqualität (inkl. Essen), Betreuungs- und Behandlungsqualität, Organisation und Verwaltung befragt. Am seltensten widmeten sich Patientenbefragungen den Themen Patientensicherheit und Schmerzmanagement.

Abbildung 5.18:
Themengebiete von Patientenbefragungen
(651 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)

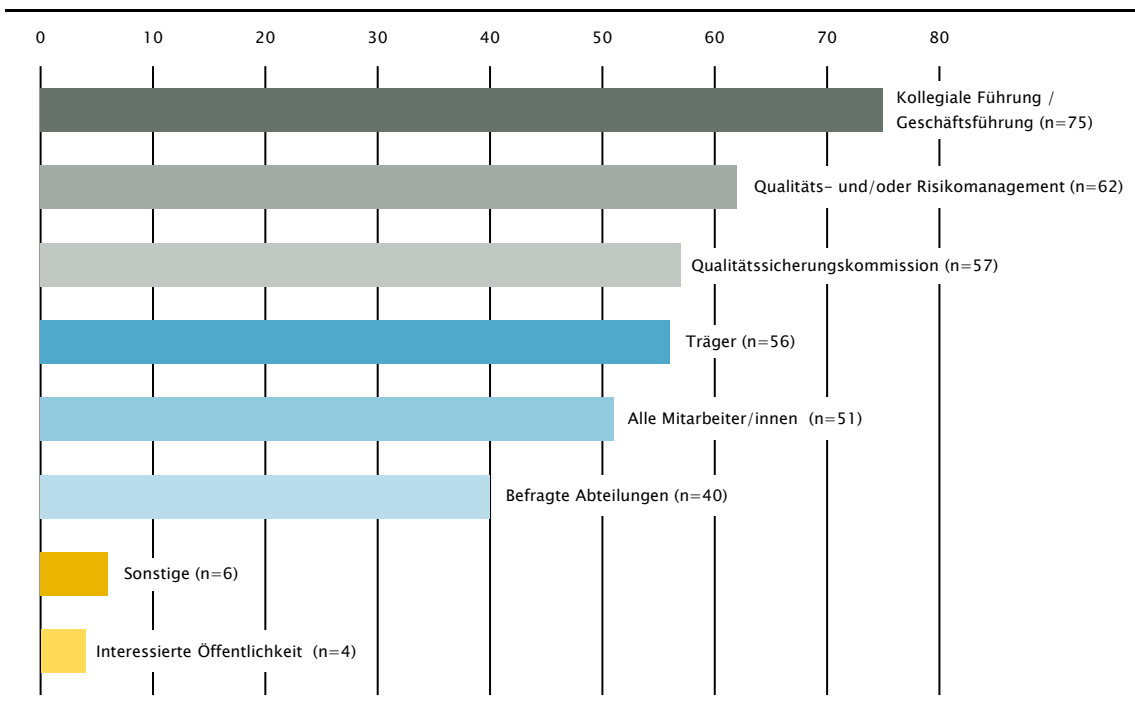


Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Ergebnisse aus den Patientenbefragungen ergeben, *wie auch 2012*, am häufigsten an die Kollegiale Führung /Geschäftsführung. Weiters werden die Ergebnisse auch häufig an die Abteilung Qualitäts- und/oder Risikomanagement, an die Qualitätssicherungskommission und an den Träger rückgemeldet. Vier Häuser wenden sich mit den Ergebnissen (außerdem) an die interessierte Öffentlichkeit.

Abbildung 5.19:

Ergebnisse der Patientenbefragungen ergeben an folgende Stellen:
(351 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Aus den Befragungen leiten 67 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (85 %) auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen ab (MA QM). Zehn Einrichtungen planen ein strukturiertes Ableiten von Maßnahmen aus den Befragungen, zwei Häuser tun dies nicht.

Barrierefreie Erreichbarkeit

Rehabilitationseinrichtungen sind nahezu vollständig barrierefrei erreichbar (79 von 80 Häusern) (MA QM). Informationen über die Erreichbarkeit und Barrierefreiheit ihrer Einrichtung sind bei 54 Häusern (68 %) öffentlich verfügbar (Webseite, Informationsfolder u. ä.). Fünf Häuser *planen* Informationen hierzu öffentlich verfügbar zu machen. Von 21 Einrichtungen sind Informationen über die Erreichbarkeit und Barrierefreiheit des Hauses nicht öffentlich verfügbar (MA QM).

5.4.4 Mitarbeiterorientierung

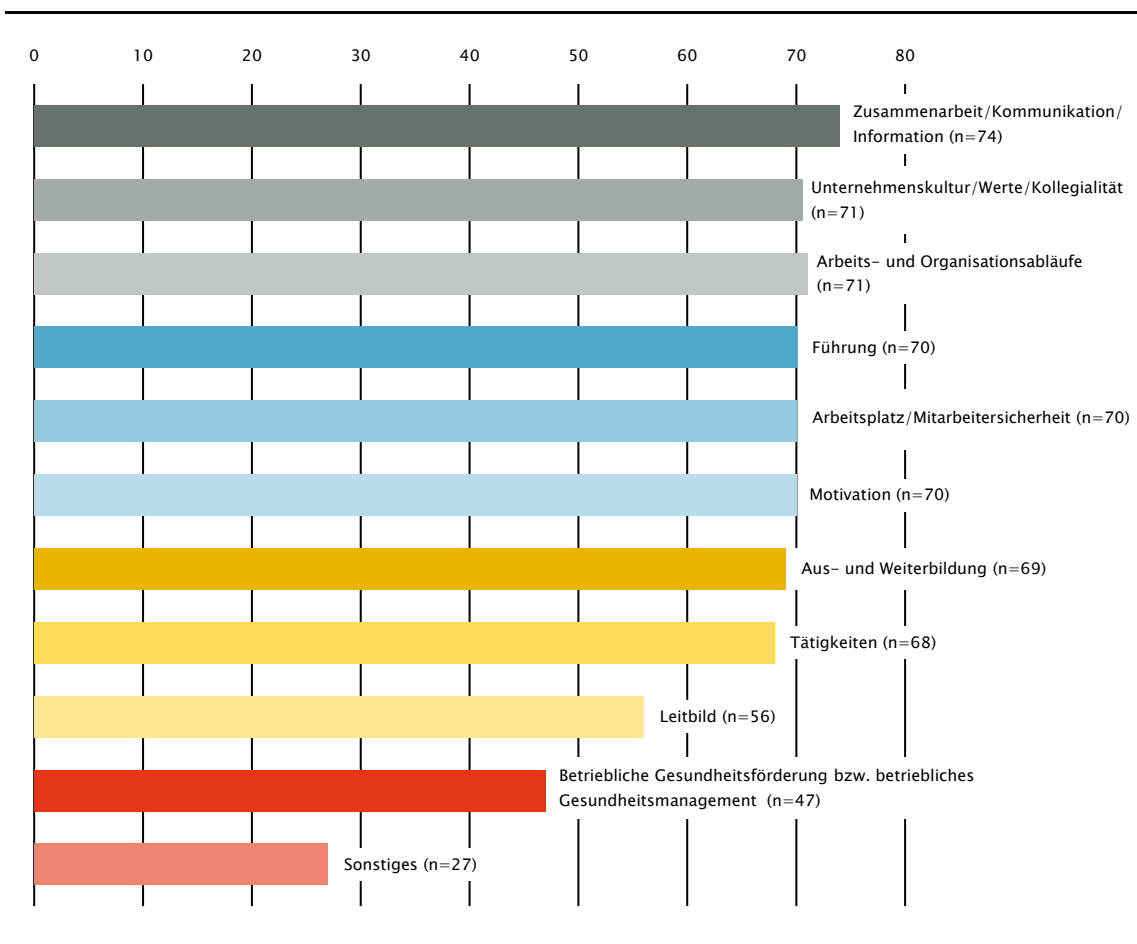
Mitarbeiterbefragung

74 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (93 %) führen Mitarbeiterbefragungen durch (MA QM). Die verbleibenden sechs Einrichtungen verzichten auf Mitarbeiterbefragungen. In 97 Prozent der

Häuser mit Mitarbeiterbefragungen werden alle Mitarbeiter/innen befragt, in drei Prozent der Häuser werden Mitarbeiter/innen in einigen ausgewählten Bereichen oder bestimmte Mitarbeitergruppen befragt. In 35 stationären Rehabilitationseinrichtungen (47 %), die ihre Mitarbeiter/innen befragen, führen dies jährlich durch, in 39 Häusern (53 %) erfolgen die Befragungen in längeren Abständen oder unregelmäßig. *Zum Vergleich: 2012 führten 79 Prozent der Einrichtungen Mitarbeiterbefragungen durch: davon in 95 Prozent der Häuser mit allen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen. In 46 Prozent der Einrichtungen wurden die Mitarbeiter/innen jährlich befragt, ansonsten in längeren Abständen oder unregelmäßig.*

Am häufigsten werden die Mitarbeiter/innen, *wie auch 2012*, zu den Themen Zusammenarbeit/Kommunikation/Information, Unternehmenskultur/Werte/Kollegialität, Arbeits- und Organisationsabläufe, Führung, Arbeitsplatz/Mitarbeitersicherheit, Motivation, Aus- und Weiterbildung und Tätigkeiten befragt.

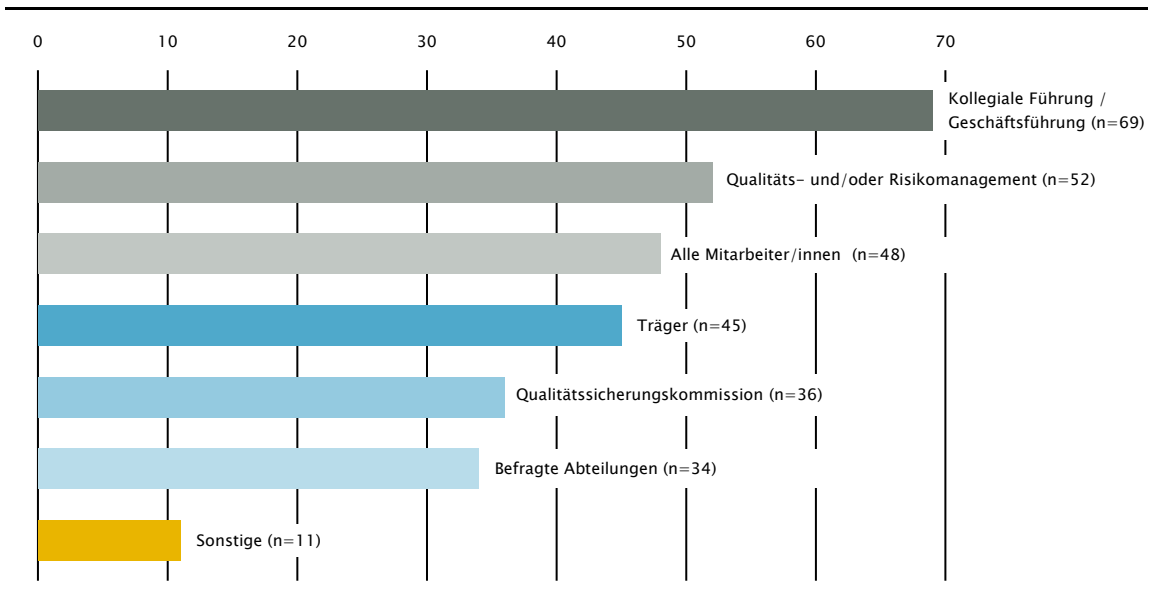
Abbildung 5.20:
Themengebiete von Mitarbeiterbefragungen
(693 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Sowohl 2012 als auch 2015 ergingen die Ergebnisse aus den Mitarbeiterbefragungen am häufigsten an die Kollegiale Führung bzw. Geschäftsführung.

Abbildung 5.21:
Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen ergehen an folgende Stellen
(295 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Aus den Befragungen werden in 60 Häusern (81 %) auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet. In drei Häusern (4 %) wird dies nicht getan. 11 Häuser (15 %) *planen*, aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abzuleiten.

Strukturierte Mitarbeitergespräche, Personalentwicklungskonzept und Erhebung des Qualifizierungsbedarfes

In 74 stationären Rehabilitationseinrichtungen (93 %) werden strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt (MA QM). In 50 dieser Häuser (68 %) werden mit allen Beschäftigten, ansonsten in einigen Bereichen strukturierte Mitarbeitergespräche geführt. 50 Prozent der 74 Häuser führen einmal im Jahr Mitarbeitergespräche, die andere Hälfte in längeren Abständen bzw. unregelmäßig. *2012 wurden in 88 Prozent der Einrichtungen strukturierte Mitarbeitergespräche geführt, davon in 67 Prozent mit allen Beschäftigten. 49 Prozent der Häuser führten sie einmal im Jahr, der Rest in längeren Abständen bzw. unregelmäßig.*

In 48 Einrichtungen (60 %) gibt es ein Personalentwicklungskonzept, in elf Einrichtungen (14 %) ist ein solches geplant (MA QM). In den verbleibenden 21 Einrichtungen gibt es kein Personalentwicklungskonzept (26 %).

Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche der Mitarbeiter/innen werden in 69 Rehabilitationseinrichtungen (86 %) regelmäßig ermittelt (MA QM), sieben Einrichtungen (9 %) planen in Zukunft eine Erhebung. In vier Häusern (5 %) werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche der Mitarbeiter/innen nicht regelmäßig erfasst.

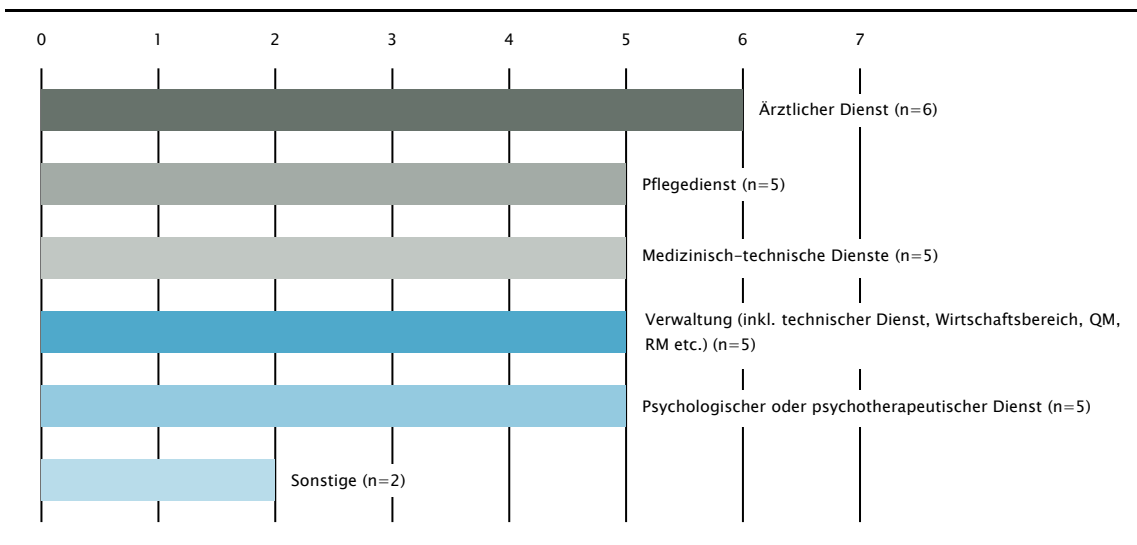
Strukturierte Erfassung der Fort- und Weiterbildung

In allen 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen werden die Fort- und Weiterbildungen¹⁹ der Mitarbeiter/innen strukturiert erfasst (MA QM). 74 Einrichtungen (93 %) erfassen diese für alle Mitarbeiter/innen, 6 Rehabilitationseinrichtungen für einzelne Mitarbeitergruppen. Dabei werden v. a. die Fort- und Weiterbildungen von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes, der Verwaltung und des psychologischen oder psychotherapeutischen Dienstes erfasst. *99 Prozent der Einrichtungen erfassen im Jahr 2012 die Fort- und Weiterbildungen Ihrer Mitarbeiter/innen strukturiert, davon in 88 Prozent für alle Beschäftigten.*

Abbildung 5.22:

Falls nicht für alle Mitarbeiter/innen, für welche Mitarbeitergruppen werden die Fort- und Weiterbildungen strukturiert erfasst?

(28 Nennungen von 6 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

73 von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen (91 %) koordinieren die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen (z. B. Fortbildungsbeauftragte/r in der Rehabilitationseinrichtung oder

19

Anm.: Die Frage bezieht sich auf die Fort- und Weiterbildung generell und nicht nur auf QM-Fort-/Weiterbildungen.

des Trägers) zentral. 65 Einrichtungen (89 %) haben eine zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung für alle Mitarbeitergruppen implementiert. Acht Einrichtungen haben diese für einzelne Mitarbeitergruppen eingerichtet, davon am häufigsten für die Berufsgruppen des ärztlichen Dienstes, der medizinisch-technischen Dienste und der Pflegedienste. *Im Jahr 2012 koordinierten 92 Prozent der Einrichtungen die Fort- und Weiterbildungen zentral, davon in 88 Prozent für alle Mitarbeitergruppen.*

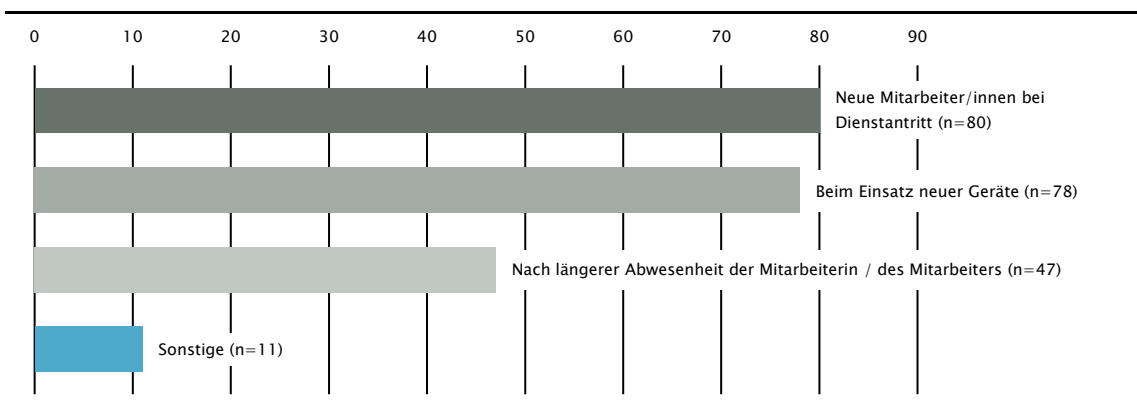
Einschulung in den Gebrauch medizinischer Geräte

In allen 80 Einrichtungen werden Mitarbeiter/innen auf die Anwendung medizinischer Geräte eingeschult (MA QM). Einschulungen erhalten alle Mitarbeiter/innen bei Dienstantritt und am häufigsten beim Einsatz neuer Geräte.

Abbildung 5.23:

Wann werden Mitarbeiter/innen auf die Anwendung medizinischer Geräte geschult?

(216 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



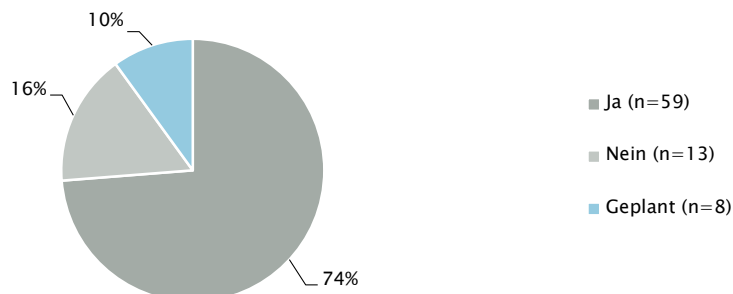
Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Betriebliche Gesundheitsförderung / betriebliches Gesundheitsmanagement

In 59 stationären Rehabilitationseinrichtungen (74 %) ist ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. zum betrieblichen Gesundheitsmanagement vorhanden, in acht Häusern (10 %) ist ein solches geplant. *2012 war in 46 Prozent der Einrichtungen ein solches Konzept implementiert und 31 Prozent Häuser planten die Einführung.*

Abbildung 5.24:

Sind ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert? (n = 80)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Folgende *verhaltensbezogene Maßnahmen* werden von den Häusern gesetzt: Bewegungsangebote wie z. B. Wirbelsäulengymnastik, Yoga, Fitness, Schwimmen, Bauchtanz, Radfahren, Kraftkammer, Maßnahmen für die psychische Gesundheit, wie z. B. Supervision, Burnout-Prävention; Seminare zu den Themen gesunde Ernährung und gesunder Rücken, Seminare zu den Themen Gesundheit am Arbeitsplatz wie z. B. Kommunikation, Feedbackkultur, Stressabbau, Meditation.

Folgende *verhältnisbezogene Maßnahmen* werden von den Einrichtungen unter anderem gesetzt: Arbeitsplatzevaluierungen, Ergonomie-Beratung am Arbeitsplatz, Workshops zu Teamentwicklung, Schaffen von Kommunikationsräumen, rauchfreies Haus, flexible Dienstplangestaltung und Mitarbeiterbefragungen/-gespräche.

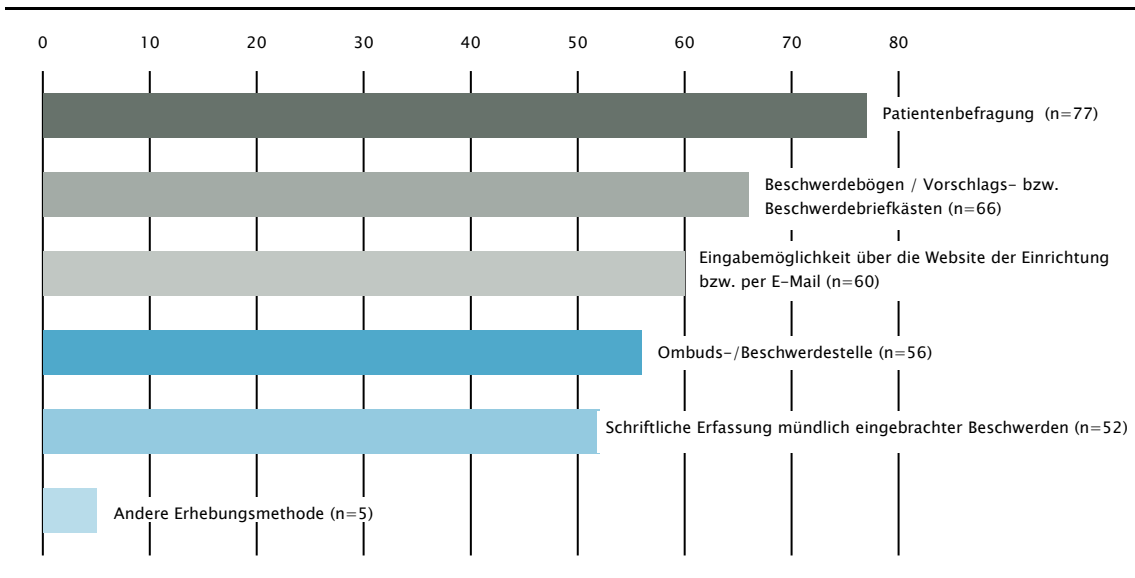
5.4.5 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden

Erheben von Patientenbeschwerden und -vorschlägen

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen erheben die Vorschläge und Beschwerden ihrer Patientinnen und Patienten auf verschiedene Arten. Am häufigsten kommen Patientenbefragungen und Beschwerdebögen bzw. Vorschlags- bzw. Beschwerdebriefkästen zum Einsatz. *Im Vergleich zum Jahr 2012 wird die Möglichkeit Vorschläge und Beschwerden über Eingabemöglichkeit der Webseite bzw. per E-Mail mitzuteilen, etwas häufiger genutzt.*

Abbildung 5.25:

Wie werden Vorschläge und Beschwerden der Patientinnen und Patienten erhoben?
(316 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

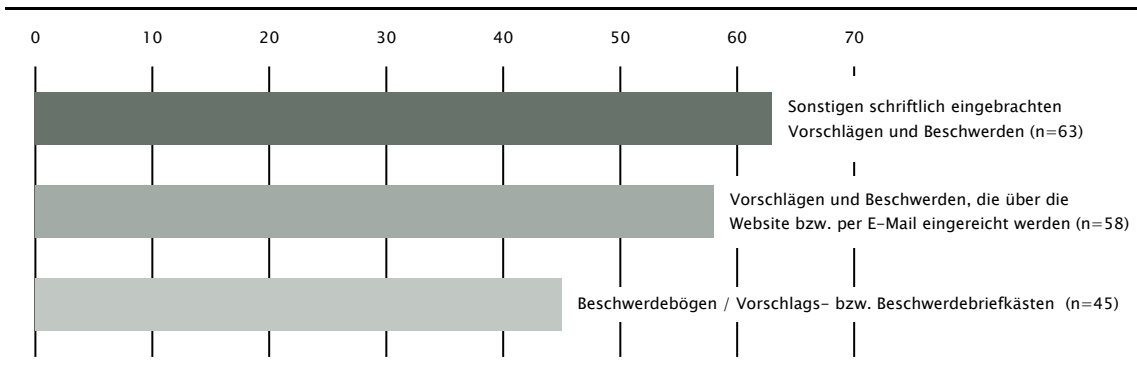
Wie auch 2012 gehen die Informationen aus Vorschlägen und Beschwerden am häufigsten an die Kollegiale Führung / Geschäftsführung, die betroffenen Abteilungen/Stationen bzw. Mitarbeiter/innen und an das Qualitäts- und/oder Risikomanagement.

In 71 Häusern (89 %) erhalten Patientinnen und Patienten individuell Rückmeldungen zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden (mit Ausnahme von anonymen Meldungen). Zwei Häuser (3 %) planen die Einführung individueller Rückmeldungen zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden. In den verbleibenden sieben Einrichtungen bekommen Patientinnen und Patienten keine individuelle Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden. *2012 erhielten Patientinnen und Patienten aus 78 Prozent der Einrichtungen individuell Rückmeldung auf schriftlich eingebrachte Vorschläge und Beschwerden und 13 Prozent planten eine Einführung.*

Ähnlich wie 2012 erhalten Patientinnen und Patienten am häufigsten individuelle Rückmeldungen zu sonstigen schriftlich eingebrachten Vorschlägen und Beschwerden (63 Nennungen), zu Vorschlägen und Beschwerden, die über die Website bzw. per E-Mail eingereicht werden (58 Nennungen) und zu Beschwerdebögen / Vorschlags- bzw. Beschwerdebriefkästen (45 Nennungen).

Abbildung 5.26:

Patientinnen /Patienten erhalten eine individuelle Rückmeldung aus/von: (116 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



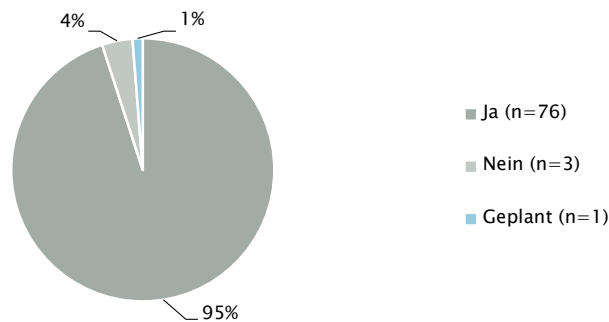
Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Strukturiertes Beschwerdemanagement

76 stationären Rehabilitationseinrichtungen (95 %) haben ein strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement²⁰ implementiert, d. h. sie gehen systematisch in der Bearbeitung von Beschwerden vor. Ein Haus (1 %) plant die Einführung. 2012 betrieben 82 Prozent der Einrichtungen strukturiertes Beschwerdemanagement und 17 Prozent planten die Einführung.

Abbildung 5.27:

Gibt es strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement? (n = 80)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

²⁰

Anm.: Das strukturierte Beschwerde-/Feedbackmanagement umfasst den Prozess des strukturierten Erfassens von Vorschlägen und Beschwerden, das individuelle Rückmelden an die Vorschlagenden bzw. Beschwerdeführer/innen und die Analyse der Vorschläge und Beschwerden, um ggf. Verbesserungsmaßnahmen zu identifizieren, zu planen, umzusetzen und auf Wirksamkeit hin zu überprüfen.

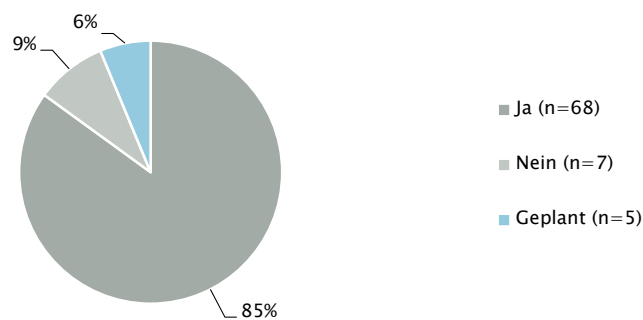
In 54 Rehabilitationseinrichtungen werden für Patientinnen und Patienten im Bedarfsfall Informationen zu Patientenanzweltschaften (Länder), Ombuds-/Beschwerdestelle (Sozialversicherungsträger, KA-Träger), Schieds- und Schlichtungsstellen (Ärztckammern) bereitgestellt, in sechs Häusern ist dies geplant. 20 Häuser stellen keine entsprechenden Informationen für ihre Patientinnen und Patienten zur Verfügung.

Betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement

68 Rehabilitationseinrichtungen (85 %) haben betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement²¹ für Mitarbeiter/innen eingerichtet, in fünf Häusern (6 %) ist dies in Planung. Sieben Häuser haben kein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen umgesetzt. *63 Prozent der Einrichtungen hatten bereits 2012 betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement eingerichtet und 24 Prozent planten es.*

Abbildung 5.28:

Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen? (n = 80)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

5.4.6 Externe Qualitätssicherung

40 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (50 %) nehmen an einrichtungsübergreifenden Registern und Qualitätsprojekten teil. Primär werden hier Projekte zu Kennzahlensystemen und Benchmarking und Projekte zu Patientensicherheit und Risikomanagement genannt. Des Weiteren wählten 12 Häuser als Antwortmöglichkeit Qualitätsregister.

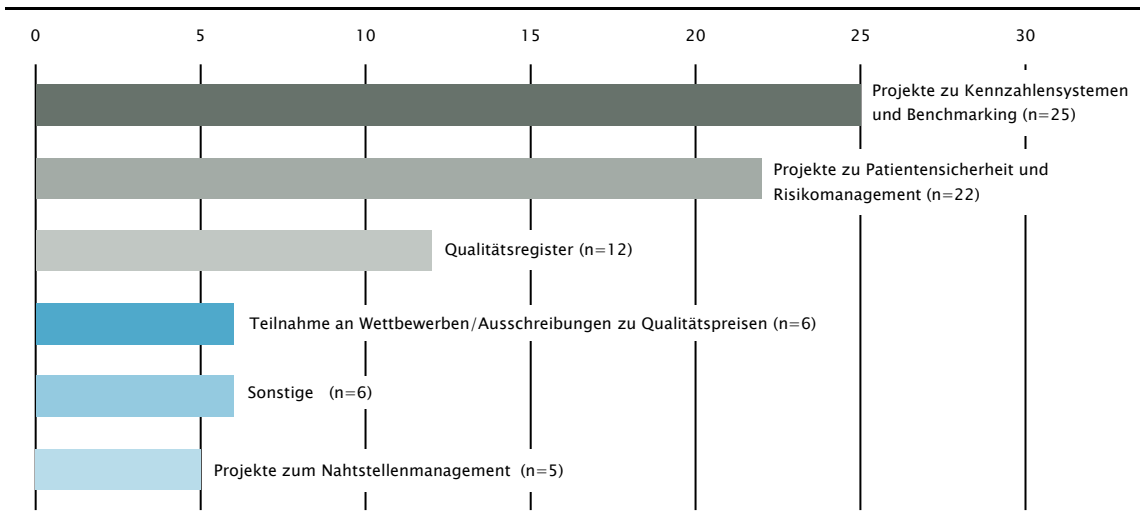
Sechs Häuser nehmen an Wettbewerben/Ausschreibungen zu Qualitätspreisen teil. Am häufigsten wurden genannt: Great Place to Work, Betriebliche Gesundheitsförderung, Umweltzeichen und

21

Anm.: Das betriebliche Vorschlagswesen/Ideenmanagement stellt ein System der organisatorischen Behandlung und Belohnung von technischen und nicht technischen (z. B. kaufmännischen) Verbesserungen aus dem Kreis der Arbeitnehmer/innen mit dem Ziel dar, die Leistungen des Betriebs ständig zu verbessern.

Frauen- und Familienfreundlichkeit. Fünf Einrichtungen nehmen an Projekten zum Nahtstellenmanagement teil. Die Kategorie *Sonstige* haben sechs Häuser gewählt. Folgende wurden genannt: ÖQUASTA Rundversuche, Hygieneregister und Hygiene relevante Daten (Isolierungen, liegende Harnkatheter), Sturzerfassung, Dekubituserfassung.

Abbildung 5.29:
Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Qualitätsprojekten
(76 Nennungen von 40 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

5.5 Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit

53 Häuser (66 %) geben an, mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement) strukturiert umzugehen (MA QM). Weitere 21 Häuser (26 %) planen strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (z. B. mit Hilfe eines Konzepts). In den restlichen sechs Häusern gibt es keinen strukturierten Umgang mit Risiken etc. *2012 gingen 61 Prozent der Einrichtungen mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern strukturiert vor und in weiteren 32 Prozent war dies geplant.*

Instrumente des Risikomanagements

In 74 stationären Rehabilitationseinrichtungen (93 %) ist zumindest ein Instrument des Risikomanagements in Verwendung. Sechs Häuser geben an, ein Instrument des Risikomanagements weder zu verwenden noch dessen Einsatz zu planen.

Am häufigsten kommen folgende Instrumente des Risikomanagements zum Einsatz: Checklisten in besonders gefahrgeneigten Situationen (z. B. Notfall-Checkliste), Risikoanalysen, gefolgt von hausinternen/trägerinternen Fehlermelde- und Lernsystemen (Reporting & Learning-Systeme).

Die Kategorie *Sonstige* wurde von vier Häusern gewählt, wobei u. a. folgende Instrumente genannt wurden: Risikoteams, RM-Informationssysteme, jährliche Risikobewertung der Leistungsprozesse (EN 15224) sowie jährliches Krisenstabstraining. (MA QM)

Die am häufigsten für den Einsatz geplanten Instrumente sind: Risikoanalysen, gefolgt von Haus-/trägerinternen Fehlermelde- und Lernsystemen sowie übergreifenden Fehlermelde- und Lernsystemen (z. B. CIRSmedical.at).

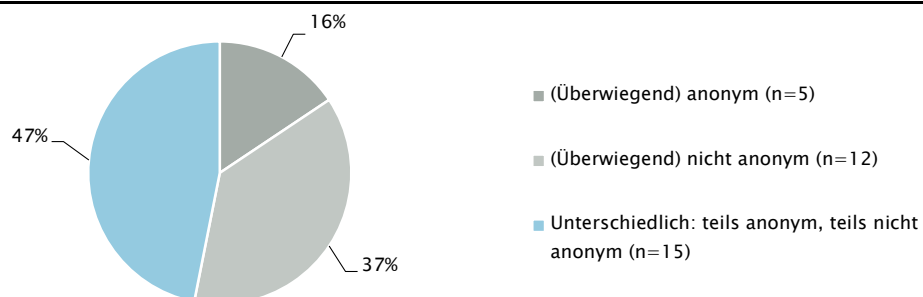
Tabelle 5.3:
Instrumente des Risikomanagements
(203 Nennungen von 74 stationären Rehabilitationseinrichtungen)

Instrument	In Verwendung	Geplant
Haus-/trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme	32	16
Übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at)	14	14
Risikoanalyse	30	20
Fehleranalyse	13	10
Checklisten für ein strukturiertes Vorgehen in besonders gefahrgeneigten Situationen (z. B. OP-Checkliste der WHO)	39	11
Sonstige	4	-

Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In den 32 Einrichtungen mit hausinternen/trägerinternen Fehlermelde- und Lernsystemen wird unterschiedlich gemeldet, d. h. teils anonym, teils nicht anonym (15 Häuser), in fünf Häusern (überwiegend) anonym und in 12 Häusern (überwiegend) nicht anonym.

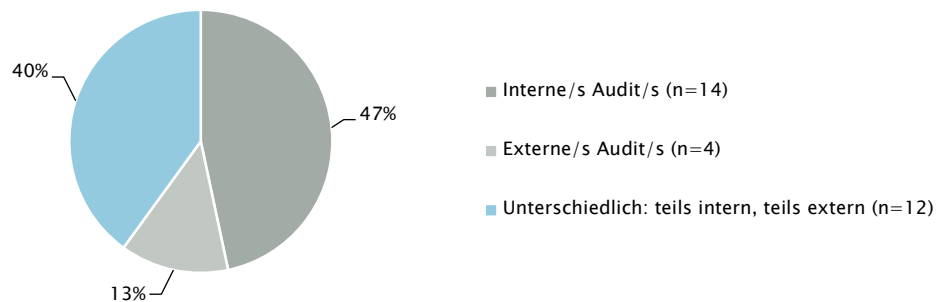
Abbildung 5.30:
Art der Meldung bei hausinternen/trägerinternen Fehlermelde- und Lernsystemen
(n = 32)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Risikoanalysen werden am häufigsten mit Hilfe von internen Audits durchgeführt (14 Häuser). In zwölf Häusern werden diese teils intern, teils extern betrieben. Vier Häuser führen die Risikoanalyse ausschließlich mithilfe externer Audits durch.

Abbildung 5.31:
Art der Durchführung von Risikoanalysen (n = 30)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit

In 28 Einrichtungen (35 %) ist ein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit implementiert, in 22 Häusern (28 %) ist die Implementierung eines solchen geplant. In 30 stationären Rehabilitationseinrichtungen (37 %) ist weder ein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit implementiert noch geplant.

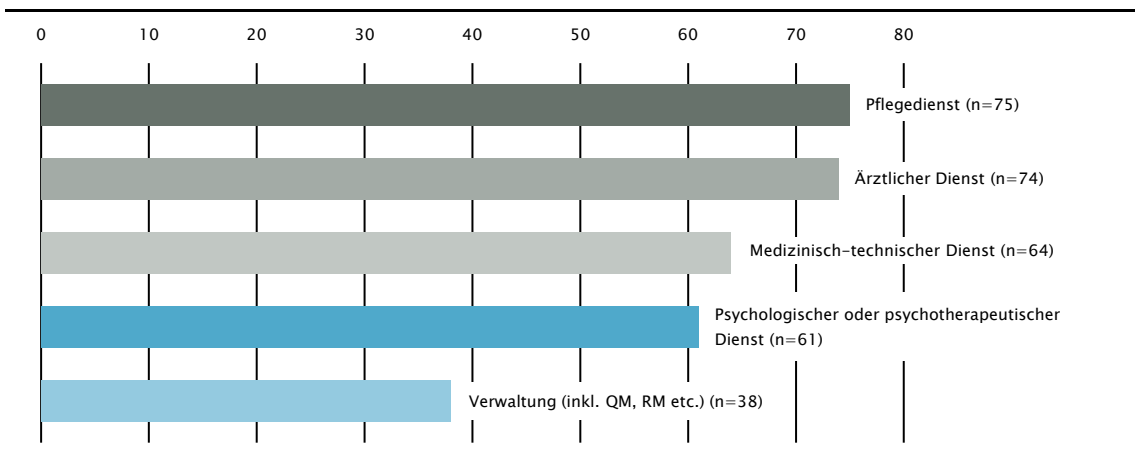
Standardisierte Informationsprozesse zu individuellen Gefahrenpotenzialen und Komplikationsrisiken von Patientinnen/Patienten

In 75 Einrichtungen (94 %) werden Mitarbeiter/innen mithilfe eines standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken von Patientinnen/Patienten informiert, z. B. Allergien, Verwirrtheit (MA QM). In fünf Häusern (6 %) ist dies nicht der Fall. Am häufigsten werden der Pflegedienst und der ärztliche Dienst benachrichtigt.

Abbildung 5.32:

Welche Mitarbeiter/innen werden über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken von Patientinnen/Patienten informiert?

(312 Nennungen von 75 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige der Gesundheitsberufe

In 25 Einrichtungen (31 %) sind Unterstützungsmaßnahmen (z. B. Peer Support Groups und/oder professionelle Hilfe) für Angehörige der Gesundheitsberufe, die an Fehlern und Zwischenfällen beteiligt waren („Second Victim“) implementiert. Weitere sechs Häuser planen die Implementierung von genannten Unterstützungsmaßnahmen. 49 Häuser (61 %) haben dies weder implementiert, noch planen sie die Einführung von Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige ihrer Gesundheitsberufe.

5.5.1 Einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements

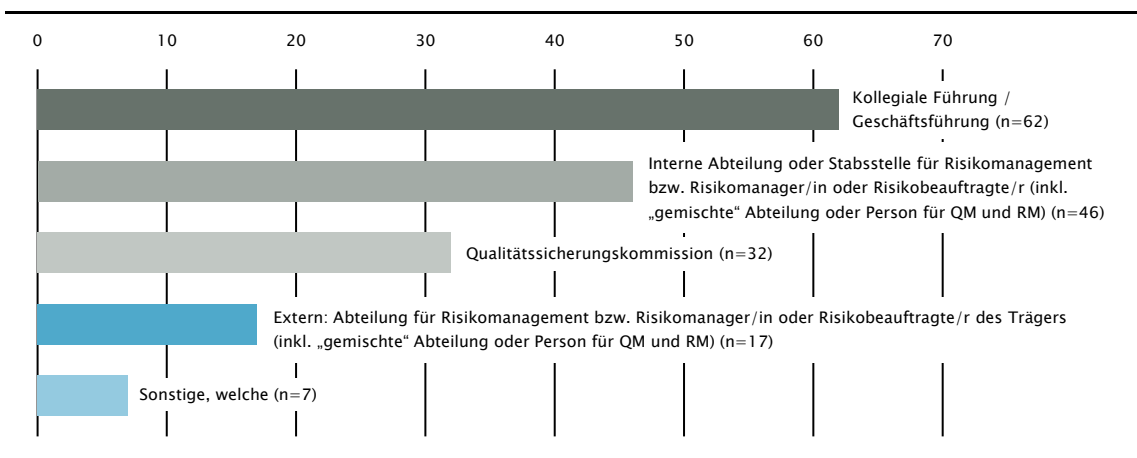
Die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements gestaltet sich in den stationären Rehabilitationseinrichtungen unterschiedlich. In 31 Häusern (39 %) wird diese Aufgabe von einer Stelle wahrgenommen, in den anderen 49 Häusern (61 %) von mehreren Stellen gleichzeitig. *2012 wurde die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements in 46 Prozent von einer Stelle und in 54 Prozent von mehreren übernommen.*

Koordinierende Stellen

In zehn stationären Rehabilitationseinrichtungen übernimmt die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements ausschließlich die interne Abteilung oder Stabsstelle für Risikomanagement bzw. ein/e Risikomanager/in oder ein/e Risikobeauftragte/r (inkludiert sind „gemischte Abteilungen“ oder Personen für QM und RM). In 16 Häusern leistet diese Aufgabe ausschließlich die

Kollegiale Führung / Geschäftsführung, in einem Haus ausschließlich die Abteilung für Risikomanagement bzw. ein/e Risikomanager/in des Trägers (inkl. „gemischte“ Abteilung oder Person für QM und RM) und in einem weiteren Haus ausschließlich die Qualitätssicherungskommission. Drei Häuser nennen *Sonstige* als ausschließlich koordinierende Stelle, wie z. B. ein CIRPS-Vertrauensteam. In einer Einrichtung wird die einrichtungsweite Koordination ausschließlich extern betrieben: Abteilung für Risikomanagement bzw. Risikomanager/in oder Risikobeauftragte/r des Trägers (inkl. „gemischte“ Abteilung oder Person für QM und RM).

Abbildung 5.33:
Einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements
(164 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Vollzeitäquivalente für die einrichtungsweite Koordination von Risikomanagement

Für 16 Häuser (20 %) ist ermittelbar, wie viele Vollzeitäquivalente (VZÄ)²² für die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements besetzt sind. In Summe werden 18,7 VZÄ rückgemeldet. Durchschnittlich sind dies knapp 1,2 VZÄ pro Haus, der Median liegt bei einem VZÄ. *Zum Vergleich: Im Jahr 2012 konnten 31 Prozent der Rehabilitationseinrichtungen ihre VZÄ für die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements beziffern.*

22

Anm.: Die Maßeinheit für die fiktive Anzahl an Vollzeitbeschäftigten einer Organisationseinheit bei Umrechnung aller Teilzeitarbeitsverhältnisse in Vollzeitarbeitsverhältnisse. Beispiel: 3 Halbtagsstellen und 2 Ganztagsstellen ergeben 3,5 Vollzeitäquivalente. Diese Information wird automatisch aus der Kostenstellenstatistik übernommen.

Tabelle 5.4:

Einrichtungen, die VZÄ angeben können: Vollzeitäquivalente für die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements nach Bettenanzahl (n = 16)

Bettenanzahl	Gesamtzahl der Stellen (in VZÄ) für die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements	Anzahl der Häuser	Durchschnittliche VZÄ
1 bis 99 Betten	4	3	1,3
100 bis 199 Betten	10,9	10	1,1
200 bis 299 Betten	3,8	3	1,3
300 bis 399 Betten	-		-
Summe	18,7	16	1,2

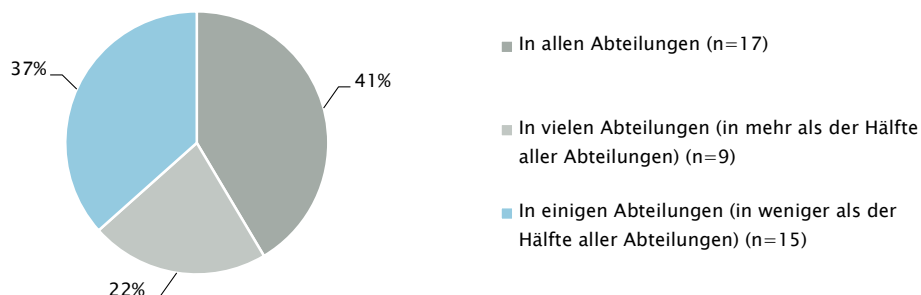
Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

5.5.2 Risikomanagementansprechpartner/innen in Abteilungen und RM-Ausbildung

41 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (51 %) geben an, in den Abteilungen definierte Ansprechpartner/innen für das Risikomanagement zu haben. Davon benennen 17 Häuser Ansprechpersonen in allen Abteilungen, neun Häuser in mehr als der Hälfte aller Abteilungen und 15 Häuser in weniger als der Hälfte aller Abteilungen. *2012 gaben 65 Prozent der Einrichtungen an, in (zumindest einigen) Abteilungen definierte Ansprechpersonen für das Risikomanagement zu beschäftigen.*

Abbildung 5.34:

In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartner/innen für Risikomanagement? (n = 41)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Risikomanagement–Ausbildung

43 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (54 %) geben an, dass in ihrem Haus Mitarbeiter/innen mit spezieller Risikomanagement–Ausbildung²³ tätig sind. *2012 beschäftigten 32 Prozent der Einrichtungen Mitarbeiter/innen mit einer speziellen Risikomanagement–Ausbildung.*

Die genaue Angabe der Zahl an Mitarbeitenden ist in 22 stationären Rehabilitationseinrichtungen möglich. Insgesamt sind dies 59 Personen, Angaben reichen von 1 bis 19. Der Durchschnitt liegt bei 2,7 Personen pro Haus, der Median liegt bei einer Person. In 21 stationären Rehabilitationseinrichtungen war die genaue Zahl der Mitarbeiter/innen mit einer Risikomanagement–Ausbildung nicht ermittelbar. Die Einrichtungen gaben daher eine Schätzung ab. Diese beträgt in allen 21 Häusern ein bis fünf Personen.

37 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (46 %) gaben an, keine Personen mit spezieller Risikomanagement–Ausbildung zu beschäftigen, *im Jahr 2012 waren es rund 68 Prozent.*

5.6 Krankenhaushygiene

5.6.1 Hygieneteam

Die Bestellung eines Hygieneteams in Rehabilitationseinrichtungen ist gesetzlich verankert²⁴. Es besteht in den Einrichtungen überwiegend aus Hygienefachkräften (Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege) und einer/eines hygienebeauftragten Ärztin/Arztes.

23

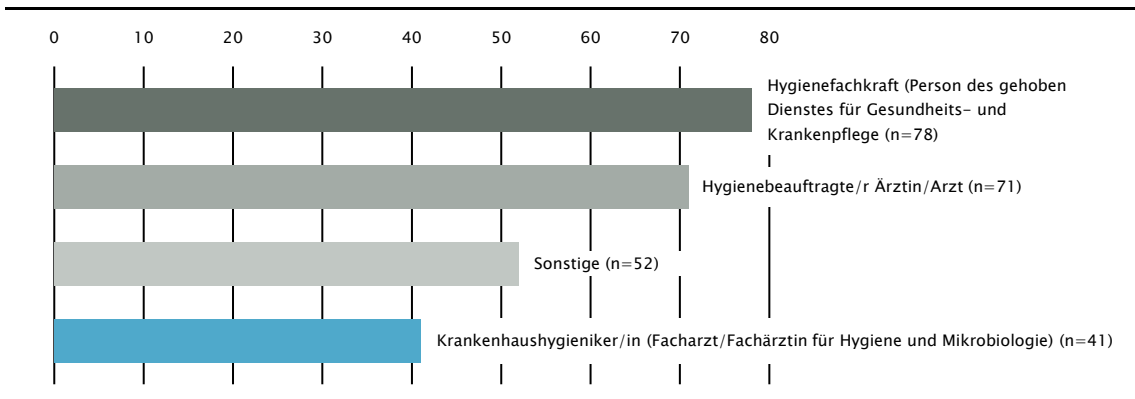
Anm.: Mit spezieller Ausbildung ist ein abgeschlossenes Diplom (z. B. Risikomanager/in) oder eine gleichzusetzende, zumindest einwöchige Ausbildung gemeint.

24

Die drei Sonnenpark Häuser, die nicht dem KAKuG unterliegen, haben ebenso Mitglieder eines Hygieneteams angegeben und wurden somit nicht aus der Berechnung ausgeschlossen.

Abbildung 5.35:

Das Hygieneteam besteht in den Einrichtungen aus folgenden Mitgliedern
(242 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Unter *Sonstige* wurden für die Zusammensetzung des Hygieneteams zusätzlich noch folgende Berufsgruppen genannt: Hygienekontaktpersonen aus verschiedenen Bereichen, Kollegiale Führung, Wirtschaftsleitung, Pflegedienstleitung, Geschäftsführung, QM-Ansprechpersonen oder Kooperationen mit externen Krankenhaushygienikern oder Instituten.

Als Ausbildung für den/die Krankenhaushygieniker/in bzw. für die/den hygienebeauftragte/n Ärztin/Arzt nannten 76 Häuser das österreichische Ärztekammerdiplom für Krankenhaushygiene oder *in Ausbildung*. Von 14 Häusern wurden außerdem noch andere Ausbildungen genannt (Mehrfachnennung möglich), wie z. B. Ausbildung zur Hygienefachkraft und Facharztausbildung für Hygiene und Mikrobiologie.

Als Ausbildung für die Hygienefachkraft (Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege) führen 76 Häuser die Sonderausbildung zur Hygienefachkraft gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes oder *in Ausbildung* an. Als *Sonstige* Ausbildungsart wurden unter anderem folgende erwähnt: Universitätslehrgang *Sonderausbildung in der Krankenhaushygiene*.

5.6.2 Hygienekommission

In 48 Häusern (60 %) ist zusätzlich zum Hygieneteam eine Hygienekommission eingerichtet. Drei Häuser planen die Implementierung einer Hygienekommission. 30 Häuser haben keine Hygienekommission zusätzlich zum Hygieneteam eingerichtet.

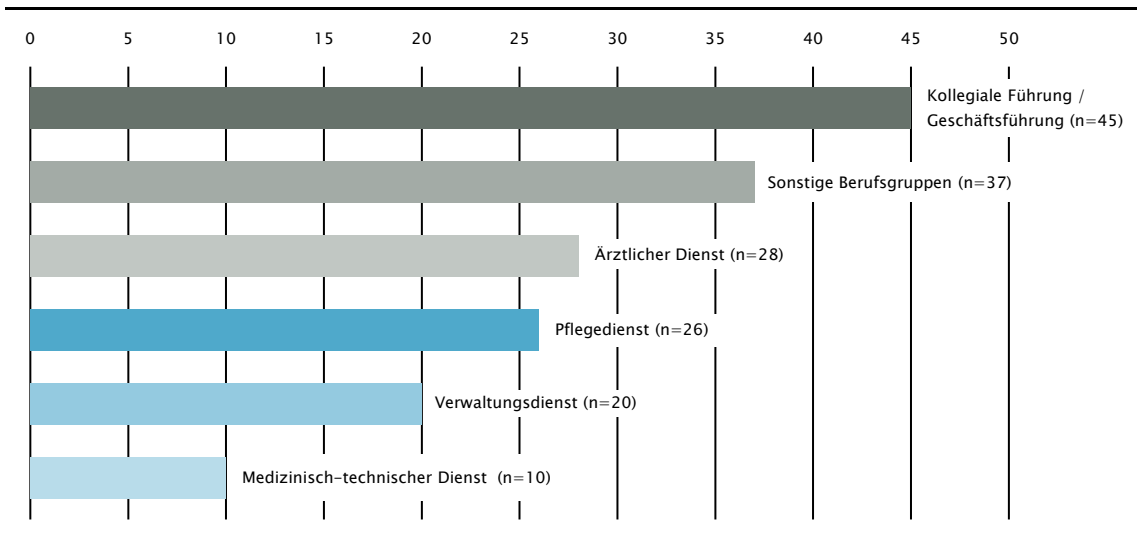
Am häufigsten besteht die Hygienekommission neben Personen des Hygieneteams noch aus Vertretungen der Kollegialen Führung / Geschäftsführung, des ärztlichen Dienstes und des Pflege-

dienstes. Unter *Sonstige* wurden noch folgende Berufsgruppen/Positionen angeführt: Externe Beratung, Leitung Qualitäts- und Risikomanagement, Wirtschaftsleitung, Küchenleitung, Reinigungsdienst, Abfallbeauftragte/r, Masseur/in, Arbeitsmedizin und Sicherheitsfachkraft.

Abbildung 5.36:

Die Hygienekommission besteht in den Einrichtungen neben Personen des Hygieneteams noch aus Mitgliedern folgender Bereiche:

(166 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



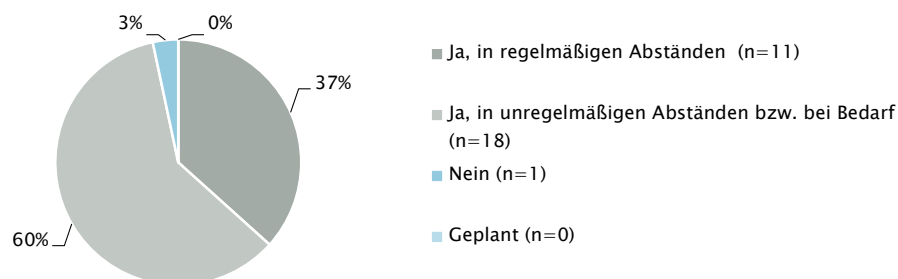
Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In 48 rückmeldenden Häusern finden Treffen der Hygienekommission statt, davon in 44 Häusern in regelmäßigen Abständen. 20 Häuser geben an, dass Treffen einmal pro Jahr stattfinden. 15 Häuser berufen diese Treffen zweimal pro Jahr ein, ein Haus dreimal im Jahr, sieben Häuser vier- bis sechsmal pro Jahr und ein weiteres Haus bis zu 20-mal pro Jahr. Vier Häuser geben an, dass die Treffen in unregelmäßigen Abständen bzw. bei Bedarf stattfinden.

In jenen 30 Einrichtungen ohne Hygienekommission finden in nahezu allen Häusern Treffen zur Besprechung von Hygienebelangen mit dem Hygieneteam und der Kollegialen Führung und/oder weiteren Führungskräften statt. Elf Häuser geben an, dass diese Treffen regelmäßig stattfinden. Ein Haus davon beruft das Treffen zweimal pro Jahr ein, fünf Häuser bis zu viermal im Jahr, drei Häuser sechsmal im Jahr, ein Haus bis zu zehnmal im Jahr und ein weiteres Haus bis zu zwölfmal im Jahr. In 18 Häusern finden diese Treffen in unregelmäßigen Abständen bzw. bei Bedarf statt.

Abbildung 5.37:

Falls keine Hygienekommission vorhanden ist: Finden Treffen zur Besprechung von Hygienebelangen mit dem Hygieneteam und der Kollegialen Führung und/oder weiteren Führungskräften statt? (n = 30)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

5.6.3 Überwachung nosokomialer Infektionen / Antibiotika-Verwendung und einrichtungsübergreifende Hygieneprojekte

Die Überwachung/Surveillance hat lt. Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, nach einem anerkannten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden Surveillance-System zu erfolgen (KAKuG, § 8a (4))²⁵.

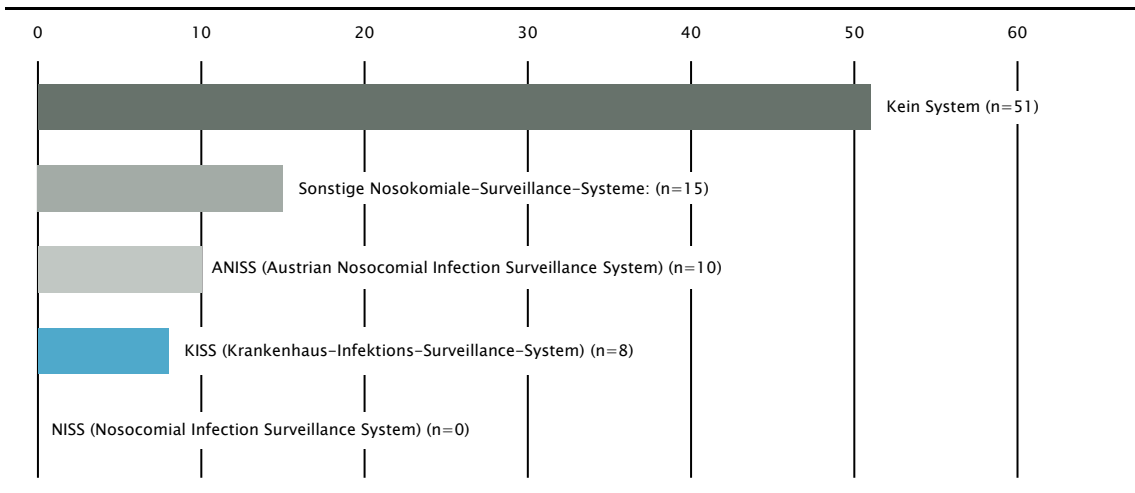
Insgesamt melden 27 von den insgesamt 77 KAKuG-geregelten Häusern, dass sie (zumindest) ein Surveillance-System verwenden. Von den im Fragebogen abgefragten Systemen werden am häufigsten ANISS (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System) (10 Häuser) und KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) (8 Häuser) verwendet. 15 Häuser nannten *Sonstige* nosokomiale Surveillance-Systeme, u. a. folgende: Infektionserfassungsdokument, HiBase, hauseigene Überwachung / hauseigenes System, intern über das Patientendokumentationssystem, schriftliche Berichte/Formulare.

25

Anm.: Drei Einrichtungen (Sonnenpark medizinisch-psychiatrischen Rehabilitation), die an der Qualitätsplattform teilnehmen, unterliegen nicht dem KAKuG und sind daher auch nicht verpflichtet ein Surveillance-System zu betreiben.

Abbildung 5.38:

Welche Systeme zur Überwachung von nosokomialen Infektionen werden in den Einrichtungen verwendet? (84 Nennungen von 77 stationären Rehabilitationseinrichtungen)



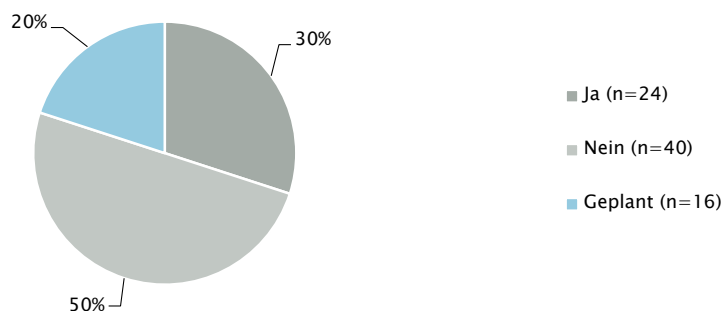
Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Hygieneprojekte

Von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen nehmen 24 Häuser an Hygieneprojekten teil und 16 Häuser planen die Teilnahme. 40 Häuser beteiligen sich nicht an Hygieneprojekten.

Abbildung 5.39:

Nehmen Einrichtungen an Hygieneprojekten teil, wie z. B. „Aktion saubere Hände“? (n = 80)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Folgende Projekte wurden genannt: Tag der Händehygiene, Schulungen und Seminare für Hygienemanagement (HACCP), "Aktion saubere Hände" (intern und extern).

Antibiotikabeauftragte/r bzw. Antibiotikakommission

Von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen beschäftigen 17 Einrichtungen (21 %) eine/n Antibiotikabeauftragte/n oder eine Antibiotikakommission, vier Häuser planen die Einrichtung einer solchen Kommission oder Stelle einer/eines Beauftragten. Die übrigen 59 Häuser (74 %) haben keine/n Antibiotikabeauftragte/n bzw. keine Antibiotikakommission.

Antibiotika-Verwendung und Verbrauch

In 17 stationären Rehabilitationseinrichtungen (21 %) werden Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung umgesetzt, ein weiteres Haus plant die Umsetzung. 62 Häuser (78 %) geben an, keine Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung umzusetzen.

26 Häuser (33 %) erfassen den Verbrauch von Antibiotika, die restlichen 54 Häuser (68 %) tun dies nicht. Die Antwortkategorie, dass dies in Zukunft *geplant* sei, kreuzte keine Einrichtung an. Jene Häuser, die den Antibiotika-Verbrauch erfassen, gaben zu 58 Prozent an, dass der Verbrauch regelmäßig stationsbasiert erhoben würde; 42 Prozent gaben an, dass dieser nicht regelmäßig stationsbasiert erhoben würde.

Erhebung des Desinfektionsmittelverbrauchs

In 56 stationären Rehabilitationseinrichtungen (70 %) wird der Desinfektionsmittelverbrauch, z. B. von Händedesinfektionsmitteln erhoben und weitere acht Häuser planen die Erfassung umzusetzen. Die restlichen 16 Häuser erheben den Desinfektionsmittelverbrauch nicht.

Von den 56 Einrichtungen, die den Desinfektionsmittelverbrauch erheben, erfassen 50 Häuser den Verbrauch jährlich und sechs Häuser in längeren Abständen.

5.6.4 Bericht über Hygiene

59 stationäre Rehabilitationseinrichtungen (74 %) erstellen einen Hygienebericht und fünf Häuser planen die Erstellung. Die verbleibenden 16 Häuser (20 %) erstellen keinen Hygienebericht.

55 der 59 stationären Rehabilitationseinrichtungen, die einen Bericht erstellen, veröffentlichen die Ergebnisse nicht, das bedeutet der Bericht ist für die interne Verwendung oder für eine Meldung an Träger/Fonds/Land gedacht. Vier Häuser veröffentlichen den Bericht.

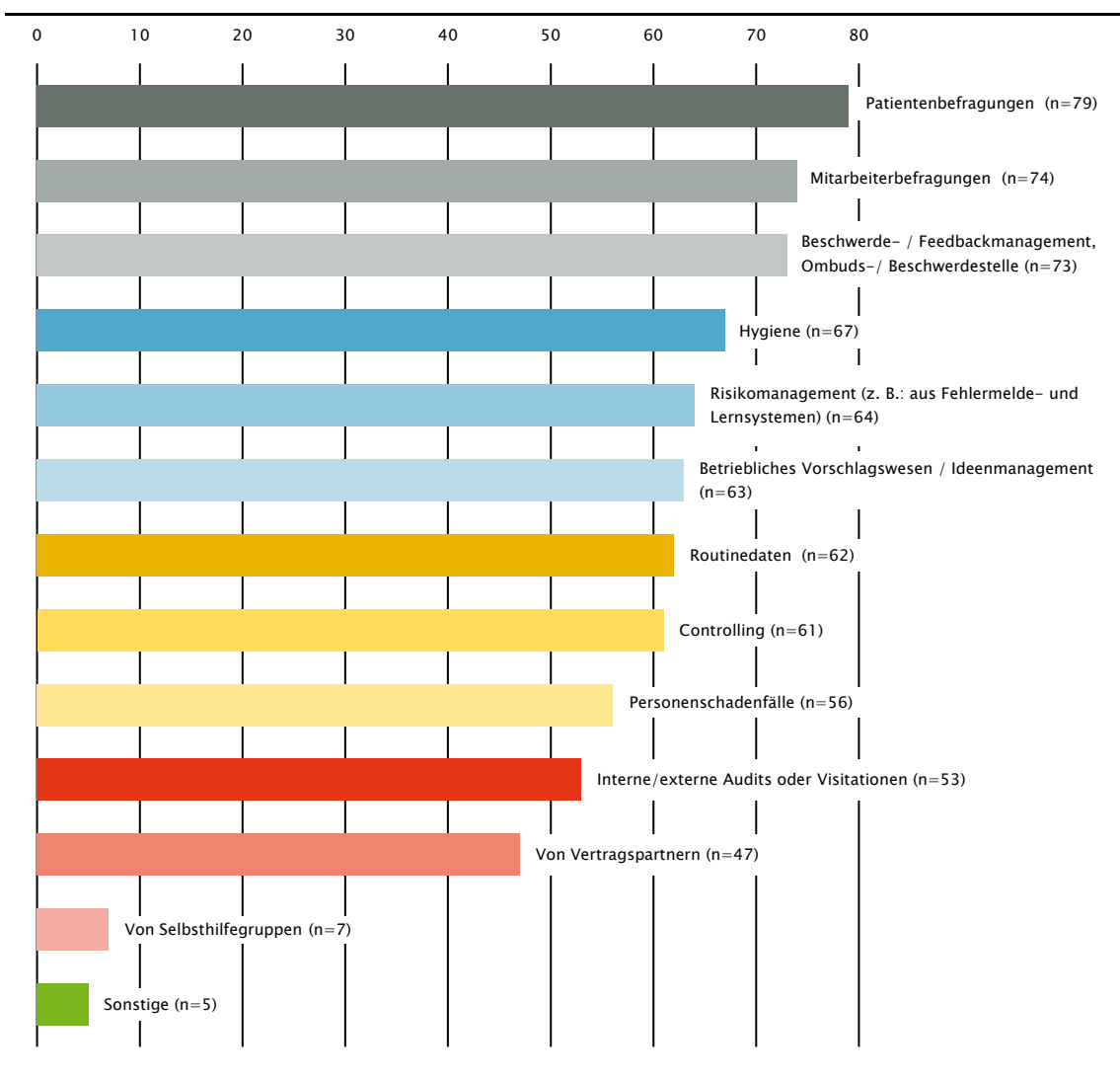
57 Einrichtungen, die einen Hygienebericht erstellen, tun dies in jährlichen Abständen. Zwei Häuser erstellen den Bericht in längeren Abständen.

5.7 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

In allen stationären Rehabilitationseinrichtungen werden kontinuierliche Verbesserungsprozesse initiiert, die auf unterschiedlichen Daten, Auswertungen oder Informationen basieren. *Ähnlich wie im Jahr 2012* wurden hierfür am häufigsten Daten aus Patienten-, Mitarbeiterbefragungen, Beschwerde-/Feedbackmanagement / Ombuds- und Beschwerdestellen oder dem Bereich Krankenhaushygiene verwendet. Die Kategorie *Sonstige* wurde von fünf Häusern gewählt (MA QM).

Abbildung 5.40:

Daten, Auswertungen oder Informationen, auf deren Basis kontinuierliche Verbesserungsprozesse initiiert werden (711 Nennungen von 80 stationären Rehabilitationseinrichtungen)

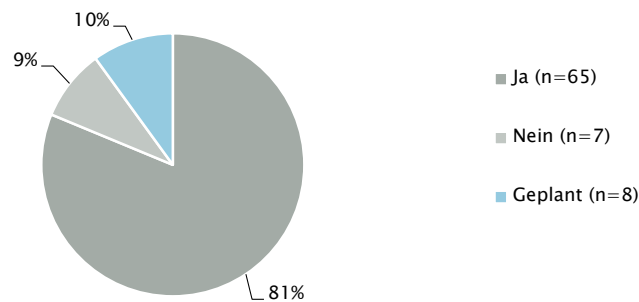


Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In 65 stationären Rehabilitationseinrichtungen (81 %) ist das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses²⁶ verankert, weitere acht Häuser (10 %) planen die Implementierung eines solchen. *2012 hatten 65 Prozent das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses verankert und weitere 26 Prozent planten die Implementierung.*

Abbildung 5.41:

Ist in den stationären Rehabilitationseinrichtungen das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert? (n = 80)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

26

Anm.: Der kontinuierliche Verbesserungsprozess erwächst aus der inneren 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.

Literatur

- B-ZK (2014): Mindestanforderungen an Qualitätsmanagementsysteme im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages. Qualitätsarbeit im stationären und ambulanten/niedergelassenen Bereich. Im Auftrag der Bundes-Zielsteuerungskommission Version 3.5. Gesundheit Österreich GmbH, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMG (2013): Patientensicherheit – Österreichweite Strategie 2013 – 2016. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG, Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMGF (2016): Klassifikation der österreichischen Krankenanstalten. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Domittner, Brigitte; Geißler, Wolfgang (2013): Qualitätssysteme in stationären Rehabilitationseinrichtungen (Berichtsjahr 2012). Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG im Auftrag der Bundesgesundheitskommission, Wien
- GQG: Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz), BGBl I Nr 179/2004, in der geltenden Fassung.
- KAKuG: Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl Nr. 1/1957, in der geltenden Fassung.

Anhang

Anhang 1: Teilnehmende stationäre Rehabilitationseinrichtungen

Anhang 2: Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse zu den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Anhang 3: Fragebogen zu Qualitätssysteme in stationären Rehabilitationseinrichtungen

Anhang 1

Teilnehmende stationäre Rehabilitationseinrichtungen

Stationäre Rehabilitationseinrichtungen nach Bundesländer und Bettenanzahl

Bundesland	Rehabilitationseinrichtung	Bettenanzahl
Burgenland	Rehabilitationszentrum für Herz-Kreislaferkrankungen Bad Tatzmannsdorf	100 bis 199 Betten
Burgenland	Sonderkrankenanstalt Zicksee	100 bis 199 Betten
Burgenland	Therapiezentrum Rosalienhof – Bad Tatzmannsdorf	1 bis 99 Betten
Burgenland	Sonderkrankenanstalt Onkologische Rehabilitation – Der Sonnberghof	100 bis 199 Betten
Burgenland	Sonderkrankenanstalt für neurologische Rehabilitation Kittsee	100 bis 199 Betten
Burgenland	Sonnenpark Neusiedlersee ²⁷	100 bis 199 Betten
Kärnten	Abteilung für chronische Kranke und Zentrum für Lymphologie im Landes- krankenhaus Wolfsberg	1 bis 99 Betten
Kärnten	Sonderkrankenanstalt für Pulmonale Rehabilitation	100 bis 199 Betten
Kärnten	Sonderkrankenanstalt zur Rehabilitation bei Erkrankung des Bewegungs- und Stützapparates	100 bis 199 Betten
Kärnten	Rehabilitationsklinik für seelische Gesundheit und Prävention	1 bis 99 Betten
Kärnten	Sonderkrankenanstalt – Rehabilitation – Thermenhof	200 bis 299 Betten
Kärnten	Sonderkrankenanstalt für Herzrehabilitation	1 bis 99 Betten
Kärnten	KABEG Gailtalklinik	100 bis 199 Betten
Kärnten	Sonderkrankenanstalt und Gesundheitsresort Agathenhof	1 bis 99 Betten
Kärnten	Sonderkrankenanstalt für onkologische Rehabilitation	1 bis 99 Betten
Kärnten	Sonderkrankenanstalt für Stoffwechselfrehabilitation	1 bis 99 Betten
Niederösterreich	Klinikum am Kurpark Baden für Orthopädie und Rheumatologie	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	Sonderkrankenanstalt Bad Schönau	1 bis 99 Betten
Niederösterreich	SKA-RZ-Pensionsversicherungsanstalt Felbring im Schneebergland	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	Rehabilitationszentrum Hohegg	200 bis 299 Betten
Niederösterreich	Rehabilitationszentrum für Bewegungsstörungen und rheumatische Erkrankungen	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	Sonderkrankenanstalt Gesundheitsresort Raxblick	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	Klinikum Peterhof Baden	1 bis 99 Betten
Niederösterreich	Klinikum Malcherhof Baden – Rehabilitation. Rheuma. Orthopädie	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	Sonderkrankenanstalt für Herz- und Kreislaferkrankungen Groß Gerungs	200 bis 299 Betten
Niederösterreich	Rehabilitationszentrum 'Weißer Hof' Klosterneuburg	200 bis 299 Betten
Niederösterreich	Rehabilitationszentrum Alland	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	Klinik Pirawarth, Kur- und Rehabilitationszentrum	300 bis 499 Betten
Niederösterreich	Therapiezentrum Buchenberg	1 bis 99 Betten
Niederösterreich	Sonderkrankenanstalt Ottenschlag	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	Rehabilitationszentrum Engelsbad	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	Waldsanatorium Perchtoldsdorf	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	Sonderkrankenanstalt für Psychiatrie Krems-Hollenburg	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	Psychosomatisches Zentrum Eggenburg – Rehabilitationsklinik Gars am Kamp	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	Sonderkrankenanstalt für Remobilisation/Nachsorge und onkologische Reha- bilitation	100 bis 199 Betten

27

Nicht im Krankenanstalten-Verzeichnis 2015 des nunmehrigen Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen enthalten.

Bundesland	Rehabilitationseinrichtung	Bettenanzahl
Oberösterreich	Sonderkrankenanstalt zur Behandlung unspezifischer Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises sowie für postoperative Rehabilitation	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	Klinikum Bad Hall für Herz-Kreislauf- und neurologische Rehabilitation	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	Sonderkrankenanstalt Bad Schallerbach Rehabilitationszentrum rheumatologische, orthopädische und neurologische Erkrankungen	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	Rehabilitationszentrum Bad Ischl-Lindau	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	Sanatorium Prim. Dr. Rupp – Regeneratorium St. Georgen	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	HerzReha Herz Kreislaufzentrum Bad Ischl	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	Rehabilitationszentrum Austria	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	Sonderkrankenanstalt Aspach	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	Sonderkrankenanstalt für neurologische und orth. Rehabilitation und Kinderrehabilitation	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	Sonderkrankenanstalt für Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparates	1 bis 99 Betten
Oberösterreich	Sonderkrankenanstalt für neurologische Rehabilitation Altmünster	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	Klinikum Schallerbacherhof für orthopädische Rehabilitation	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	Sonnenpark Bad Hall ²⁸	100 bis 199 Betten
Salzburg	Rehabilitationszentrum Bad Hofgastein	100 bis 199 Betten
Salzburg	Klinikum Bad Gastein für Orthopädie und Rheumatologie	100 bis 199 Betten
Salzburg	Rehabilitationszentrum Saalfelden	1 bis 99 Betten
Salzburg	Rehabilitationszentrum Großmain	100 bis 199 Betten
Salzburg	NeuroCare Rehaklinik Salzburg	1 bis 99 Betten
Salzburg	Rehabilitationszentrum für Stoffwechsel- und Gastroenterologische Erkrankungen	1 bis 99 Betten
Salzburg	Rehabilitationszentrum Oberndorf	1 bis 99 Betten
Salzburg	Rehabilitationszentrum Bad Vigaun	100 bis 199 Betten
Salzburg	Onkologisches Rehabilitationszentrum St. Veit/Pongau	100 bis 199 Betten
Steiermark	Rehabilitationszentrum Aflenz	100 bis 199 Betten
Steiermark	Rehabilitationszentrum Bad Aussee	100 bis 199 Betten
Steiermark	REHAMED-Rehabilitationszentrum für Lungen- und Stoffwechselerkrankungen Bad Gleichenberg GmbH.	100 bis 199 Betten
Steiermark	Sonderkrankenanstalt der PVA, REHABZ für Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates und neurologische Erkrankungen	100 bis 199 Betten
Steiermark	Rehabilitationszentrum St. Radegund	100 bis 199 Betten
Steiermark	Rehabilitationsklinik Tobelbad	200 bis 299 Betten
Steiermark	Privatklinik St. Radegund für Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Orthopädie und Geriatrie/Gerontologie	100 bis 199 Betten
Steiermark	Privatklinik Laßnitzhöhe	200 bis 299 Betten
Steiermark	Theresienhof, Klinikum für Orthopädie und orthopädische Rehabilitation	100 bis 199 Betten

Bundesland	Rehabilitationseinrichtung	Bettenanzahl
Steiermark	Klinik Maria Theresia, Rehabilitationszentrum für Neurologie und Orthopädie Bad Radkersburg	200 bis 299 Betten
Steiermark	Sonderkrankenanstalt für orthopädische und neuroorthopädische Rehabilitation	1 bis 99 Betten
Steiermark	Rehabilitationsklinik für Neurologie, Orthopädie und Kinderheilkunde	200 bis 299 Betten
Tirol	Rehabilitationszentrum Bad Häring	100 bis 199 Betten
Tirol	Rehabilitationszentrum Kitzbühel	100 bis 199 Betten
Tirol	Rehabilitationszentrum Ederhof	1 bis 99 Betten
Tirol	Wittlinger Therapiezentrum – Walchsee	1 bis 99 Betten
Tirol	Rehabilitationszentrum Münster – Klinikum für Rehabilitation in Tirol	200 bis 299 Betten
Tirol	Sonnenpark Lans ²⁹	100 bis 199 Betten
Vorarlberg	Rehabilitationsklinik Montafon	100 bis 199 Betten
Wien	Rehaklinik Baumgarten – Sonderkrankenanstalt für orthopädische Rehabilitation	100 bis 199 Betten
Wien	Rehabilitationszentrum Meidling der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt	1 bis 99 Betten
Wien	Neurologisches Rehabilitationszentrum Rosenhügel	100 bis 199 Betten

Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Anhang 2

Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse zu den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Fragen zu den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement <i>Anzahl der stationären Rehaeinrichtungen: n=80 – weitergehende Fragen sind eingerückt dargestellt und verweisen auf die veränderte Grundgesamtheit (n=x)</i>	Anteil der stat. Reha-Einrichtungen, die die Fragen mit „Ja“ beantwortet haben (in Prozent)
Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit	
Ist in Ihrer Einrichtung eine Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt?	93 %
Wird die Qualitätsstrategie den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern kommuniziert? (n=74)	96 %
Sind konkrete Qualitätsziele der Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt? (n=74)	93 %
Sind Kennzahlen zur Messung der Erreichung der Qualitätsziele definiert? (n=69)	83 %
Werden die Qualitätsziele den Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern kommuniziert? (n=69)	99 %
Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit	
Qualitätssicherungskommission (QSK)	
Die QSK ist gesetzlich verankert. Sie besteht in Ihrer Einrichtung aus Vertreterinnen und Vertretern folgender Berufsgruppen/Bereiche:	Mehrfachantworten
Gibt es eine Geschäftsordnung für die QSK?	65 %
Gibt es Protokolle zu den regelmäßigen Sitzungen der QSK?	89 %
Werden die Empfehlungen der QSK auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert bearbeitet?	68 %
Informationswesen	
Wie wird in Ihrer Einrichtung sichergestellt, dass der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist?	Mehrfachantworten
Wie werden die Mitarbeiter/innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert?	Mehrfachantworten
Dokumentenmanagement/Datenschutz	
Sind die Mitarbeiter/innen nachweislich über Ihre Verschwiegenheitspflicht informiert?	100 %
Gibt es in Ihrer Einrichtung eine strukturierte Dokumentenlenkung?	71 %
Sind patientenbezogene Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (z. B. durch Passwörter)?	99 %
Sind patientenbezogene Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt?	99 %
Werden sensible Betriebsmittel wie z. B. Rezeptformulare, Stempel diebstahls geschützt aufbewahrt?	98 %
Qualitätsansprechpartner/innen in Abteilungen	
Gibt es in (zumindest einigen) Abteilungen definierte Ansprechpartner/innen für Qualitätsarbeit?	88 %
Qualitätsarbeit	
Prozesse	
Welche der folgenden Qualitätsinstrumente sind in Ihrer Einrichtung in Verwendung?	Mehrfachantworten
Welche Schlüsselprozesse sind in Ihrer Einrichtung entsprechend dem Leistungsspektrum definiert?	Mehrfachantworten
Haben Sie einen schriftlichen Plan für medizinische Notfälle (Notfallplan), in dem die getroffenen Vorkehrungen festgehalten und erläutert sind?	96 %
Sind Mitarbeiter/innen nachweislich über die Inhalte des Notfallplans unterwiesen? (n=77)	97 %
Bericht über die Qualitätsarbeit	
Wird in Ihrer Einrichtung – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichischen Qualitätsberichterstattung (Qualitätsplattform) – ein eigener Bericht über die Qualitätsarbeit erstellt?	73 %

Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Fragen zu den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement <i>Anzahl der stationären Rehaeinrichtungen: n=80 – weitergehende Fragen sind eingerückt dargestellt und verweisen auf die veränderte Grundgesamtheit (n=x)</i>	Anteil der stat. Reha-Einrichtungen, die die Fragen mit „ja“ beantwortet haben (in Prozent)
Patientenorientierung	
Werden Patientinnen und Patienten auf ihre Rechten und Pflichten aufmerksam gemacht (z. B. Patientencharta)?	96 %
Werden in Ihrer Einrichtung Patientenbefragungen durchgeführt? (n=80)	99 %
Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet? (n=79)	85 %
Ist Ihre Einrichtung barrierefrei erreichbar?	99 %
Sind Informationen über die Erreichbarkeit und Barrierefreiheit Ihrer Einrichtung öffentlich verfügbar (Webseite, Informationsfolder u. ä.)?	68 %
Mitarbeiterorientierung	
Werden in Ihrer Einrichtung Mitarbeiterbefragungen durchgeführt?	93 %
Werden in Ihrer Einrichtung strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt?	93 %
Gibt es in Ihrer Einrichtung ein Personalentwicklungskonzept?	60 %
Werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche Ihrer Mitarbeiter/innen regelmäßig ermittelt?	86 %
Werden die Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter/innen strukturiert erfasst?	100 %
Werden Mitarbeiter/innen auf die Anwendung medizinischer Geräte geschult?	100 %
Risikomanagement	
Gibt es in Ihrer Einrichtung ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement)?	66 %
Welche Instrumente des Risikomanagements werden in Ihrer Einrichtung verwendet oder sind geplant?	Mehrfachantworten
Werden Mitarbeiter/innen mittels eines standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken von Patientinnen/Patienten informiert z. B. Allergien, Verwirrtheit?	94 %
Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)	
Auf Basis welcher Daten, Auswertungen oder Informationen werden kontinuierliche Verbesserungen initiiert?	Mehrfachantworten

Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Anhang 3

Fragebogen zu Qualitätssysteme in stationären Rehabilitationseinrichtungen

Qualitätsplattform Berichtsjahr

Qualitätssystem im

1. ALLGEMEINE BESCHREIBUNG

Ansprechperson/en für Qualitätsfragen (als Kontakt für die GÖG)	Anrede	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr	Titel	
	Vorname				
	Nachname				
	E-Mail				
	Telefon				
Ansprechperson/en zum Risikomanagement (als Kontakt für die GÖG)	Anrede	<input type="radio"/> Frau	<input type="radio"/> Herr	Titel	
	Vorname				
	Nachname				
	E-Mail				
	Telefon				

1.1 Bettenstation im Haus vorhanden?

<input type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/>	1.1.1 Anzahl der Betten:
<input type="radio"/> Nein		

1.2 Ambulante Rehabilitation vorhanden?

<input type="radio"/> Ja	<input checked="" type="radio"/>	1.2.1 Anzahl der in ambulanter Rehabilitation versorgten Patientinnen/Patienten (für das Berichtsjahr):
<input type="radio"/> Nein		


2. STRATEGISCHE VERANKERUNG DER QUALITÄTSARBEIT

2.1	Ist in Ihrer Einrichtung ein Leitbild definiert? <i>Frage 2012 & 2015</i>
<input type="radio"/>	Ja
<input type="radio"/>	Nein
<input type="radio"/>	In Erarbeitung
2.2	Ist in Ihrer Einrichtung eine Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt? MA-QM <i>Frage 2012 & 2015</i>
<input type="radio"/>	Ja
<input type="radio"/>	Nein
	2.2.1 Wird die Qualitätsstrategie veröffentlicht?
<input type="radio"/>	Ja (Website-Link zur Qualitätsstrategie)
<input type="radio"/>	Nein
	2.2.2 Wird die Qualitätsstrategie den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern kommuniziert? MA-QM
<input type="radio"/>	Ja
<input type="radio"/>	Nein
	2.2.3 Sind konkrete Qualitätsziele der Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt? MA-QM
<input type="radio"/>	Ja
<input type="radio"/>	Nein
	2.2.3.1 Werden die Qualitätsziele evaluiert?
<input type="radio"/>	Ja
<input type="radio"/>	Nein

		<p>2.2.3.2 Sind Kennzahlen zur Messung der Erreichung der Qualitätsziele definiert? MA-QM</p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nein</p>
		<p>2.2.3.3 Werden die Qualitätsziele den Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern kommuniziert? MA-QM</p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nein</p>

3. STRUKTURELLE VERANKERUNG DER QUALITÄTSARBEIT

Qualitätssicherungskommission (QSK)

3.1	Die QSK ist gesetzlich verankert. Sie besteht in Ihrer Einrichtung aus Vertreterinnen und Vertretern folgender Berufsgruppen/Bereiche: MA-QM <i>Frage 2012 & 2015</i>	Anzahl der Mitglieder (nur Hauptmitglieder ohne Vertretungen)
<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Dienst	
<input type="checkbox"/>	Pflegedienst	
<input type="checkbox"/>	Verwaltungsdienst (inkl. Qualitäts- u. Risikomanagement, Technischer Dienst, Wirtschaftsbereich etc.)	
<input type="checkbox"/>	Medizinisch-technischer Dienst	
<input type="checkbox"/>	Psychologischer oder psychotherapeutischer Dienst	
<input type="checkbox"/>	Hygieneteam	
<input type="checkbox"/>	Rechtsträger	
<input type="checkbox"/>	Betriebsrat/Personalvertretung	
<input type="checkbox"/>	Sonstige	
3.2	Gibt es eine Geschäftsordnung für die QSK? MA-QM <i>Frage 2012 & 2015</i>	
<input type="radio"/>	Ja	
<input type="radio"/>	Nein	
3.3	Welche Informationen bekommt die QSK regelmäßig? <i>Frage 2012 & 2015</i>	
<input type="checkbox"/>	Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen (z. B. Patienten- u. Mitarbeiterbefragungen)	
<input type="checkbox"/>	Statistiken über erfasste Komplikationen (z. B. nosokomiale Infektionen, Wundinfektionen, Stürze)	
<input type="checkbox"/>	Informationen über Beschwerden (z. B. von der Patientenadvokatur, Ombudsstelle)	
<input type="checkbox"/>	Informationen aus dem Risikomanagement (z. B. aus Fehlermelde- und Lernsystemen)	
<input type="checkbox"/>	Informationen über Schadenfälle (z. B. Meldungen bei der Haftpflichtversicherung)	
<input type="checkbox"/>	Kennzahlen, Qualitätsindikatoren (z. B. aus QM-System oder dem Controlling)	
<input type="checkbox"/>	Informationen aus dem betrieblichen Vorschlagswesen	
<input type="checkbox"/>	Informationen aus dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP)	
<input type="checkbox"/>	Informationen über laufende Projekte (inkl. bauliche Maßnahmen)	
<input type="checkbox"/>	Sonstige	
3.4	Gibt es Protokolle zu den regelmäßigen Sitzungen der QSK? MA-QM	
<input type="radio"/>	Ja 	3.4.1 Wie häufig finden die Sitzungen der QSK statt?
<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> In längeren Abständen

<p>3.5 Werden die Empfehlungen der QSK auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert bearbeitet? MA-QM</p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nein</p> <p><input type="radio"/> Geplant</p>	
Informationswesen	
<p>3.6 Wie wird in Ihrer Einrichtung sichergestellt, dass der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist? MA-QM</p>	<p><input type="checkbox"/> Wissensmanagement</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsplätze mit Internetzugang</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeitsplätze mit Zugang zu Meta-Datenbanken für fachspezifische Publikationen</p> <p><input type="checkbox"/> Einrichtungsinterne Bibliothek</p> <p><input type="checkbox"/> Fachzeitschriften</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige:</p>
<p>3.7 Wie werden die Mitarbeiter/innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert? MA-QM</p>	<p><input type="checkbox"/> Elektronisches Dokumentenlenkungssystem (= datenbankgestützte Verwaltung elektronischer Dokumente)</p> <p><input type="checkbox"/> Bereitstellung im Intranet (u. a. Links zu Webseiten von Fachverbänden)</p> <p><input type="checkbox"/> E-Mail-Aussendungen des Trägers und/oder der kollegialen Führung</p> <p><input type="checkbox"/> Dokumente werden in Druckform zur Verfügung gestellt</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige:</p>
Dokumentenmanagement/Datenschutz	
<p>3.8 Sind die Mitarbeiter/innen nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert? MA-QM</p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nein</p> <p><input type="radio"/> Geplant</p>	
<p>3.9 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine strukturierte Dokumentenlenkung? MA-QM</p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nein</p> <p><input type="radio"/> Geplant</p>	
<p>3.10 Sind patientenbezogene Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (z. B. durch Passwörter)? MA-QM</p> <p><input type="radio"/> Ja, folgendermaßen:</p> <p><input type="radio"/> Nein</p>	

- 3.11** Sind die patientenbezogenen Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt?
- Ja, folgendermaßen: **MA-QM**
 - Nein

- 3.12** Werden sensible Betriebsmittel, wie z. B. Rezeptformulare, Stempel diebstahlgeschützt aufbewahrt? **MA-QM**
- Ja
 - Nein

Einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit

- 3.13** Wer koordiniert die einrichtungsweite Qualitätsarbeit? *Frage 2012 & 2015*
- Interne Abteilung oder Stabsstelle für Qualität bzw. Qualitätsmanager/in oder Qualitätsbeauftragte/r (inkl. „gemischte“ Abteilung oder Person für QM und RM)
 - Kollegiale Führung/Geschäftsführung
 - Assistenz der ärztlichen Leitung
 - Qualitätssicherungskommission
 - Extern: Abteilung für Qualität bzw. Qualitätsmanager/in oder Qualitätsbeauftragte/r des Trägers (inkl. „gemischte“ Abteilung oder Person für QM und RM)
 - Sonstige

- 3.14** Wie viele Stellen (in VZÄ) sind für die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit in Ihrer Einrichtung besetzt (fixe Widmung z. B. in einem Stellenplan)? *Frage 2012 & 2015*

- 3.14.1** *Wenn VZÄ angegeben: Frage 2012 & 2015*
Auf wie viele Personen (Köpfe) verteilen sich diese VZÄ?
- Nicht ermittelbar **3.14.2** *Wenn „nicht ermittelbar“ angegeben: Frage 2012 & 2015*
Auf wie viele Personen (Köpfe) verteilt sich die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit in Ihrer Einrichtung?

Qualitätsansprechpartner/innen in Abteilungen und deren QM-Ausbildung

- 3.15** Gibt es in den Abteilungen definierte Ansprechpartner/innen für Qualitätsarbeit? **MA-QM**
Frage 2012 & 2015

- Ja **3.15.1** In welchen Abteilungen?
 - In allen Abteilungen
 - In vielen Abteilungen (in mehr als der Hälfte aller Abteilungen)
 - In einigen Abteilungen (in weniger als der Hälfte aller Abteilungen)
- Nein

- 3.16** Wie viele Mitarbeiter/innen in Ihrer Einrichtung haben eine spezielle Qualitätsmanagement-Ausbildung? *Frage 2012 & 2015*

- Genaue Zahl ist ermittelbar:
- Genaue Zahl ist nicht ermittelbar, geschätzt:
 - 1–5 Personen
 - 6–10 Personen
 - 11–20 Personen
 - > 20 Personen
- Niemand

4. QUALITÄTSMODELLE

4.1 Sind allgemeine Qualitätsmodelle (ISO, EFQM, KTQ etc.) in Ihrer Einrichtung implementiert bzw. ist die Implementierung geplant? *Frage 2012 & 2015*

- Ja →
- Nein

4.1.1 Welche allgemeinen Qualitätsmodelle?		
Träger- oder Einrichtungs- eigenes QM-System (z. B. AUVA QM- System)	<input type="checkbox"/> Implementiert	<input type="checkbox"/> Gesamte Einrichtung <input type="checkbox"/> Teile der Einrichtung:
	<input type="checkbox"/> Geplant für*	<input type="checkbox"/> Gesamte Einrichtung <input type="checkbox"/> Teile der Einrichtung: <input type="checkbox"/> *voraussichtliche Einführung:
EFQM (European Foundation for Quality Management)	<input type="checkbox"/> Implementiert	<input type="checkbox"/> Gesamte Einrichtung <input type="checkbox"/> Teile der Einrichtung:
	<input type="checkbox"/> Geplant für*	<input type="checkbox"/> Gesamte Einrichtung <input type="checkbox"/> Teile der Einrichtung: <input type="checkbox"/> *voraussichtliche Einführung:
KTQ (inkl. pCC) (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheits- wesen)	<input type="checkbox"/> Implementiert	<input type="checkbox"/> Gesamte Einrichtung <input type="checkbox"/> Teile der Einrichtung:
	<input type="checkbox"/> Geplant für*	<input type="checkbox"/> Gesamte Einrichtung <input type="checkbox"/> Teile der Einrichtung: <input type="checkbox"/> *voraussichtliche Einführung:
JCI (Joint Commission International)	<input type="checkbox"/> Implementiert	<input type="checkbox"/> Gesamte Einrichtung <input type="checkbox"/> Teile der Einrichtung:
	<input type="checkbox"/> Geplant für*	<input type="checkbox"/> Gesamte Einrichtung <input type="checkbox"/> Teile der Einrichtung: <input type="checkbox"/> *voraussichtliche Einführung:
ISO (International Organization for Standardization)	<input type="checkbox"/> Implementiert	<input type="checkbox"/> Gesamte Einrichtung <input type="checkbox"/> Teile der Einrichtung:
	<input type="checkbox"/> Geplant für*	<input type="checkbox"/> Gesamte Einrichtung <input type="checkbox"/> Teile der Einrichtung: <input type="checkbox"/> *voraussichtliche Einführung:

4.2 Sind spezielle Qualitätsmodelle (z. B. Best Health Austria) in Ihrer Einrichtung implementiert? *Frage 2012 & 2015*

- Ja ➔
- Nein

4.2.1 Welche/e spezielle/n Modell/e?

- Best Health Austria
- EMAS (Eco-Management and Audit Scheme)
- Sonstiges Modell:

- Sonstiges Modell:

- Sonstiges Modell:

5. QUALITÄTSARBEIT

5.1 Prozesse


5.1.1 Welche der folgenden Qualitätsinstrumente sind in Ihrer Einrichtung in Verwendung? *MA-QM Frage 2012 & 2015*

<input type="checkbox"/> Prozess- beschreibungen	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In allen Abteilungen <input type="radio"/> In vielen Abteilungen (in mehr als der Hälfte aller Abteilungen) <input type="radio"/> In einigen Abteilungen (in weniger als der Hälfte aller Abteilungen)
<input type="checkbox"/> Leitlinien	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In allen Abteilungen <input type="radio"/> In vielen Abteilungen (in mehr als der Hälfte aller Abteilungen) <input type="radio"/> In einigen Abteilungen (in weniger als der Hälfte aller Abteilungen)
<input type="checkbox"/> Klinische Pfade	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In allen Abteilungen <input type="radio"/> In vielen Abteilungen (in mehr als der Hälfte aller Abteilungen) <input type="radio"/> In einigen Abteilungen (in weniger als der Hälfte aller Abteilungen)
<input type="checkbox"/> Richtlinien	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In allen Abteilungen <input type="radio"/> In vielen Abteilungen (in mehr als der Hälfte aller Abteilungen) <input type="radio"/> In einigen Abteilungen (in weniger als der Hälfte aller Abteilungen)
<input type="checkbox"/> Standard Operating Procedures (SOP)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In allen Abteilungen <input type="radio"/> In vielen Abteilungen (in mehr als der Hälfte aller Abteilungen) <input type="radio"/> In einigen Abteilungen (in weniger als der Hälfte aller Abteilungen)
<input type="checkbox"/> Checklisten	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> In allen Abteilungen <input type="radio"/> In vielen Abteilungen (in mehr als der Hälfte aller Abteilungen) <input type="radio"/> In einigen Abteilungen (in weniger als der Hälfte aller Abteilungen)
<input type="checkbox"/> QM-Handbuch	
<input type="checkbox"/> Interne/externe Audits oder Visitationen	
<input type="checkbox"/> Sonstige:	

5.1.2 Welche Schlüsselprozesse sind in Ihrer Einrichtung entsprechend dem Leistungsspektrum definiert? *MA-QM*

- Aufnahmemanagement
- Entlassungsmanagement
- Hygieneplan
- Weitere:

5.1.3 Haben Sie einen schriftlichen Plan für medizinische Notfälle (Notfallplan), in dem die getroffenen Vorkehrungen festgehalten und erläutert sind? **MA-QM**

- Ja 
 - Nein
- 5.1.3.1** Sind Mitarbeiter/innen nachweislich über die Inhalte des Notfallplans unterwiesen? **MA-QM**
- Ja
 - Nein

5.1.4 Wie informieren Sie Ihre Zuweiser über die Aufnahme-Modalitäten Ihrer Einrichtung? *Frage 2012 & 2015*

- Webseite
- Info-Blatt bzw. Info-Brief
- Information per E-Mail
- Zuweiser-Veranstaltung
- Bezirksärztetreffen
- Sonstige:

5.1.5 Ist in Ihrer Einrichtung ein strukturiertes Aufnahmemanagement implementiert?


- Ja
- Nein
- Geplant

5.1.6 Ist in Ihrer Einrichtung ein indirektes Entlassungsmanagement implementiert?

- Ja
- Nein
- Geplant

5.2 Bericht über die Qualitätsarbeit

5.2.1 Wird in Ihrer Einrichtung – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung (Qualitätsplattform) – ein eigener Bericht über die Qualitätsarbeit erstellt (einrichtungseigener Bericht oder z. B. auch ein Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers/ Fonds/Landes)? **MA-QM**

- Ja 
 - Nein
 - Geplant
- 5.2.1.1** Wird dieser Bericht veröffentlicht?
- Ja, der einrichtungseigene Bericht bzw. der Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes wird veröffentlicht. (Link erforderlich)
 - Ja, es gibt allerdings zwei Versionen (eine für die Öffentlichkeit und eine für die interne Verwendung). (Link erforderlich)
 - Nein, der Bericht ist nur für die interne Verwendung oder für eine Meldung an Träger/Fonds/Land gedacht, ohne Publikation der Daten bzw. Informationen.
 - Geplant
- 5.2.1.2** Wie häufig wird der Bericht erstellt?
- Jährlich
 - In längeren Abständen

5.3 Patientenorientierung

5.3.1 Werden Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht?
(z. B. Patientencharta) **MA-QM**

- Ja ➔
 - Nein
 - Geplant
- 5.3.1.1** Wie werden Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht?
- Mündlich
 - Broschüren/Infoblatt
 - Plakate/Informationstafeln
 - Patienteninfomappe
 - Website
 - Anlaufstelle/Büro für Patienten Anliegen

5.3.2 Gibt es regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter/innen zum Thema Patientenrechte? *Frage 2012 & 2015*

- Ja
- Nein
- Geplant

5.3.3 Werden in Ihrer Einrichtung Patientenbefragungen durchgeführt? **MA-QM** *Frage 2012 & 2015*

- Ja ➔
 - Nein
- 5.3.3.1** In welchen Abteilungen werden diese durchgeführt?
- In allen Abteilungen mit Patientenkontakt
 - In vielen Abteilungen mit Patientenkontakt (in mehr als der Hälfte aller Abteilungen)
 - In einigen Abteilungen mit Patientenkontakt (in weniger als der Hälfte aller Abteilungen)
- 5.3.3.2** In welchen Intervallen erfolgen die Patientenbefragungen? *Frage 2012 & 2015*
- Kontinuierlich (z. B. Patientenfeedbackbögen)
 - 1 x im Jahr, innerhalb eines begrenzten Zeitraums
 - In Abständen von zwei oder mehr Jahren
 - Eine Mischform aus oben genannten Punkten
- 5.3.3.3** Was wird erhoben bzw. zu welchen Themengebieten wird befragt? *Frage 2012 & 2015*
- Aufnahmemanagement
 - Entlassungsmanagement
 - Patienteninformation, Aufklärung, Kommunikation
 - Patientensicherheit
 - Organisation und Verwaltung
 - Betreuungs- und Behandlungsqualität
 - Hygiene
 - Subjektive Belastungsgefühle/subjektives Stresserleben
 - Schmerzmanagement
 - Service/Hotelqualität (inkl. Essen)
 - Sonstiges

	<p>5.3.3.4 Wer bekommt die Ergebnisse? <i>Frage 2012 & 2015</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <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
	<p>5.3.3.5 Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet? MA-QM</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant
<p>5.3.4 Ist Ihre Einrichtung barrierefrei erreichbar? MA-QM</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant 	
<p>5.3.5 Sind Informationen über die Erreichbarkeit und Barrierefreiheit Ihrer Einrichtung öffentlich verfügbar (Webseite, Informationsfolder u. ä.)? MA-QM</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant 	
<p>5.4 Mitarbeiterorientierung</p>	
<p>5.4.1 Werden in Ihrer Einrichtung Mitarbeiterbefragungen durchgeführt? <i>Frage 2012 & 2015</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja ➔ <input type="radio"/> Nein 	<p>5.4.1.1 Bei welchen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden diese durchgeführt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern <input type="radio"/> In einigen Bereichen (z. B. ausgewählte Abteilungen) oder bestimmte Mitarbeitergruppen
	<p>5.4.1.2 In welchen Intervallen erfolgen die Befragungen? <i>Frage 2012 & 2015</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1 x im Jahr <input type="radio"/> In längeren Abständen bzw. unregelmäßig
	<p>5.4.1.3 Was wird erhoben bzw. zu welchen Themengebieten wird befragt? MA-QM <i>Frage 2012 & 2015</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <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/Mitarbeitersicherheit <input type="checkbox"/> Betriebliche Gesundheitsförderung bzw. betriebliches Gesundheitsmanagem. <input type="checkbox"/> Arbeits- und Organisationsabläufe <input type="checkbox"/> Sonstiges

	<p>5.4.1.4 Wer bekommt die Ergebnisse? <i>Frage 2012 & 2015</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Befragte Abteilung/en <input type="checkbox"/> Alle Mitarbeiter/innen <input type="checkbox"/> Qualitäts- und/oder Risikomanagement <input type="checkbox"/> Qualitätssicherungskommission <input type="checkbox"/> Kollegiale Führung/Geschäftsführung <input type="checkbox"/> Träger <input type="checkbox"/> Sonstiges
	<p>5.4.1.5 Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant
<p>5.4.2 Werden in Ihrer Einrichtung strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt? MA-QM <i>Frage 2012 & 2015</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein 	<p>5.4.2.1 Mit welchen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden diese durchgeführt? <i>Frage 2012 & 2015</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern <input type="radio"/> In einigen Bereichen (z. B. ausgewählte Abteilungen) oder bestimmte Mitarbeitergruppen <p>5.4.2.2 In welchen Intervallen erfolgen diese Gespräche? <i>Frage 2012 & 2015</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1 x im Jahr <input type="radio"/> In längeren Abständen bzw. unregelmäßig
<p>5.4.3 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein Personalentwicklungskonzept? MA-QM</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant 	
<p>5.4.4 Werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche Ihrer Mitarbeiter/innen regelmäßig ermittelt? MA-QM</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant 	
<p>5.4.5 Werden die Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter/innen strukturiert erfasst? MA-QM <i>Frage 2012 & 2015</i></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>5.4.5.1 Für welche Mitarbeitergruppen? <i>Frage 2012 & 2015</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Medizinisch-technischer Dienst <input type="checkbox"/> Psychologischer oder psychotherapeutischer Dienst <input type="checkbox"/> Verwaltung (inkl. technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.) <input type="checkbox"/> Sonstige

5.4.6 Gibt es eine zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen? *Frage 2012 & 2015*

- Ja, für alle Mitarbeitergruppen
- Ja, für einzelne Mitarbeitergruppen
- Nein

5.4.6.1 Für welche Mitarbeitergruppen? *Frage 2012 & 2015*

- Ärztlicher Dienst
- Pflegedienst
- Medizinisch-technischer Dienst
- Psychologischer oder psychotherapeutischer Dienst
- Verwaltung
(inkl. technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.)
- Sonstige

5.4.7 Werden Mitarbeiter/innen auf die Anwendung medizinischer Geräte eingeschult? **MA-QM**

- Ja
- Nein
- Geplant

5.4.7.1 Wann werden Mitarbeiter/innen auf die Anwendung medizinischer Geräte geschult?

- Neue Mitarbeiter/innen bei Dienstantritt
- Nach längerer Abwesenheit der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters
- Beim Einsatz neuer Geräte
- Sonstige:

5.4.8 Ist in Ihrer Einrichtung ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ein betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert? *Frage 2012 & 2015*

- Ja
- Nein
- Geplant

5.4.8.1 bzw. 5.4.8.2: Welche gesundheitsförderlichen Maßnahmen werden gesetzt bzw. sind geplant?

- Verhaltensbezogene Maßnahmen:
- Verhältnisbezogene Maßnahmen:

5.5 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden

5.5.1 Wie erheben Sie in Ihrer Einrichtung Vorschläge und Beschwerden Ihrer Patientinnen und Patienten? *Frage 2012 & 2015*

- Beschwerdebögen / Vorschlags- bzw. Beschwerdebriefkästen
- Eingabemöglichkeit über die Webseite der Einrichtung bzw. per E-Mail
- Ombuds- / Beschwerdestelle
- Patientenbefragung
- Schriftliche Erfassung mündlich eingebrachter Beschwerden
- Andere Erhebungsmethode

5.5.2 Wer bekommt die Informationen über die erhobenen Vorschläge und Beschwerden? *Frage 2012 & 2015*

- Betroffene Abteilungen/Stationen bzw. Mitarbeiter/innen
- Qualitäts- und/oder Risikomanagement
- Qualitätssicherungskommission
- Ombuds-/Beschwerdestelle
- Kollegiale Führung / Geschäftsführung
- Träger
- Sonstige

5.5.3 Bekommen Patientinnen und Patienten eine individuelle Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden (Ausnahme anonyme Meldung)? *Frage 2012 & 2015*

- Ja ➔ **5.5.3.1** Patientinnen/Patienten erhalten eine individuelle Rückmeldung aus/ von:
Frage 2012 & 2015
- Nein
- Geplant
 - Beschwerdebögen / Vorschlags- bzw. Beschwerdebriefkästen
 - Vorschlägen und Beschwerden, die über die Website bzw. per E-Mail eingereicht werden
 - Sonstigen schriftlich eingebrachten Vorschlägen und Beschwerden

5.5.4 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement?
Frage 2012 & 2015

- Ja
- Nein
- Geplant

5.5.5 Werden für Patientinnen und Patienten im Bedarfsfall Informationen zu Patientenanzwaltschaften (Länder), Ombuds-/Beschwerdestellen (Sozialversicherungsträger, Träger), Schieds- und Schlichtungsstellen (Ärztckammern) bereitgestellt?

- Ja
- Nein
- Geplant

5.5.6 Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen? *Frage 2012 & 2015*

- Ja
- Nein
- Geplant

5.6 Externe Qualitätssicherung




5.6.1 Nimmt Ihre Einrichtung an einrichtungübergreifenden Registern und Qualitätsprojekten teil?

- Ja ➔ **5.6.1.1** An welchen einrichtungübergreifenden Registern und Qualitätsprojekten nimmt Ihre Einrichtung teil?
- Nein
 - Qualitätsregister, welche:
 - Projekte zum Nahtstellenmanagement
 - Projekte zu Patientensicherheit und Risikomanagement
 - Projekte zu Kennzahlensystemen und Benchmarking
 - Teilnahme an Wettbewerben/Ausschreibungen zu Qualitätspreisenwelche:
 - Sonstige:

5.7 Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit

5.7.1 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement)? *MA-QM Frage 2012 & 2015*

- Ja
- Nein
- Geplant

5.7.2 Welche Instrumente des Risikomanagements werden in Ihrer Einrichtung verwendet oder sind geplant? MA-QM	
<input type="checkbox"/> Einrichtungeninterne/ trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme (Reporting & Learning-Systeme)	<input type="radio"/> 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="radio"/> Geplant
<input type="checkbox"/> Übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Geplant
<input type="checkbox"/> Risikoanalyse	<input type="radio"/> 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="radio"/> Geplant
<input type="checkbox"/> Fehleranalyse (z. B. anhand des London-Protokolls)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Geplant
<input type="checkbox"/> Checklisten für ein strukturiertes Vorgehen in besonders gefahrengeneigten Situationen (z. B. OP-Checkliste der WHO)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Geplant
<input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Geplant
<input type="checkbox"/> Keine Instrumente	
5.7.3 Ist in Ihrer Einrichtung ein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit implementiert?	
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant	
5.7.4 Werden Mitarbeiter/innen mittels eines standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotentiale und Komplikationsrisiken von Patientinnen/Patienten informiert z. B. Allergien, Verwirrtheit? MA-QM	
<input type="radio"/> Ja  <input type="radio"/> Nein	5.7.4.1 Welche Mitarbeiter/innen werden über individuelle Gefahrenpotentiale und Komplikationsrisiken von Patientinnen/Patienten informiert? <input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Medizinisch-technischer Dienst <input type="checkbox"/> Psychologischer oder psychotherapeutischer Dienst <input type="checkbox"/> Verwaltung (inkl. QM, RM etc.)
	5.7.4.2 Wie werden Mitarbeiter/innen über individuelle Gefahrenpotentiale und Komplikationsrisiken von Patientinnen/Patienten informiert? <input type="checkbox"/> Schriftlich, z. B. Vermerk in der Patientenakte <input type="checkbox"/> Mündlich, z. B. bei Teambesprechungen und/oder Dienstubergaben <input type="checkbox"/> Sonstige:

5.7.5 Sind in Ihrer Einrichtung Unterstützungsmaßnahmen (z. B. peer support groups und/oder professionelle Hilfe) für Angehörige der Gesundheitsberufe, die an Fehlern und Zwischenfällen beteiligt waren („second victim“) implementiert?



- Ja
- Nein
- Geplant

Einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements (RM)

5.7.6 Wer koordiniert das Risikomanagement? *Frage 2012 & 2015*


- Interne Abteilung oder Stabsstelle für Risikomanagement bzw. Risikomanager/in oder Risikobeauftragte/r (inkl. „gemischte“ Abteilung oder Person für QM und RM)
- Kollegiale Führung / Geschäftsführung
- Qualitätssicherungskommission
- Extern: Abteilung für Risikomanagement bzw. Risikomanager/in oder Risikobeauftragte/r des Trägers (inkl. „gemischte“ Abteilung oder Person für QM und RM)
- Sonstige:

5.7.7 Wie viele Stellen (in VZÄ) sind für die einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements in Ihrer Einrichtung besetzt (fixe Widmung z. B. in einem Stellenplan)? *Frage 2012 & 2015*

-  **5.7.7.1** Wenn VZÄ angegeben: *Frage 2012 & 2015*
Auf wie viele Personen (Köpfe) verteilen sich diese VZÄ?
- Nicht ermittelbar  **5.7.7.2** Wenn „nicht ermittelbar“ angegeben: *Frage 2012 & 2015*
Auf wie viele Personen (Köpfe) verteilt sich die einrichtungswerte Koordination des Risikomanagement in Ihrer Einrichtung?

RM-Ansprechpartner/innen in Abteilungen und RM-Ausbildung

5.7.8 Gibt es in den Abteilungen definierte Ansprechpartner/innen für das Risikomanagement? **MA-QM**
Frage 2012 & 2015

- Ja  **5.7.8.1** In welchen Abteilungen?
- Nein
 - In allen Abteilungen
 - In vielen Abteilungen (in mehr als der Hälfte aller Abteilungen)
 - In einigen Abteilungen (in weniger als der Hälfte aller Abteilungen)

5.7.9 Wie viele Mitarbeiter/innen haben eine spezielle Risikomanagement-Ausbildung? *Frage 2012 & 2015*

- Genaue Zahl ist ermittelbar:
- Genaue Zahl ist nicht ermittelbar, geschätzt:
 - 1–5 Personen
 - 6–10 Personen
 - 11–20 Personen
 - > 20 Personen
- Niemand

5.8 Krankenhaushygiene

Hygieneteam

5.8.1 Das Hygieneteam ist gesetzlich verankert. Es besteht in Ihrer Einrichtung aus folgenden Mitgliedern:

- Krankenhaushygieniker/in (Facharzt/Fachärztin für Hygiene und Mikrobiologie)
- Hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt
- Hygienefachkraft (Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege)
- Sonstige:
- Sonstige:
- Sonstige:
- Sonstige:
- Sonstige:

5.8.2 Welche Ausbildung besitzt die/der Krankenhaushygieniker/in bzw. hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt?

- Österreichisches Ärztekammerdiplom für Krankenhaushygiene oder in Ausbildung
- Sonstige:
- Sonstige:
- Sonstige:

5.8.3 Welche Ausbildung besitzt die Hygienefachkraft (Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege)?

- Sonderausbildung zur Hygienefachkraft gem. Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes oder in Ausbildung
- Sonstige:
- Sonstige:
- Sonstige:


Hygienekommission

5.8.4 Gibt es in Ihrer Einrichtung zusätzlich zum Hygieneteam eine Hygienekommission?

- | | | |
|----------|---|-----------------------|
| ○ Ja → | 5.8.4.1 Sie besteht neben den Personen des Hygieneteams noch aus folgenden Vertreterinnen/Vertretern | Anzahl der Mitglieder |
| | <input type="checkbox"/> Kollegiale Führung / Geschäftsführung | |
| | <input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst | |
| | <input type="checkbox"/> Pflegedienst | |
| | <input type="checkbox"/> Medizinisch-technischer Dienst | |
| | <input type="checkbox"/> Verwaltungsdienst | |
| | <input type="checkbox"/> Sonstige Berufsgruppen: | |
| | <input type="checkbox"/> Sonstige Berufsgruppen: | |
| ○ Nein → | 5.8.4.2 Finden Treffen der Hygienekommission statt? | |
| | ○ Ja, in regelmäßigen Abständen: mal im Jahr | |
| | ○ Ja, in unregelmäßigen Abständen bzw. bei Bedarf | |
| | ○ Nein | |

<input type="radio"/> Geplant	<p>5.8.4.3 Keine Hygienekommission vorhanden: Finden Treffen zur Besprechung von Hygienebelangen mit dem Hygieneteam und der Kollegialen Führung und/oder weiteren Führungskräften statt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja, in regelmäßigen Abständen: mal im Jahr <input type="radio"/> Ja, in unregelmäßigen Abständen bzw. bei Bedarf <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant
<p>Überwachung nosokomialer Infektionen / Antibiotika-Verwendung und einrichtungsübergreifender Hygieneprojekte</p>	
<p>5.8.5 Die Überwachung von nosokomialen Infektionen mittels eines Surveillance-Systems ist gesetzlich verankert. Welche(s) System/e wird/werden in Ihrer Einrichtung verwendet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ANISS (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System) <input type="checkbox"/> KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) <input type="checkbox"/> NISS (Nosocomial Infection Surveillance System) <input type="checkbox"/> Sonstige Nosokomiale-Surveillance-Systeme: <input type="checkbox"/> EARS-Net (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network) <input type="checkbox"/> Kein System, weil: 	
<p>5.8.6 Nimmt Ihre Einrichtung an Hygieneprojekten teil, wie z. B. „Aktion saubere Hände“?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja, welche: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant 	
<p>5.8.7 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine/n Antibiotikabeauftragte/n oder eine Antibiotikakommission?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant 	
<p>5.8.8 Werden in Ihrer Einrichtung Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung umgesetzt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant 	
<p>5.8.9 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Erfassung des Antibiotika-Verbrauches?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja ➔ <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> <p>5.8.9.1 Wird in Ihrer Einrichtung regelmäßig stationsbasiert der Antibiotika-Verbrauch erhoben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Geplant </div>	

5.8.10 Erheben Sie den Desinfektionsmittelverbrauch, z. B. von Händedesinfektionsmitteln?


- Ja 
- Nein
- Geplant

5.8.10.1 In welchen Intervallen?

- Jährlich
- In längeren Abständen

Bericht über Hygiene

5.8.11 Wird in Ihrer Einrichtung ein Hygienebericht erstellt?

- Ja 
- Nein
- Geplant

5.8.11.1 Wird dieser Hygienebericht veröffentlicht?

(= der Öffentlichkeit zugänglich gemacht, z. B. als eigener Bericht oder z. B. als Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes)?

- Ja (Link erforderlich)
- Nein, der Bericht ist nur für die interne Verwendung oder für eine Meldung an Träger/Fonds/Land gedacht, ohne dass die Daten bzw. Informationen publiziert werden
- Geplant

5.8.11.2 Wie häufig wird der Hygienebericht erstellt?

- Jährlich
- In längeren Abständen

5.9 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

5.9.1 Auf Basis welcher Daten, Auswertungen oder Informationen werden kontinuierliche **MA-QM Verbesserungen initiiert? *Frage 2012 & 2015***

- Patientenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Selbsthilfegruppen
- Vertragspartnern
- Interne/externe Audits oder Visitationen
- Beschwerde- /Feedbackmanagement, Ombuds-/Beschwerdestelle
- Risikomanagement (z. B.: aus Fehlermelde- und Lernsystemen)
- Personenschadenfälle
- Hygiene
- Routinedaten (z. B. Abrechnungsdaten, Patientendaten, Kostendaten, Leistungsdaten)
- Controlling (z. B. Aufzeichnungen, Auswertungen, Berichte oder Planungen der Controlling-Abteilung, Balanced Scorecard – (BSC))
- Betriebliches Vorschlagswesen / Ideenmanagement
- Sonstige

5.9.2 Ist das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert? *Frage 2012 & 2015*

- Ja
- Nein
- Geplant

6. ANMERKUNGEN (optional)

Ihre Anmerkungen und Anregungen (optional):

7. FRAGEBOGEN WURDE ÜBERMITTELT

- Ja
- Nein