

**Zielsteuerung-Gesundheit**

Bund • Länder • Sozialversicherung



# Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern

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

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 Akutkrankenhäuser .....  | 4    |
| 5 Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern .....  | 6    |
| 5.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit .....  | 6    |
| 5.2 Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit .....  | 6    |
| 5.2.1 Qualitätssicherungskommission .....   | 6    |
| 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<br>QM-Ausbildungen.....   | 14   |
| 5.3 Qualitätsmodelle.....   | 15   |
| 5.3.1 Allgemeine Qualitätsmodelle .....   | 15   |
| 5.3.2 Spezielle Qualitätsmodelle.....   | 18   |
| 5.4 Qualitätsarbeit .....   | 19   |
| 5.4.1 Prozesse .....  | 19   |
| 5.4.2 Berichte über die Qualitätsarbeit.....  | 23   |
| 5.4.3 Patientenorientierung .....   | 24   |
| 5.4.4 Mitarbeiterorientierung .....   | 29   |
| 5.4.5 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden.....   | 33   |
| 5.4.6 Externe Qualitätssicherung.....   | 36   |
| 5.5 Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit.....  | 37   |
| 5.5.1 Einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements .....  | 40   |
| 5.5.2 Risikomanagementansprechpartner/innen in Abteilungen und<br>RM-Ausbildung.....                                      | 42   |
| 5.6 Krankenhaushygiene.....   | 44   |
| 5.6.1 Hygieneteam.....  | 44   |
| 5.6.2 Hygienekommission .....   | 45   |
| 5.6.3 Überwachung nosokomialer Infektionen / Antibiotika-Verwendung<br>und einrichtungsübergreifende Hygieneprojekte..... | 46   |
| 5.6.4 Bericht über Hygiene .....  | 49   |
| 5.7 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess.....  | 49   |
| Literatur .....   | 52   |
| Anhang .....  | 53   |

# Abbildungen und Tabellen

## Abbildungen

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 5.1: Anzahl der QSK-Mitglieder nach Berufsgruppen (1.730 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern).....   | 7  |
| Abbildung 5.2: Informationen, die die jeweiligen QSK regelmäßig erhalten: (1.033 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern) .....  | 8  |
| Abbildung 5.3: In wie vielen Einrichtungen werden die Empfehlungen der jeweiligen QSK auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert bearbeitet? (n = 161) .....   | 9  |
| Abbildung 5.4: Wie wird in den Einrichtungen sichergestellt, dass der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist? (596 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern).....  | 10 |
| Abbildung 5.5: Wie wird in den Einrichtungen sichergestellt, dass die Mitarbeiter/innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert sind? (431 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern)..... | 10 |
| Abbildung 5.6: Gibt es in den Einrichtungen eine strukturierte Dokumentenlenkung? (n = 161) .....   | 11 |
| Abbildung 5.7: Einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit in den Einrichtungen durch: (380 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern) .....  | 12 |
| Abbildung 5.8: In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartner/innen für Qualitätsarbeit? (n = 122) .....  | 14 |
| Abbildung 5.9: Ist in ein allgemeines Qualitätsmodell für die gesamte Einrichtung implementiert? (n= 161) .....   | 16 |
| Abbildung 5.10: Häufigkeit der Anwendung von Richtlinien, Leitlinien und klinischen Pfaden (1.129 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern) .....   | 20 |
| Abbildung 5.11: Welche Schlüsselprozesse sind in den Einrichtungen definiert? (638 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern) .....  | 21 |
| Abbildung 5.12: Umsetzung des OP-Managements (290 Nennungen von 131 Akutkrankenhäusern).....  | 22 |
| Abbildung 5.13: Wie werden die Zuweiser/innen über Aufnahmemodalitäten informiert? (499 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern) .....   | 22 |
| Abbildung 5.14: Erstellen die Einrichtungen – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung – regelmäßig einen Bericht über die Qualitätsarbeit? (n = 161).....   | 23 |
| Abbildung 5.15: Werden die Qualitätsberichte veröffentlicht? (n = 108).....   | 24 |

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 5.16: Werden Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht (z. B. Patientencharta)? (n = 161).....  | 25 |
| Abbildung 5.17: Wie werden die Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte aufmerksam gemacht? (578 Nennungen von 156 Akutkrankenhäusern).....   | 25 |
| Abbildung 5.18: In welchen Intervallen erfolgen die Patientenbefragungen? (n =156) .....  | 26 |
| Abbildung 5.19: Themengebiete von Patientenbefragungen (1.275 Nennungen von 156 Akutkrankenhäusern).....  | 27 |
| Abbildung 5.20: Ergebnisse der Patientenbefragungen ergehen an folgende Stellen: (732 Nennungen von 156 Akutkrankenhäusern) .....   | 28 |
| Abbildung 5.21: Themengebiete von Mitarbeiterbefragungen (1.276 Nennungen von 148 Akutkrankenhäusern).....  | 29 |
| Abbildung 5.22: Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen ergehen an folgende Stellen: (642 Nennungen von 148 Akutkrankenhäusern) .....   | 30 |
| Abbildung 5.23: Falls nicht für alle Mitarbeiter/innen, für welche Mitarbeitergruppen werden die Fort- und Weiterbildungen strukturiert erfasst? (73 Nennungen von 31 Akutkrankenhäusern) .....       | 31 |
| Abbildung 5.24: Wann werden Mitarbeiter/innen auf die Anwendung medizinischer Geräte geschult? (410 Nennungen von 158 Akutkrankenhäusern) .....   | 32 |
| Abbildung 5.25: Ist ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. zum betrieblichen Gesundheitsmanagement etabliert? (n = 161).....   | 33 |
| Abbildung 5.26: Wie werden Vorschläge und Beschwerden der Patientinnen und Patienten erhoben? (640 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern) .....  | 34 |
| Abbildung 5.27: Patientinnen /Patienten erhalten eine individuelle Rückmeldung aus/von: (329 Nennungen von 151 Akutkrankenhäusern) .....  | 35 |
| Abbildung 5.28: Gibt es in den Einrichtungen ein strukturiertes Beschwerde-/ Feedbackmanagement? (n = 161).....   | 35 |
| Abbildung 5.29: Gibt es in den Einrichtungen ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen? (n = 161) .....   | 36 |
| Abbildung 5.30: Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Qualitätsprojekten (444 Nennungen von 137 Akutkrankenhäusern) .....   | 37 |
| Abbildung 5.31: Art der Meldung bei hausinternen/trägerinternen Fehlermelde- und Lernsystemen (n = 111) .....   | 39 |
| Abbildung 5.32: Art der Durchführung von Risikoanalysen (n = 121) .....   | 39 |
| Abbildung 5.33: Welche Mitarbeiter/innen werden über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken von Patientinnen/Patienten informiert? (515 Nennungen von 141 Akutkrankenhäusern) ..... | 40 |

|   |    |
|---|----|
| Abbildung 5.34: Einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements in den Krankenhäusern (306 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern) .....   | 41 |
| Abbildung 5.35: In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartner/innen für Risikomanagement? (n = 108).....   | 43 |
| Abbildung 5.36: Das Hygieneteam besteht in den Einrichtungen aus folgenden Mitgliedern (488 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern) .....   | 44 |
| Abbildung 5.37: Die Hygienekommission besteht in den Einrichtungen – neben Personen des Hygieneteams –noch aus Mitgliedern folgender Bereiche: (294 Nennungen von 79 Akutkrankenhäusern) .....                          | 45 |
| Abbildung 5.38: Falls keine Hygienekommission vorhanden ist: Finden Treffen zur Besprechung von Hygienebelangen mit dem Hygieneteam und der Kollegialen Führung und/oder weiteren Führungskräften statt? (n = 78) ..... | 46 |
| Abbildung 5.39: Welche Systeme zur Überwachung von nosokomialen Infektionen werden in den Einrichtungen verwendet? (212 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern).....  | 47 |
| Abbildung 5.40: Nehmen Einrichtungen an Hygieneprojekten teil, wie z. B. „Aktion saubere Hände“? (n = 161).....   | 47 |
| Abbildung 5.41: Daten, Auswertungen oder Informationen, auf deren Basis kontinuierliche Verbesserungsprozesse initiiert werden (1.473 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern).....  | 50 |
| Abbildung 5.42: Ist in den Einrichtungen das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert? (n = 161).....   | 51 |

## **Tabellen**

|   |    |
|---|----|
| Tabelle 4.1: Akutkrankenhäuser nach Krankenanstalten-Typ.....   | 4  |
| Tabelle 4.2: Akutkrankenhäuser je Bundesland – nach Krankenanstalten-Typ .....  | 5  |
| Tabelle 5.1: Einrichtungen, die VZÄ angeben können: Vollzeitäquivalente für die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit nach Krankenanstalten-Typ (n = 125) .....  | 13 |
| Tabelle 5.2: Implementierung bzw. Planung von Qualitätsmodellen für die gesamte Einrichtung nach Krankenanstalten-Typ in Prozent und Anzahl der Einrichtungen (n = 161) ..... | 17 |
| Tabelle 5.3: Allgemeine Qualitätsmodelle für die gesamte Einrichtung implementiert und/oder geplant (115 Nennungen von 127 Einrichtungen).....                                | 18 |
| Tabelle 5.4: Instrumente des Risikomanagements (624 Nennungen von 160 Akutkrankenhäusern).....  | 38 |
| Tabelle 5.5: Einrichtungen, die VZÄ angeben können: Vollzeitäquivalente für die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements nach Krankenanstalten-Typ (n = 78) ..... | 42 |

# Abkürzungsverzeichnis

|       |  |
|-------|--|
| Anm.  | Anmerkung  |
| A-IQI | Austrian Inpatient Quality Indicators  |
| AUVA  | Allgemeine Unfallversicherungsanstalt  |
| BGK   | Bundesgesundheitskommission  |
| BIQG  | Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen                                  |
| B-VG  | Bundes-Verfassungsgesetz   |
| B-ZK  | Bundes-Zielsteuerungskommission  |
| BMG   | Bundesministerium für Gesundheit   |
| BMGF  | Bundesministerium für Gesundheit und Frauen                                      |
| CIRPS | Critical Incident Reporting and Prevention System                                |
| EFQM  | European Foundation for Quality Management                                       |
| CQG   | Gesundheitsqualitätsgesetz (Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen) |
| GÖG   | Gesundheit Österreich GmbH   |
| 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  |
| NÖGUS | Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds                              |
| QM    | Qualitätsmanagement  |
| QSK   | Kommission für Qualitätssicherung  |
| RM    | Risikomanagement   |
| SOP   | Standard Operating Procedure   |
| vgl.  | vergleiche   |
| VZÄ   | Vollzeitäquivalent   |
| WHO   | World Health Organization  |

# Begriffe

Die im Rahmen des vorliegenden Berichts verwendeten unterschiedlichen Qualitätsbegriffe werden hier kurz erklärt. Jene den Qualitätsplattform-Erhebungsbogen ergänzenden Begriffs-klärungen 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) |
| Allgemeines Qualitätsmodell | sind hier die in den Krankenanstalten am häufigsten verwendeten Qualitätsmanagementmodelle, wie z. B. EFQM, oder KTQ (inkl. pCC); (vgl. Punkt 5.3.1)   |
| Spezielles Qualitätsmodell  | 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 eine 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](http://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 erfasst. 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 Akutkrankenhäusern (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 Dezember 2015 wurden alle Akutkrankenhäuser über ihren jeweiligen Träger kontaktiert und zur gesetzlich verpflichtenden Teilnahme an der Datenerhebung gebeten. Die relativ kurz bemessene Eingabefrist (bis 31. Jänner 2016) ist damit begründet, dass ausgewählte Ergebnisse aus der Qualitätsplattform bereits im Frühjahr 2016 auf der vom BMGF betriebenen Webseite [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at) (Projekt aus der Gesundheitsreform 2013 (Zielsteuerung-Gesundheit)) veröffentlicht werden sollten. Noch im Jänner wurde ein Erinnerungsschreiben über die Träger an die Krankenanstalten versandt. Nach Ablauf der offiziellen Erhebungsfrist startete die Urgenzphase, in der Einrichtungen, die bislang noch keine Informationen geliefert hatten, 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 Akutkrankenhäuser ausgewertet<sup>1</sup>. Die Art der Ergebnisdarstellung wurde im Mai 2016 in der Fachgruppe Qualität festgelegt.

Im Bericht werden zum Teil Ergebnisse aus dem Bericht *Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern*, 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 2012 169 Akutkrankenhäuser und im Berichtsjahr 2015 161 Akutkrankenhäuser jeweils 100 Prozent umfassen. Die schwankende Zahl der Einrichtungen ist entweder auf organisatorische Änderungen oder auf Schließungen, bzw. Neueröffnungen zurückzuführen. 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. Im 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 Krankenanstalten-Typ (vgl. Kapitel 4) ausgewertet.

---

<sup>1</sup>

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

## 4 Teilnehmende Akutkrankenhäuser

Laut Krankenanstalten-Verzeichnis des BMGF gibt es in Österreich mit Stand Oktober 2015 insgesamt 274 Krankenanstalten gemäß Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz (KAKuG), von denen alle 158 Krankenanstalten der Akut-/Kurzzeitversorgung (BMGF 2016) zur Teilnahme an der Qualitätsberichterstattung für das Berichtsjahr 2015 aufgefordert wurden. Krankenanstalten der Nicht-Akut-/Kurzzeitversorgung, dazu zählen stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Langzeitversorgungs-Einrichtungen sowie Häuser aus dem Versorgungsbereich der Spezialversorgung (z. B.: Heeresspitäler) wurden in die Befragung nicht mit einbezogen. Im Rahmen des Berichts werden Krankenanstalten der Akut- /Kurzzeitversorgung zur besseren Lesbarkeit als Akutkrankenhäuser, oder als Krankenhäuser bezeichnet.

Von den 158 Krankenanstalten aus dem Versorgungssektor der Akut-/Kurzzeitversorgung sind zwei Mehrstandortkrankenhäuser, die als fünf Einzelstandorte erfasst wurden. Nach Rücksprache mit dem niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds wurden die zwei Mehrstandortkrankenhäuser Universitätsklinikum St. Pölten-Lilienfeld, und Landesklinikum Zwettl-Gmünd-Waidhofen/Thaya getrennt erhoben, da es jeweils unterschiedliche Ansprechpartner/innen für die Koordination der Qualitätsarbeit in diesen Standorten gibt. Aus diesem Grund liegt die Gesamtzahl der Einrichtungen bei 161 Akutkrankenhäusern.

Für ausgewählte Auswertungen wurde zwischen folgenden fünf Krankenanstalten-Typen laut Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) unterschieden:

- » Standardkrankenanstalt
- » Schwerpunktkrankenanstalt
- » Zentralkrankenanstalt
- » Sanatorien
- » Sonderkrankenanstalten

Diese Klassifikation gibt auch Auskunft über etwaige Unterschiede hinsichtlich privater bzw. nicht-gemeinnütziger (Sanatorien) und gemeinnütziger (alle anderen Typen) Häuser.

Tabelle 4.1:  
Akutkrankenhäuser nach Krankenanstalten-Typ

| KA-Typ/<br>Anzahl                    | Standard-<br>kranken-<br>anstalt | Schwer-<br>punkt-<br>kranken-<br>anstalt | Zentral-<br>kranken-<br>anstalt | Sonder-<br>kranken-<br>anstalten | Sanatorien<br>(privat) | Summe<br>gemein-<br>nützig | Summe |
|--------------------------------------|----------------------------------|--|---------------------------------|----------------------------------|------------------------|----------------------------|-------|
| Anzahl der<br>Akutkran-<br>kenhäuser | 62                               | 30                                       | 6                               | 32                               | 31                     | 130                        | 161   |

Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Tabelle 4.2:

## Akutkrankenhäuser je Bundesland – nach Krankenanstalten-Typ

| Bundesland/<br>Kranken-<br>anstalten-Typ                  | B        | K         | NÖ        | OÖ        | S         | Stmk      | T         | V        | W         | Summe      |
|---|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|------------|
| Standardkran-<br>kenanstalt                               | 3        | 6         | 10        | 5         | 6         | 14        | 7         | 3        | 8         | 62         |
| Schwerpunkt-<br>krankenanstalt                            | 2        | 1         | 9         | 8         | 1         | 1         | -         | 1        | 7         | 30         |
| Zentralkranken-<br>anstalt                                | -        | -         | 1         | -         | 2         | 1         | 1         | -        | 1         | 6          |
| Sonderkranken-<br>anstalten                               | -        | 4         | 3         | 4         | 2         | 8         | 1         | 3        | 7         | 32         |
| Sanatorien<br>(privat)                                    | -        | 2         | -         | 1         | 9         | 7         | 3         | 2        | 7         | 31         |
| <b>Summe –<br/>Anzahl der<br/>Akutkranken-<br/>häuser</b> | <b>5</b> | <b>13</b> | <b>23</b> | <b>18</b> | <b>20</b> | <b>31</b> | <b>12</b> | <b>9</b> | <b>30</b> | <b>161</b> |

Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

# 5 Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern

## 5.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit

### Leitbild und Qualitätsstrategie

Von 161 Krankenhäusern definierten 141 ein Leitbild (88 %). In 12 Häusern wird derzeit ein Leitbild<sup>2</sup> erarbeitet, 8 Häuser haben keines. *Im Vergleich dazu das Berichtsjahr 2012: 83 Prozent der Einrichtungen hatten ein Leitbild definiert.*

Alle Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten verfügen über ein Leitbild. Kleinere Häuser haben zum Teil ein solches.

134 Krankenhäuser (83 %) definierten eine Qualitätsstrategie<sup>3</sup> schriftlich (MA QM) (*im Berichtsjahr 2012 waren es 71 %*), die in 58 Einrichtungen (43 %) veröffentlicht ist. In 127 Häusern (95 %) wird die Qualitätsstrategie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommuniziert (MA QM).

121 Einrichtungen (90 %) legten in ihrer Strategie konkrete Qualitätsziele<sup>4</sup> nachweislich fest (MA QM). In 113 Einrichtungen werden diese Ziele auch evaluiert, Kennzahlen zur Messung der Qualitätsziele sind in 101 Einrichtungen (93 %) definiert (MA QM). Die Qualitätsziele werden in 114 Krankenhäusern (94 %) den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommuniziert (MA QM).

## 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 161 Akutkrankenhäusern 1.730

---

2

Anm.: Berücksichtigt sind Leitbilder von Einrichtungen oder auch jene von Trägern, die für die Einrichtungen gelten. Nicht einbezogen sind Leitbilder für einzelne organisatorische Bereiche oder Berufsgruppen (z. B. Pflegeleitbild).

3

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

4

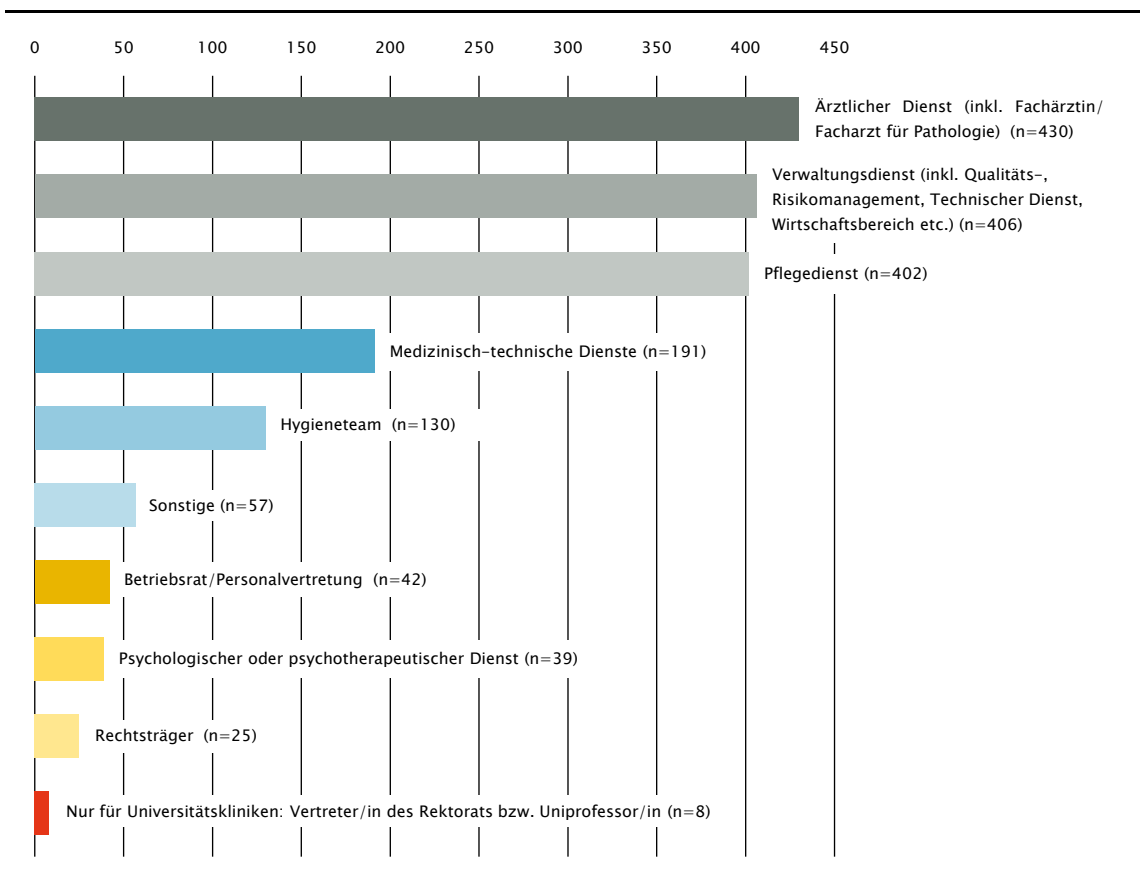
Anm.: Qualitätsziele leiten sich aus der Qualitätsstrategie ab und sollen den allgemeinen Kriterien (spezifisch, messbar, erreichbar, realistisch, terminisiert) genügen.

Personen Mitglied einer QSK. Im Durchschnitt besteht eine QSK aus 5 Berufsgruppen bzw. 11 Personen.

Je nach Krankenanstalten-Typ unterscheidet sich die durchschnittliche QSK-Größe: Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten weisen durchschnittlich 13 QSK-Mitglieder aus, Standardkrankenanstalten 11 Personen, Sonderkrankenanstalten 10 und Sanatorien 9 Mitglieder.

In den Qualitätssicherungskommissionen sind der ärztliche Dienst (inkl. Facharzt/-ärztin für Pathologie<sup>5</sup>) und Pflegedienst zahlenmäßig am häufigsten vertreten gefolgt vom Verwaltungsdienst (MA QM).

Abbildung 5.1:  
Anzahl der QSK-Mitglieder nach Berufsgruppen  
(1.730 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

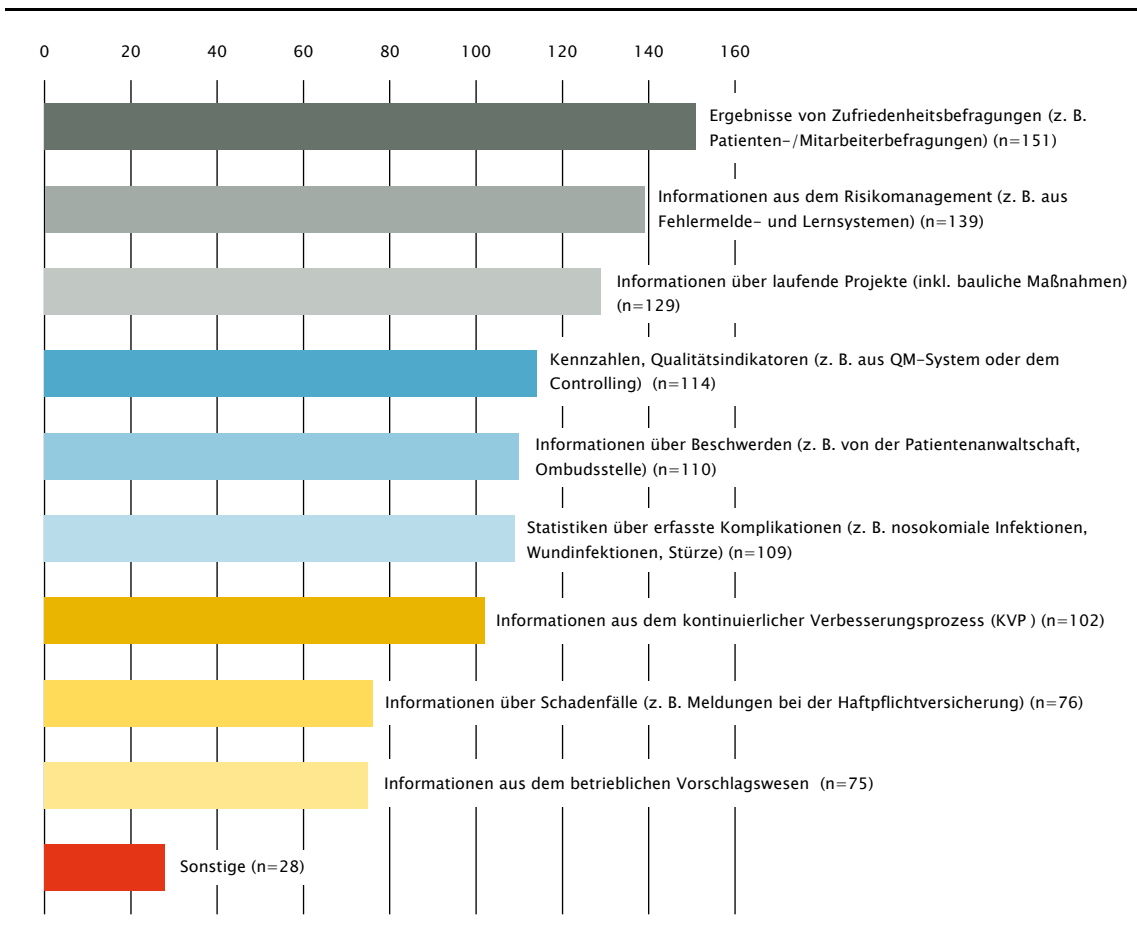
5

Anm.: FA/FÄ für Pathologie sind im Oberösterreichischen Krankenanstaltengesetz und unter gewissen Bedingungen im Wiener Krankenanstaltengesetz als Mitglied vorgesehen.

In 133 Krankenhäusern (83 %) gibt es für die QSK eine Geschäftsordnung<sup>6</sup> (MA QM) – in den gemeinnützigen Einrichtungen (92 %) häufiger als in den Sanatorien (45 %). *Im Berichtsjahr 2012 hatten 79 Prozent der Krankenhäuser eine Geschäftsordnung für QSK.*

Nachfolgende Abbildung veranschaulicht Informationsquellen der QSK. *Ähnlich wie im Jahr 2012* erhält die QSK auch im Jahr 2015 am häufigsten Informationen aus Ergebnissen von Zufriedenheitsbefragungen (z. B. Patienten- /Mitarbeiterbefragungen), Informationen aus dem Risikomanagement (z. B. aus Fehlermelde- und Lernsystemen) und Informationen über laufende Projekte (inkl. bauliche Maßnahmen).

Abbildung 5.2:  
Informationen, die die jeweiligen QSK regelmäßig erhalten: (1.033 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

6

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

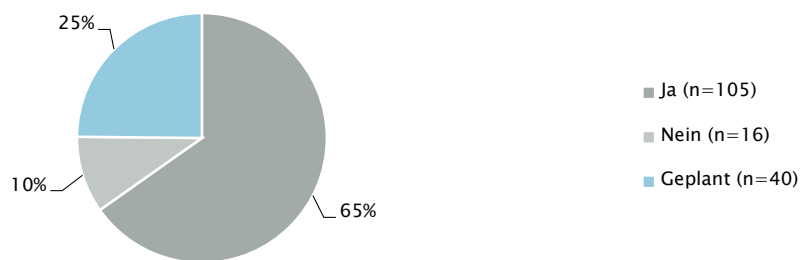


Protokolle regelmäßig stattfindender QSK-Sitzungen werden in 146 Einrichtungen (91 %) verfasst (MA QM).

Empfehlungen der QSK werden in 105 Einrichtungen (65 %) auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert bearbeitet (MA QM), geplant ist dies in 40 weiteren Einrichtungen (25 %).

Abbildung 5.3:

In wie vielen Einrichtungen werden die Empfehlungen der jeweiligen QSK auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert bearbeitet? (n = 161)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

## 5.2.2 Informationswesen

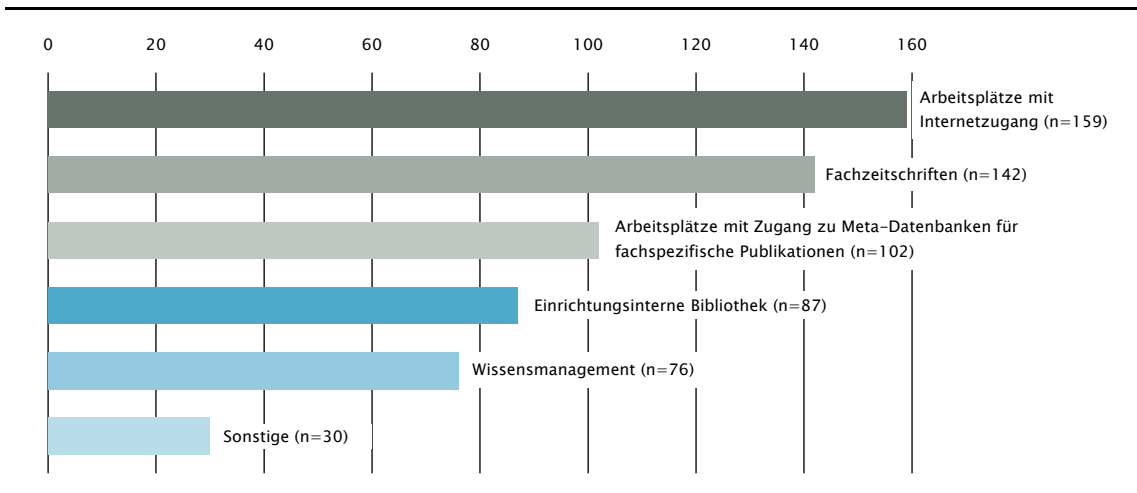
In den Einrichtungen wird primär über Arbeitsplätze mit Internetzugang, mit Zugang zu Meta-Datenbanken für fachspezifische Publikationen und durch Fachzeitschriften sichergestellt, dass der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist (MA QM). Wissensmanagement<sup>7</sup> haben 75 Häuser etabliert. Unter *Sonstige* nannten 30 Krankenhäuser u. a. folgendes: einrichtungsinterne elektronische Informationssysteme, Zugang zu medizinischen Universitätsbibliotheken, Journal Club, E-Newsletter und Portal für medizinische Fachliteratur.

<sup>7</sup>

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? (596 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern)

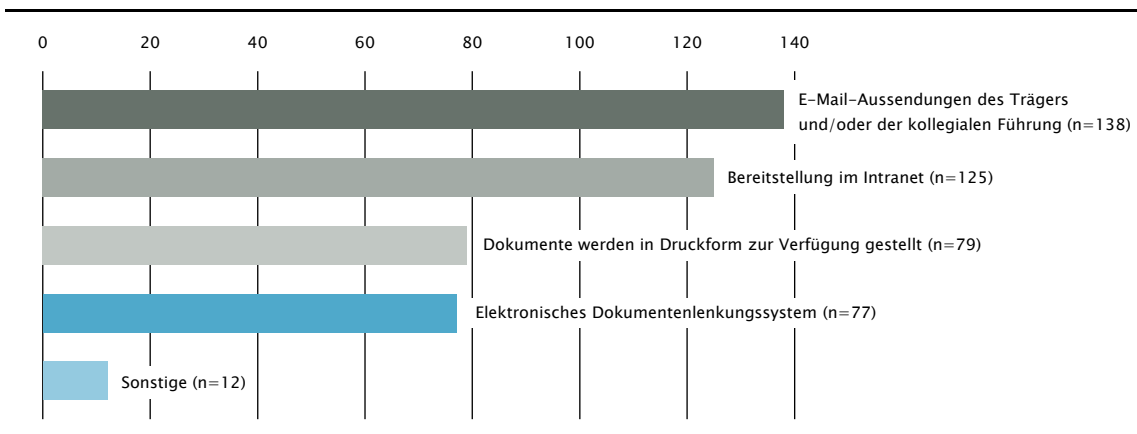


Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Akutkrankenhäuser stellen vor allem über E-Mail-Aussendungen des Trägers und/oder der Kollegialen Führung und über das Intranet sicher, dass ihre Mitarbeiter/innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert sind. Außerdem wurden u. a. noch regelmäßig stattfindende berufsgruppenspezifische Sitzungen, Informationsmappen, Fortbildungen, einrichtunginterne elektronische Informationssysteme und div. Besprechungen genannt (MA QM).

Abbildung 5.5:

Wie wird in den Einrichtungen sichergestellt, dass die Mitarbeiter/innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert sind? (431 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern)

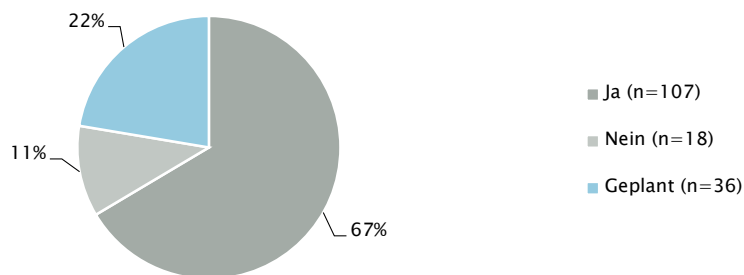


Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

## 5.2.3 Dokumentenmanagement/Datenschutz

In allen 161 Einrichtungen (100 %) werden Mitarbeiter/innen nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert (MA QM). In 107 Häusern gibt es strukturierte Dokumentenlenkung<sup>8</sup> (MA QM), in 36 Häusern ist deren Etablierung geplant.

Abbildung 5.6:  
Gibt es in den Einrichtungen eine strukturierte Dokumentenlenkung? (n = 161)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In allen 161 Einrichtungen (100 %) sind patientenbezogene Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (MA QM), unter anderem folgendermaßen: personalisiertes Passwort/Zugriffsberechtigungen, Fingerprint, Schutz vor Zugang externer Computer; W-LAN nur mit Zertifikat, IT-Sicherheitskonzept, mehrstufiges Sicherheitssystem inkl. interne/externe Überprüfungen, Chipkartensystem.

Ebenso sind in allen 161 Einrichtungen (100 %) patientenbezogene Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt (MA QM), unter anderem folgendermaßen: Back-up-Systeme und andere EDV-technischen Absicherungen, Datenspiegelung, Datenreplikationen, externe Server und trägerinterne zentrale Datenarchivierung.

Sensible Betriebsmittel, wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, werden in 141 Einrichtungen (88 %) diebstahlgeschützt aufbewahrt (MA QM).

8

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.

## 5.2.4 Einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit

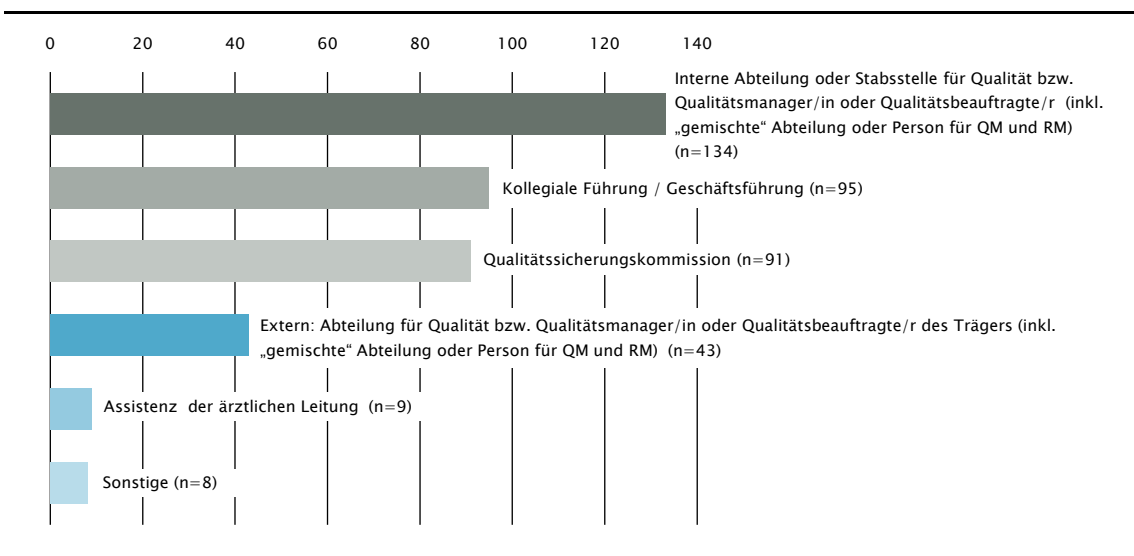
Die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit gestaltet sich in den Einrichtungen unterschiedlich. In 47 Häusern (29 %) wird diese Aufgabe von einer Stelle wahrgenommen, in den anderen 114 Häusern (71%) von mehreren Stellen gleichzeitig. *Im Vergleich dazu wurde im Jahr 2012 die Koordination der Risikomanagements in 34 Prozent der Häuser von einer Stelle und in 66 Prozent von mehreren Stellen gleichzeitig wahrgenommen.*

### Koordinierende Stellen

In 34 Häusern sind ausschließlich interne Abteilungen oder Stabsstellen für Qualität bzw. Qualitätsmanager/innen oder Qualitätsbeauftragte (inkl. „gemischter“ Abteilung oder Person für QM und RM) für die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit zuständig. In sieben Häusern übernimmt diese Aufgabe ausschließlich die Kollegiale Führung / Geschäftsführung, in weiteren vier Häusern ausschließlich die QSK. In keinem Haus sind externe Abteilungen für Qualität oder Qualitätsmanager/innen bzw. Qualitätsbeauftragte des Trägers (inkl. „gemischter“ Abteilung oder Person für QM und RM) für die Koordination alleinig zuständig.

Abbildung 5.7:

Einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit in den Einrichtungen durch:  
(380 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

## Vollzeitäquivalente für die einrichtungswerte Koordination von Qualitätsarbeit

125 Häuser (78 %) können angeben, wie viele Vollzeitäquivalente (VZÄ)<sup>9</sup> für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit in ihren Häusern besetzt sind. In Summe wurden 187,3 VZÄ rückgemeldet, die Angaben reichen von 0,25 bis 11 VZÄ. Durchschnittlich sind dies rund 1,5 VZÄ pro Haus, der Median liegt bei einem VZÄ. *63 Prozent der Einrichtungen konnten 2012 die genaue Anzahl ihrer VZÄ, die mit der einrichtungswerten Koordination der Qualitätsarbeit betraut wurden, angeben und meldeten in Summe 154 VZÄ (Angaben von 0,1 bis 8 VZÄ).*

Hinsichtlich Krankenanstalten-Typ zeigen sich Unterschiede: Für die einrichtungswerte Koordination von Qualitätsarbeit machen 55 Prozent der Sanatorien, 78 Prozent der Sonderkrankenanstalten, 83 Prozent der Zentralkrankenanstalten, 84 Prozent der Standardkrankenanstalten und 87 Prozent der Schwerpunktkrankenanstalten Angaben zu VZÄ.

Nachstehende Tabelle zeigt von jenen Einrichtungen, die VZÄ angeben können, die Gesamtzahl der Stellen (in VZÄ) und die durchschnittlichen VZÄ für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit nach Krankenanstalten-Typ.

Tabelle 5.1:

Einrichtungen, die VZÄ angeben können: Vollzeitäquivalente für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit nach Krankenanstalten-Typ (n = 125)

| Krankenanstalten-Typ      | Gesamtzahl der Stellen (in VZÄ) für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit | Anzahl der Häuser | Durchschnittliche VZÄ |
|---------------------------|--|-------------------|-----------------------|
| Standardkrankenanstalt    | 64,8   | 52                | 1,3                   |
| Schwerpunktkrankenanstalt | 43,0   | 26                | 1,7                   |
| Zentralkrankenanstalt     | 27,0   | 5                 | 5,4                   |
| Sanatorien (privat)       | 26,3   | 17                | 1,6                   |
| Sonderkrankenanstalten    | 26,3   | 25                | 1,1                   |
| <b>Gesamtergebnis</b>     | <b>187,34</b>  | <b>125</b>        | <b>1,5</b>            |

Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

9

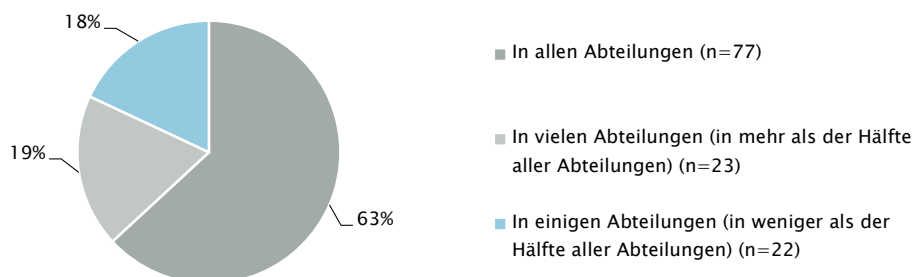
Anm.: Die Maßeinheit für die fiktive Anzahl an Vollzeitbeschäftigten einer Organisationseinheit bei Umrechnung aller Teilzeitarbeitsverhältnisse in Vollzeitverhältnisse. Beispiel: 3 Halbtagsstellen und 2 Ganztagsstellen ergeben 3,5 Vollzeitäquivalente.

## 5.2.5 Qualitätsansprechpartner/innen in Abteilungen und QM-Ausbildungen

122 Krankenhäuser (76 %) definierten in den Abteilungen Ansprechpartner/innen für Qualitätsarbeit<sup>10</sup> (MA QM). Davon 77 Häuser in allen Abteilungen, 23 Häuser in mehr als der Hälfte aller Abteilungen) und 22 Häuser in weniger als der Hälfte aller Abteilungen. Bezogen auf den Krankenhaus-Typ definieren Sanatorien öfter Ansprechpersonen in den Abteilungen (81 %), als gemeinnützige Einrichtungen (75 %). *Im Jahr 2012 gaben 78 Prozent der Krankenhäuser an, in (zumindest einigen) Abteilungen Ansprechpersonen für Qualitätsmanagement definiert zu haben.*

Abbildung 5.8:

In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartner/innen für Qualitätsarbeit? (n = 122)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

### Qualitätsmanagement-Ausbildung

147 Krankenhäuser (91 %) geben an, dass in ihren Häusern Mitarbeiter/innen mit spezieller Qualitätsmanagement-Ausbildung<sup>11</sup> beschäftigt sind. *2012 beschäftigten rund 88 Prozent der Krankenhäuser Mitarbeiter/innen mit einer speziellen Qualitätsmanagement-Ausbildung*

73 Krankenhäuser (45 %) können eine genaue Angabe zu Anzahl der Mitarbeiter/innen machen, die eine spezielle Qualitätsmanagement-Ausbildung haben. Insgesamt wurden 914 Personen genannt. Der Durchschnitt liegt bei 12,5 Personen pro Haus, der Median liegt bei 3 Personen. Fünf Krankenhäuser, die eine genaue Angabe zur Anzahl der Mitarbeiter/innen mit spezieller Qualitätsmanagement-Ausbildung machen können, nannten mehr als zwanzig Personen, wobei all diese Häuser den Krankenhaus-Typen Schwerpunkt- bzw. Zentralkrankenhäusern zugeordnet sind.

<sup>10</sup>

Anm.: Ansprechpartner/innen in Abteilungen sind von der KOFÜ/Leitung nominiert und die Aufgaben sind in der Stellenbeschreibung verankert.

<sup>11</sup>

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

In 74 Krankenhäusern (46 %) war die genaue Zahl der Mitarbeiter/innen mit einer Qualitätsmanagement-Ausbildung nicht eruiert. Die Einrichtungen gaben daher eine Schätzung ab, wobei in 34 Häusern 1–5 Personen, in 22 Häusern 6–10 Personen, in 8 Häusern 11–20 Personen und in 10 Häusern über 20 Personen angenommen wurden.

14 Akutkrankenhäuser (9 %) geben an, niemanden mit spezieller Qualitätsmanagement-Ausbildung in ihrer Einrichtung zu haben, *im Jahr 2012 waren es rund 12 Prozent.*

## 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

82 Häuser (51 %) haben zumindest eines der angeführten Modelle – träger- oder einrichtungseigenes QM-System (z. B. AUVA QM-System), ISO, EFQM, KTQ, JCI bzw. Qualitätsmodell – in ihrem gesamten Haus implementiert. *Im Vergleich dazu waren es 46 Prozent der Einrichtungen im Jahr 2012.*

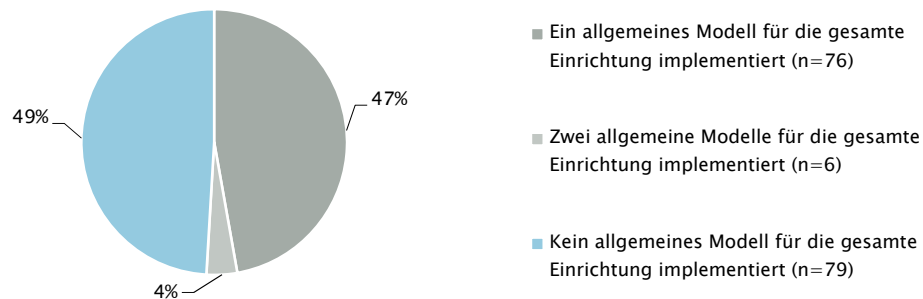
Am häufigsten ist das EFQM-Modell in der gesamte Einrichtung implementiert (39 Häuser), KTQ in 21 Häusern, ISO in 17 Häusern, träger- oder einrichtungseigenes QM-System (z. B. AUVA QM-System) in 9 Häusern, JCI in 2 Häusern. *Im Jahr 2012 wurden ebenfalls das EFQM-Modell, KTQ und ISO am häufigsten genannt.*

In 6 Häusern werden jeweils zwei allgemeine Modelle angegeben, die im gesamten Haus implementiert sind, wie beispielsweise träger- oder einrichtungseigenes QM-System, EFQM, KTQ oder ISO.

Von den 82 Häusern, die zumindest ein allgemeines Modell im gesamten Haus anwenden, haben 25 zusätzlich in Teilen des Hauses ein Qualitätsmodell implementiert. 26 Häuser ohne Modell für die gesamte Einrichtung implementierten zumindest ein allgemeines Modell in Teilen des Hauses. Am häufigsten wurde das ISO-Modell herangezogen (24 Häuser).

Abbildung 5.9:

Ist in ein allgemeines Qualitätsmodell für die gesamte Einrichtung implementiert? (n= 161)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

### Allgemeine Qualitätsmodelle geplant

Weitere 19 Häuser (12 %), die bisher noch kein allgemeines Modell implementiert hatten – weder in der gesamten noch in Teilen der Einrichtung – planen die Einführung eines solchen – in den meisten Fällen für die Jahre 2016 bis 2019. Die verbleibenden 34 Krankenhäuser (21 %) hatten im Jahr 2015 kein allgemeines Qualitätsmodell weder in der gesamten noch in Teilen der Einrichtung implementiert und dies auch nicht geplant. *Im Jahr 2012 waren es 37 Prozent der Einrichtungen, die kein Modell implementiert oder geplant hatten.*

Bezogen auf das Implementieren bzw. Planen von Qualitätsmodellen für die gesamte Einrichtung nach Krankenanstalten-Typ sind Unterschiede erkennbar: in allen Häusern des Typ Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalt sind Qualitätsmodelle einrichtungswelt implementiert, am seltensten in Sanatorien.



Tabelle 5.2:

Implementierung bzw. Planung von Qualitätsmodellen für die gesamte Einrichtung nach Krankenanstalten-Typ in Prozent und Anzahl der Einrichtungen (n = 161)

| Krankenanstalten-Typ / Implementierung bzw. Planung                                | Standard-<br>kranken-<br>anstalt | Schwer-<br>punkt-<br>kranken-<br>anstalt | Zentral-<br>kranken-<br>anstalt | Sonder-<br>kranken-<br>anstalten | Sanatorien<br>(privat) | Summe<br>gemein-<br>nützig | Summe                  |
|--|----------------------------------|--|---------------------------------|----------------------------------|------------------------|----------------------------|------------------------|
| Mindestens ein Qualitätsmodell für die gesamte Einrichtung implementiert           | 58 %<br>(36)                     | 67 %<br>(20)                             | 33 %<br>(2)                     | 56 %<br>(18)                     | 19 %<br>(6)            | 59 %<br>(76)               | 51 %<br>(82)           |
| Kein Qualitätsmodell für die gesamte Einrichtung implementiert, jedoch in Planung  | 15 %<br>(9)                      | 13 %<br>(4)                              | -                               | 6 %<br>(2)                       | 32 %<br>(10)           | 12 %<br>(15)               | 16 %<br>(25)           |
| Kein Qualitätsmodell für die gesamte Einrichtung implementiert bzw. keines geplant | 27 %<br>(17)                     | 20 %<br>(6)                              | 67 %<br>(4)                     | 38 %<br>(12)                     | 48 %<br>(15)           | 30 %<br>(39)               | 34 %<br>(54)           |
| <b>Summe<sup>12</sup></b>  | <b>100 %<br/>(62)</b>            | <b>100 %<br/>(30)</b>                    | <b>100 %<br/>(6)</b>            | <b>100 %<br/>(32)</b>            | <b>100 %<br/>(31)</b>  | <b>100 %<br/>(130)</b>     | <b>100 %<br/>(161)</b> |

Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

### Träger- oder krankenhauseigenes QM-System

Im Jahr 2015 hatten 12 Krankenhäuser ein träger- oder krankenhauseigenes QM-System implementiert, davon neun Häuser in der gesamten Einrichtung und drei Häuser in Teilen der Organisation. Ein Haus plant die Einführung eines träger- oder krankenhauseigenen QM-Systems für Teile der Einrichtung (Pilotabteilungen) im Jahr 2016/2017.

### European Foundation for Quality Management (EFQM)

Im Jahr 2015 hatten 40 Krankenhäuser das Qualitätsmodell EFQM implementiert, davon 39 Häuser in der gesamten Einrichtung und ein Haus in Teilen der Einrichtung. Fünf Häuser hatten die Einführung von EFQM für die gesamte Einrichtung im Jahr 2017 und ein Haus für Teile der Einrichtung, und zwar die Medizinische Direktion, im Jahr 2018 geplant.

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

Im Jahr 2015 hatten 21 Krankenhäuser KTQ organisationsweit implementiert. Die Einführung von KTQ in der gesamten Einrichtung ist in drei Häusern für die Jahre 2016, 2017 und 2019 geplant.

<sup>12</sup>

Aufgrund gerundeter Teilsummen können die Endsummen von 100 % abweichen

## Joint Commission International (JCI)

Im Jahr 2015 hatten drei Krankenhäuser das Qualitätsmodell JCI implementiert, davon zwei Häuser in der gesamten Einrichtung und ein Haus für Teile der Organisation (Dokumentenlenkung). Zwei Häuser planen die Einführung von JCI in der gesamten Organisation ab dem Jahr 2016.

## International Organization for Standardization (ISO)

Im Erhebungsjahr hatten 66 Spitäler das Qualitätsmodell ISO implementiert, in 17 Krankenhäusern organisationsweit und in 49 Häusern in Teilen der Organisation: Folgende Abteilungen wurden u. a. häufig genannt: Labor, Blutbank, Radiologie/Nuklearmedizin, Pathologie, Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte, Tumorboard und Umweltmanagement. In 23 Krankenhäusern waren zum Zeitpunkt der Datenerfassung ISO-Einführung bzw. -Ausweitung in Planung, in 17 Häusern für die gesamte Organisation und in sechs Häusern für Teile der Organisation. Folgende Abteilungen wurden hier u. a. genannt: Wundmanagement, Pilotabteilung, Radiologie, Endoskopie, Technik, Finanzbuchhaltung, Physikalische Medizin. Die Einführung ist für die Jahre 2016 und 2017 vorgesehen.

Tabelle 5.3:

Allgemeine Qualitätsmodelle für die gesamte Einrichtung implementiert und/oder geplant (115 Nennungen von 127 Einrichtungen)

|  | Implementiert für die gesamte Einrichtung | Geplant für die gesamte Einrichtung |
|--|---|-------------------------------------|
| Träger- oder einrichtungseigenes QM-System (z. B. AUVA-QM-System)              | 9   | 0                                   |
| EFQM (European Foundation for Quality Management)                              | 39  | 5                                   |
| KTQ (inkl. pCC) (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) | 21  | 3                                   |
| JCI (Joint Commission International)   | 2   | 2                                   |
| ISO (International Organization for Standardization)                           | 17  | 17                                  |
| <b>Summe</b>   | <b>88</b>                                 | <b>27</b>                           |

Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

## 5.3.2 Spezielle Qualitätsmodelle

Im Rahmen der Erhebung wurde nach folgenden speziellen Qualitätsmodellen gefragt:

- » DocCert mit Eusoma-Kriterien (Zertifizierungssystem für Brustgesundheitszentren)
- » Best Health Austria
- » EMAS (Eco-Management and Audit Scheme)
- » GMP (Good Manufacturing Practice)
- » OnkoZert (Zertifizierungssystem zur Überprüfung von Organkrebszentren)

67 Häuser (42 %) gaben an, mindestens ein spezielles Qualitätsmodell<sup>13</sup> implementiert zu haben. *Im Jahr 2012 hatten 28 Prozent der Einrichtungen mindestens ein spezielles Qualitätsmodell implementiert.* Das Modell DocCert mit Eusoma-Kriterien (Zertifizierungssystem für Brustgesundheitszentren) implementierten 23 Häuser, GMP (Good Manufacturing Practice) führten 21 Häuser ein, Best Health Austria und EMAS (Eco-Management and Audit Scheme) setzten jeweils sieben Häuser ein und das Modell OnkoZert (Zertifizierungssystem zur Überprüfung von Organkrebszentren) implementierten sechs Einrichtungen.

49 Krankenhäuser berichteten von mindestens einem implementierten *sonstigen* speziellen Qualitätsmodell. Genannt wurden u. a. folgende Modelle: BFHI (Baby Friendly Hospital), Selbsthilfefreundliches Krankenhaus, Hygienemanagement/HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points-Konzept), Zertifizierungssystem in der Endoprothetik, Qualitätsmodelle für Brustgesundheitszentren, Beckenbodenzentren, Hernienzentren, Trauma- und Wundzentren und Schmerzmanagement.

## 5.4 Qualitätsarbeit

### 5.4.1 Prozesse

Die am häufigsten verwendeten Qualitätsinstrumente sind Richtlinien, Leitlinien, Prozessbeschreibungen<sup>14</sup>, Checklisten und SOP – Standard Operating Procedures<sup>15</sup>. *Im Jahr 2012 setzten die Krankenhäuser am häufigsten Checklisten, Leitlinien und Richtlinien ein.*

135 Häuser (84 %) geben an alle genannten Instrumente im Einsatz zu haben. Interne/externe Audits oder Visitationen werden in 130 Häusern durchgeführt, klinische Pfade sind in 115 Häusern und QM-Handbücher in 103 Häusern in Verwendung. *Sonstige* weitere Instrumente kommen in 12 Einrichtungen zum Einsatz. (MA QM)

---

13

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

14

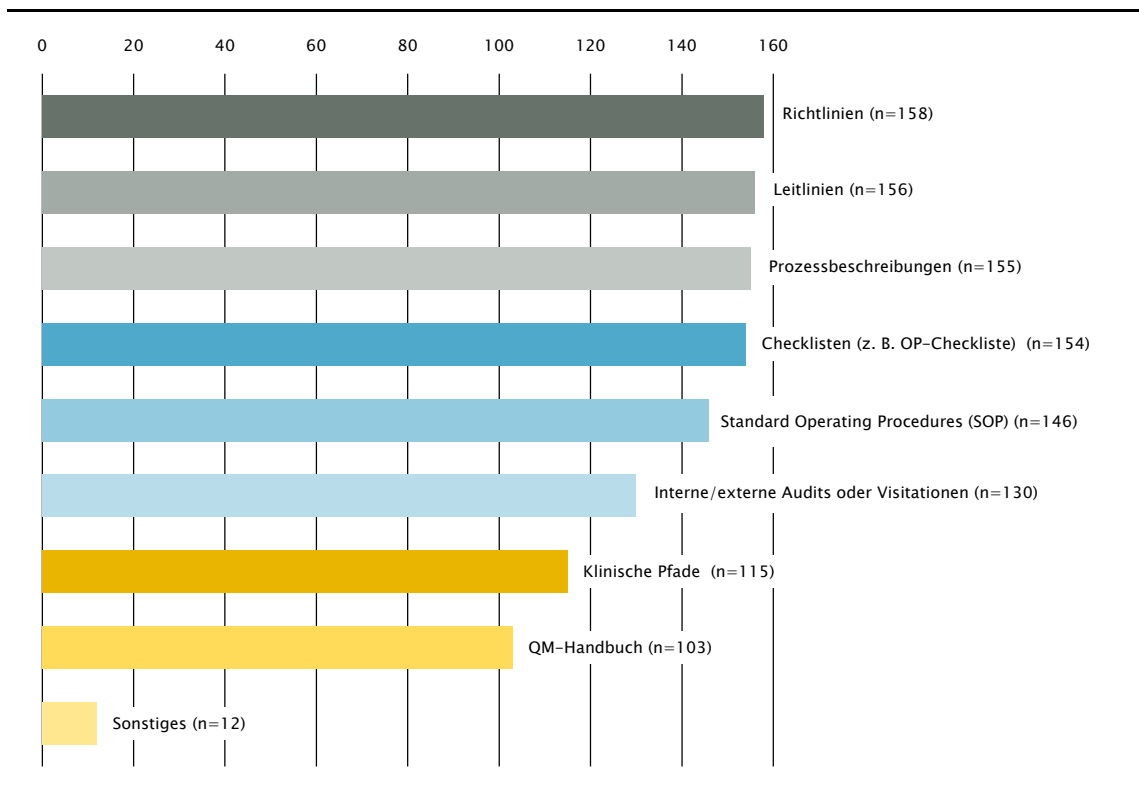
Anm.: Prozessbeschreibungen veranschaulichen organisatorische und bereichs- bzw. abteilungsübergreifende Abläufe und Tätigkeiten. Durch die Definition von Schnittstellen und das Festlegen von Eingabe-/Ausgabeinformationen wird den Anforderungen des QM entsprochen.

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 (1.129 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern)



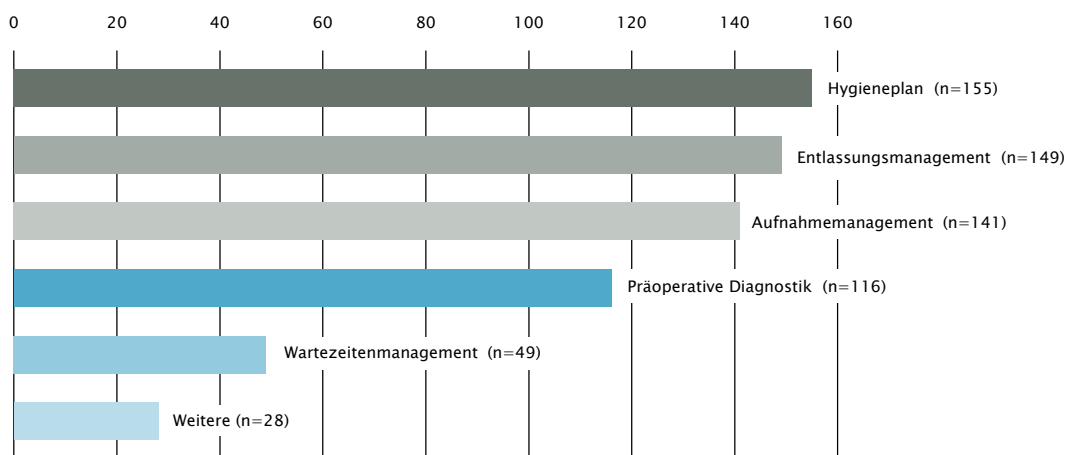
Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die genannten Instrumente werden meist mehrheitlich in allen Abteilungen bzw. in vielen Abteilungen (in mehr als der Hälfte der Abteilungen) verwendet.

### Schlüsselprozesse und Notfallplan

Als Schlüsselprozesse nannten die Krankenhäuser am häufigsten Hygieneplan, Entlassungsmanagement und Aufnahmemanagement (MA QM).

Abbildung 5.11:  
 Welche Schlüsselprozesse sind in den Einrichtungen definiert?  
 (638 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Weitere Schlüsselprozesse wurden von 28 Einrichtungen angeführt: Pflegeprozess, medizinischer Behandlungsprozess, Qualitäts- und Risikomanagement, Kontinuierlicher Verbesserungsprozess, Personalentwicklungsprozess inkl. Ausbildung-/Weiterbildungsprozess, Führungs- und Verwaltungsprozesse, Katastrophen- und Notfallmanagement, Kommunikation, OP-/Schockraum-Management, Infrastruktur und techn. Instandhaltung, Dokumentation, Apotheke, Diabetesberatung, Transportmanagement, Schmerzmanagement u. v. m.

145 Einrichtungen (90 %) haben einen schriftlichen Plan für medizinische Notfälle (Notfallplan)<sup>16</sup>, in dem die getroffenen Vorkehrungen festgehalten und erläutert sind (MA QM). In 134 Einrichtungen (92 %) wurden die Mitarbeiter/innen über die Inhalte des Notfallplans nachweislich unterwiesen (MA QM).

### Strukturiertes OP-Management

Von den 161 Akutkrankenhäusern<sup>17</sup> geben 131 Häuser (81 %) an ein strukturiertes OP-Management<sup>18</sup> zu verwenden. Praktisch wird das OP-Management folgendermaßen umgesetzt

<sup>16</sup>

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.

<sup>17</sup>

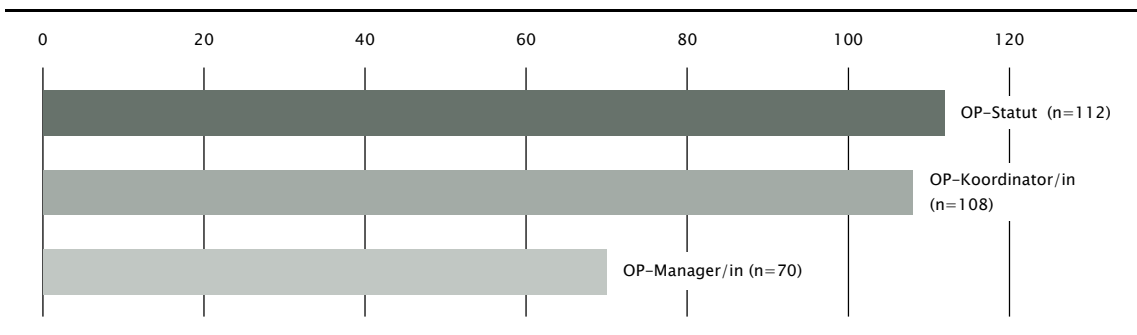
Lt. Diagnose- und Leistungsdokumentation führten im Jahr 2015 152 Akutkrankenhäuser operative Leistungen durch.

<sup>18</sup>

Anm.: Ziel des OP-Managements ist der optimale Einsatz vorhandener Ressourcen für größtmögliche Produktivität in Verbindung mit der Optimierung der Leistungsqualität bzw. der Patientenzufriedenheit.

(Mehrfachantworten möglich): 112 Krankenhäuser haben ein eigenes OP-Statut, 108 Häuser eine/n OP-Koordinator/in und 70 Häuser eine/n OP-Manager/in. Die Einführung eines strukturierten OP-Managements haben sechs Krankenhäuser geplant.

Abbildung 5.12:  
Umsetzung des OP-Managements (290 Nennungen von 131 Akutkrankenhäusern)

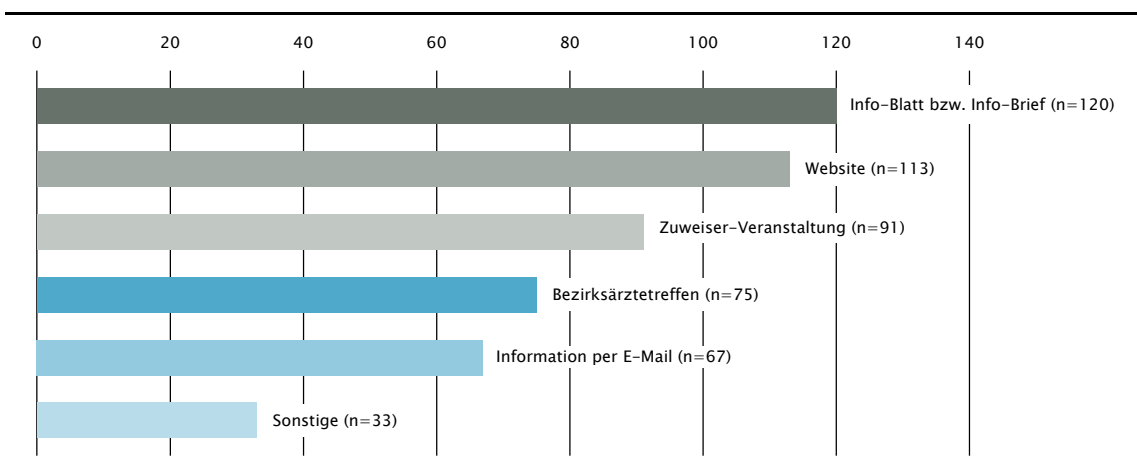


Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

### Information über Aufnahmemodalitäten

Krankenhäuser informieren ihre Zuweiser/innen über die Aufnahmemodalitäten in ihren Häusern folgendermaßen: 120 Häuser mit Info-Blatt bzw. Info-Brief, 113 Krankenhäuser tun dies über die Webseite, 91 Häuser im Rahmen von Zuweiser-Veranstaltungen, 75 Häuser während Bezirksärztetreffen, und 67 Häuser informieren die Zuweiser/innen per E-Mail. *Sonstige* Möglichkeiten zur Informationsweitergabe nutzen 33 Krankenhäuser. *Auch 2012 wurden Zuweiser/innen hauptsächlich über Info-Blätter, Website oder eigene Zuweiser-Veranstaltungen zu Aufnahmemodalitäten informiert.*

Abbildung 5.13:  
Wie werden die Zuweiser/innen über Aufnahmemodalitäten informiert?  
(499 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

## Strukturiertes Aufnahmemanagement und indirektes Entlassungsmanagement

Strukturiertes Aufnahmemanagement<sup>19</sup> ist in 140 Einrichtungen implementiert, in 15 ist die Implementierung geplant, 6 haben kein strukturiertes Aufnahmemanagement implementiert und planen auch nicht die Einführung eines solchen.

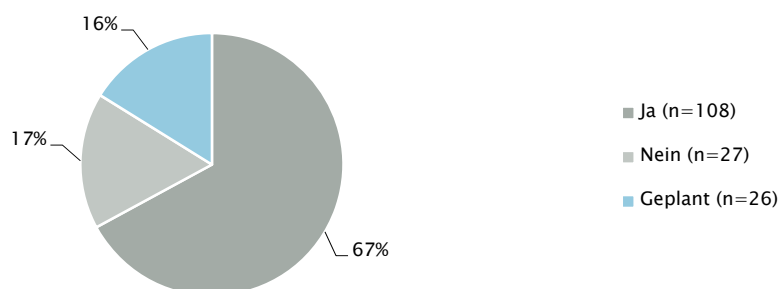
Indirektes Entlassungsmanagement<sup>20</sup> ist in 146 Krankenhäusern implementiert, die Einführung ist in sieben Häusern geplant. 8 Einrichtungen haben kein indirektes Entlassungsmanagement implementiert und planen auch nicht die Einführung eines solchen.

### 5.4.2 Berichte über die Qualitätsarbeit

108 Krankenhäuser erstellen – zusätzlich zur österreichweiten gesetzlich verpflichtenden Qualitätsberichterstattung (Qualitätsplattform) (KAKuG, § 5b (4)) – einen eigenen Bericht über die Qualitätsarbeit (einrichtungseigener Bericht oder z. B. als Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes) (MA QM). In 26 weiteren Häusern ist dies in Planung.

Abbildung 5.14:

Erstellen die Einrichtungen – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung – regelmäßig einen Bericht über die Qualitätsarbeit? (n = 161)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Von den 108 Einrichtungen veröffentlichen 40 Einrichtungen die Qualitätsberichte. 31 Häuser (29 %) stellen ihre hauseigenen Berichte bzw. den Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes der

<sup>19</sup>

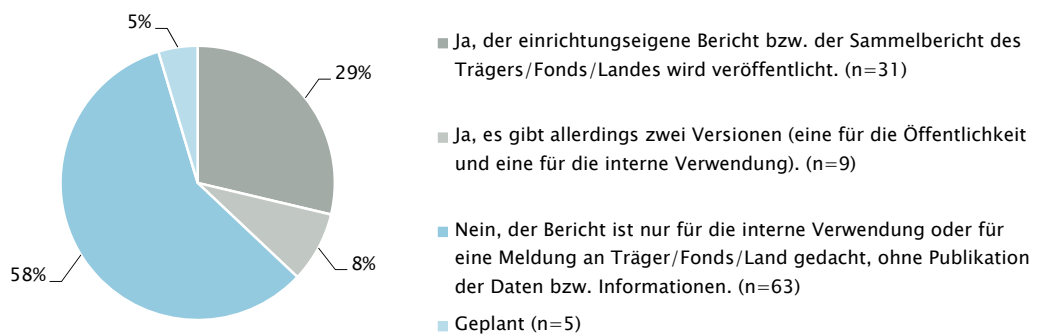
Anm.: Darunter wird ein strukturierter Aufnahmeprozess unter Einhaltung bestimmter Mindeststandards verstanden.

<sup>20</sup>

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 Casemanagement quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen.

Öffentlichkeit zu Verfügung. Neun weitere Häuser (8 %) erstellen den Bericht in zwei unterschiedlichen Versionen – einen für die Öffentlichkeit, einen für die interne Verwendung.

Abbildung 5.15:  
Werden die Qualitätsberichte veröffentlicht? (n = 108)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

94 von den 108 Einrichtungen erstellen die eigenen Qualitätsberichte meist jährlich, 14 Häuser berichten in längeren Abständen.

## 5.4.3 Patientenorientierung

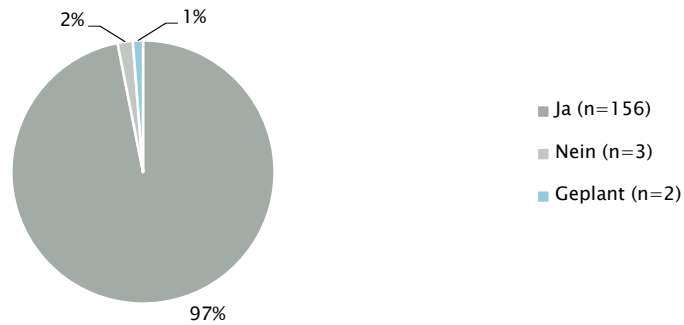
### Patientenrechte

In 156 Einrichtungen werden Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht (z. B. Patientencharta) (MA QM), dies geschieht folgendermaßen: Patienteninformationen (123 Häuser), mündlich und mittels Broschüren/Infoblatt (jeweils 114 Häuser), Webseite (81 Häuser), Anlaufstelle/Büro für Patientenangelegenheiten (78 Häuser) und Plakate/Informationstafeln (68 Häuser).



Abbildung 5.16:

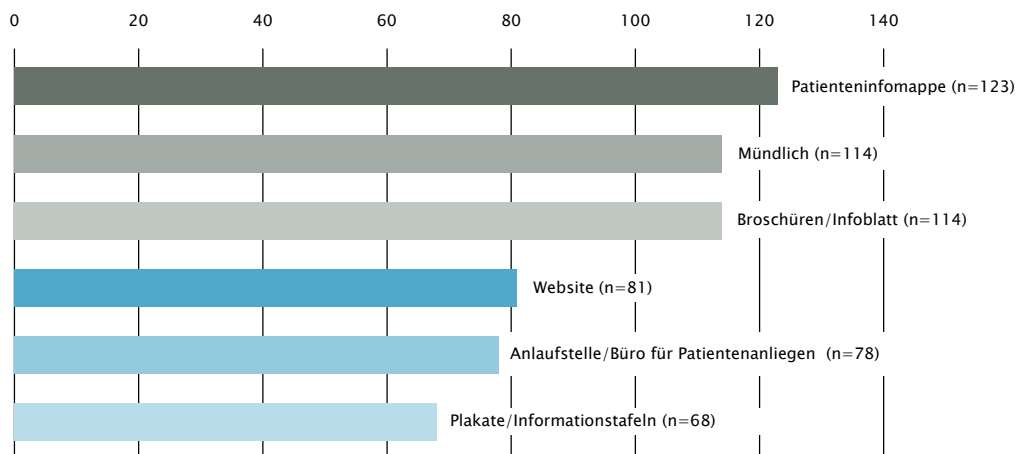
Werden Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht (z. B. Patientencharta)? (n = 161)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Abbildung 5.17:

Wie werden die Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte aufmerksam gemacht? (578 Nennungen von 156 Akutkrankenhäusern)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

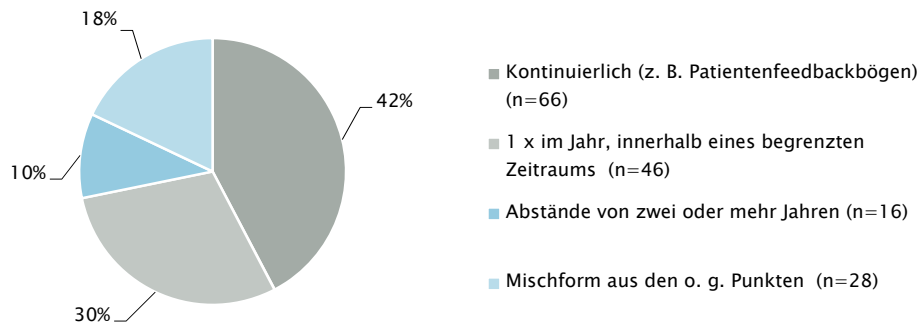
Regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter/innen zum Thema *Patientenrechte* finden in 66 Krankenhäusern statt (41 %). In 21 Häusern (13 %) sind solche geplant. *Im Jahr 2012 fanden derartige Schulungen in 33 Prozent aller Einrichtungen statt.*

### Patientenbefragungen

Patientenbefragungen werden in 156 Krankenhäusern (97 %) durchgeführt (MA QM). 81 Prozent der Sanatorien geben an, in allen Abteilungen mit Patientenkontakt zu befragen; von den gemeinnützigen Krankenhäusern sind es 75 Prozent. *Im Jahr 2012 führten 92 Prozent der Krankenhäuser*

*Patientenzufriedenheitsbefragungen durch.* 42 Prozent der 156 Einrichtungen führen die Befragungen kontinuierlich durch, 30 Prozent befragen einmal pro Jahr und innerhalb eines begrenzten Zeitraums, 10 Prozent in Abständen von zwei oder mehr Jahren und 18 Prozent der Häuser in einer Mischform aus den genannten Möglichkeiten.

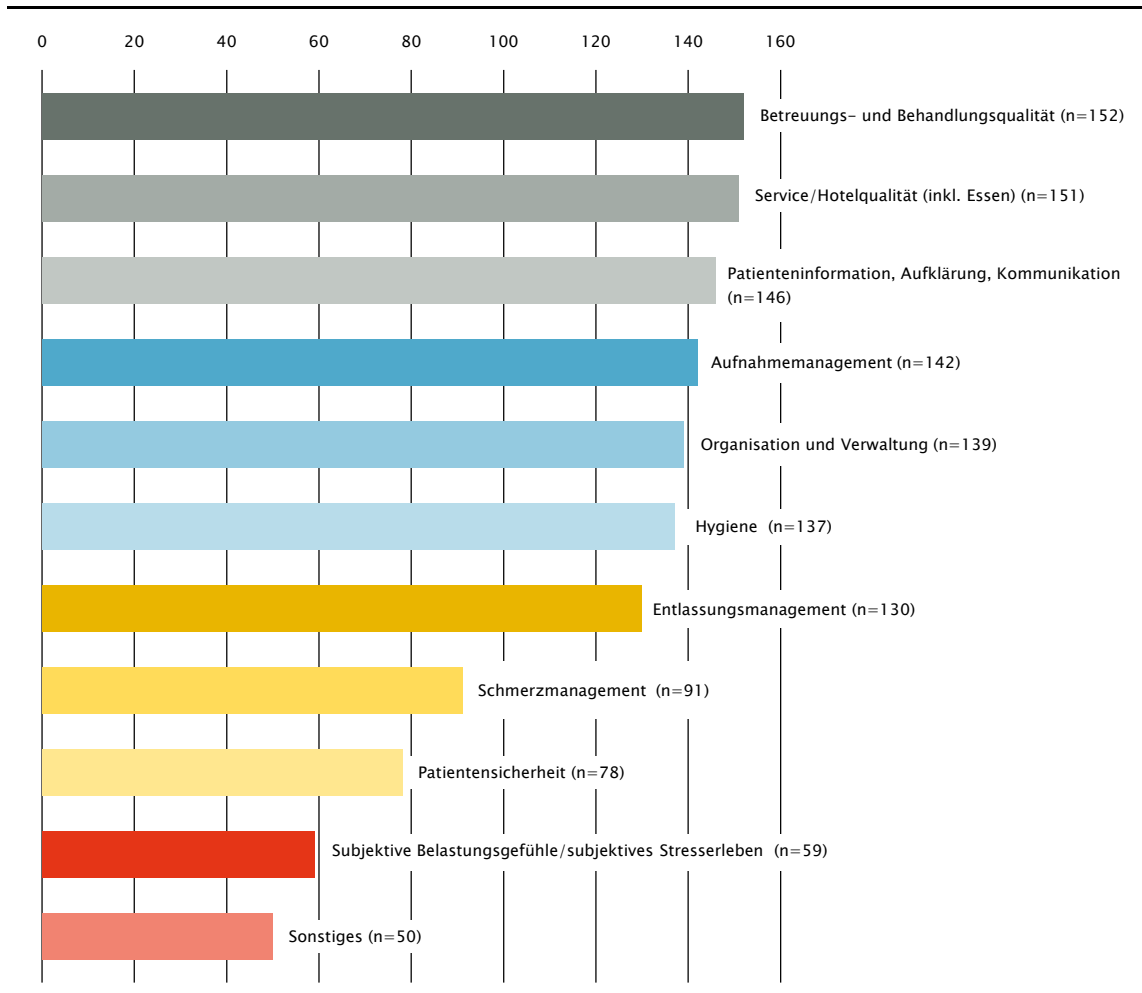
Abbildung 5.18:  
In welchen Intervallen erfolgen die Patientenbefragungen? (n =156)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

*Wie schon im Jahr 2012* werden Patientinnen und Patienten am häufigsten zu den Themengebieten *Betreuungs- und Behandlungsqualität, zu Service/Hotelqualität (inkl. Essen) und zu Patienteninformation, Aufklärung, Kommunikation* befragt.

Abbildung 5.19:  
Themengebiete von Patientenbefragungen (1.275 Nennungen von 156 Akutkrankenhäusern)

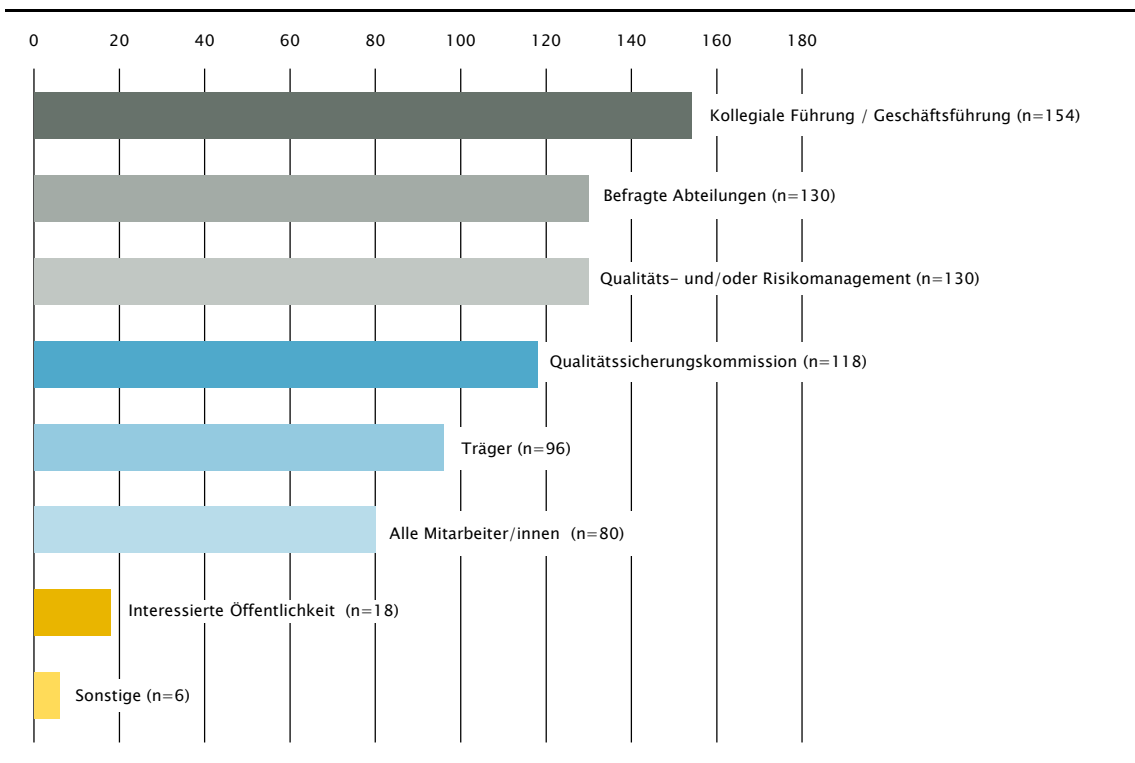


Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Ergebnisse aus Patientenbefragungen erhalten, *wie bereits im Jahr 2012*, am häufigsten die Kollegiale Führung / Geschäftsführung. Weiters werden die Ergebnisse auch häufig den Abteilungen, in denen befragt wurde, und dem Qualitäts- und/oder Risikomanagement und der Qualitätssicherungskommission rückgemeldet.

Abbildung 5.20:

Ergebnisse der Patientenbefragungen ergehen an folgende Stellen:  
(732 Nennungen von 156 Akutkrankenhäusern)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses leiten 129 Krankenhäuser (83 %) strukturiert Maßnahmen ab (MA QM), 15 Einrichtungen (9 %) planen dies, 12 Einrichtungen (8 %) leiten keinen Maßnahmen auf Basis eines festgelegten Prozesses ab.

### Barrierefreie Erreichbarkeit

Die Krankenhäuser sind zum überwiegenden Teil (94 %) barrierefrei erreichbar (MA QM). Sieben Häuser (4 %) planen ihr Haus barrierefrei zugänglich zu machen. Informationen über die Erreichbarkeit und Barrierefreiheit ihrer Einrichtung sind bei 92 Häusern (57 %) öffentlich verfügbar (Webseite, Informationsfolder u. ä.) (MA QM). 33 Häuser (21 %) planen Informationen hierzu öffentlich verfügbar zu machen.

## 5.4.4 Mitarbeiterorientierung

### Mitarbeiterbefragung

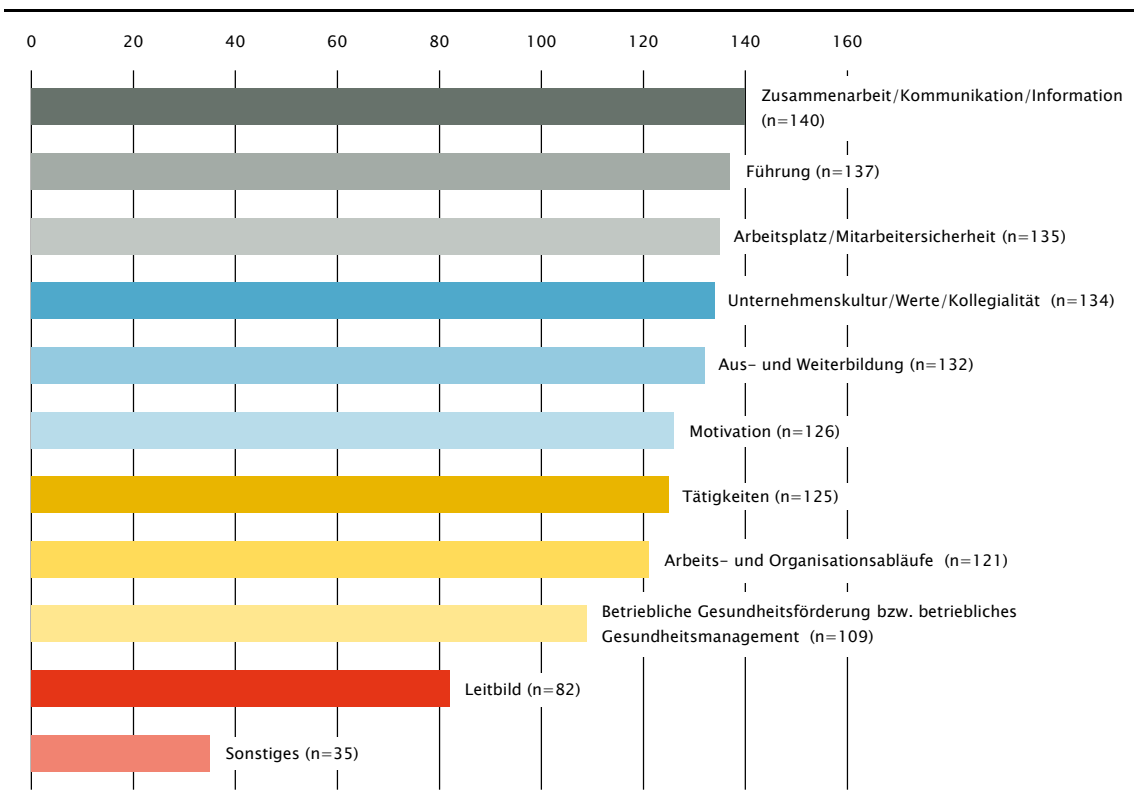
148 Krankenhäuser (92 %) führen Mitarbeiterbefragungen durch (MA QM). In 86 Prozent der Fälle werden alle Mitarbeiter/innen befragt, in 14 Prozent Mitarbeiter/innen in einigen ausgewählten Bereichen. In zehn Krankenhäusern (7 %) werden die Mitarbeiterbefragungen jährlich durchgeführt, in den anderen Häusern finden diese in längeren Abständen oder unregelmäßig statt. *Im Vergleich dazu führten 2012 79 Prozent der Krankenhäuser Mitarbeiterbefragungen durch: Davon wurde in 89 Prozent der Fälle alle Mitarbeiter/innen befragt. 12 Prozent der Einrichtungen führten eine Mitarbeiterbefragungen jährlich durch, in den restlichen Einrichtungen in längeren Abständen oder unregelmäßig.*

Alle Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten führen Mitarbeiterbefragungen durch, wobei in 50 bzw. 97 Prozent der Fälle alle Mitarbeiter/innen befragt werden.

Am häufigsten werden, *wie auch 2012*, die Mitarbeiter/innen zu den Themen Zusammenarbeit, Kommunikation, Information, zur Führung und Arbeitsplatz/Mitarbeitersicherheit befragt.

Abbildung 5.21:

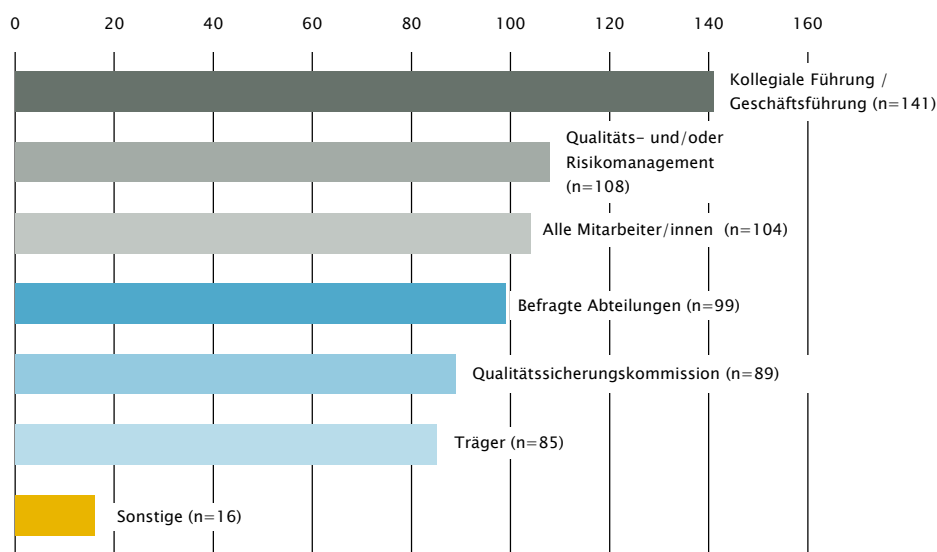
Themengebiete von Mitarbeiterbefragungen (1.276 Nennungen von 148 Akutkrankenhäusern)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

*Sowohl 2012 als auch 2015* ergingen die Ergebnisse aus den Mitarbeiterbefragungen am häufigsten an die Kollegiale Führung / Geschäftsführung (141 Häuser), Qualitäts- und/oder Risikomanagement und/oder alle Mitarbeiter/innen.

Abbildung 5.22:  
Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen ergeben an folgende Stellen:  
(642 Nennungen von 148 Akutkrankenhäusern)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Aus den Befragungen werden in 83 Prozent der Häuser auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet, 12 Prozent planen einen festgelegten Prozess für die strukturierte Maßnahmenableitung zu implementieren.

### Strukturierte Mitarbeitergespräche, Personalentwicklungskonzept und Erhebung des Qualifizierungsbedarfes

In 155 Krankenhäusern (96 %) werden strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt (MA QM). In 104 dieser Häuser (67 %) werden mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, ansonsten in einigen Bereichen, strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt. Die Gespräche finden in 54 Prozent der Häuser einmal im Jahr, bei den restlichen 46 Prozent in längeren Abständen bzw. unregelmäßig statt. *2012 wurden in 95 Prozent der Häuser strukturierte Mitarbeitergespräche geführt, davon in 61 Prozent der Fälle mit allen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen. 60 Prozent der Häuser führten sie einmal im Jahr, der Rest in längeren Abständen bzw. unregelmäßig.*

In 107 Einrichtungen (66 %) ist ein Personalentwicklungskonzept vorhanden (MA QM), in 20 Einrichtungen ist ein solches geplant. Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche der Mitarbeiter/innen werden in 140 Krankenhäusern (87 %) regelmäßig ermittelt (MA QM), neun Einrichtungen planen in Zukunft eine Erhebung.

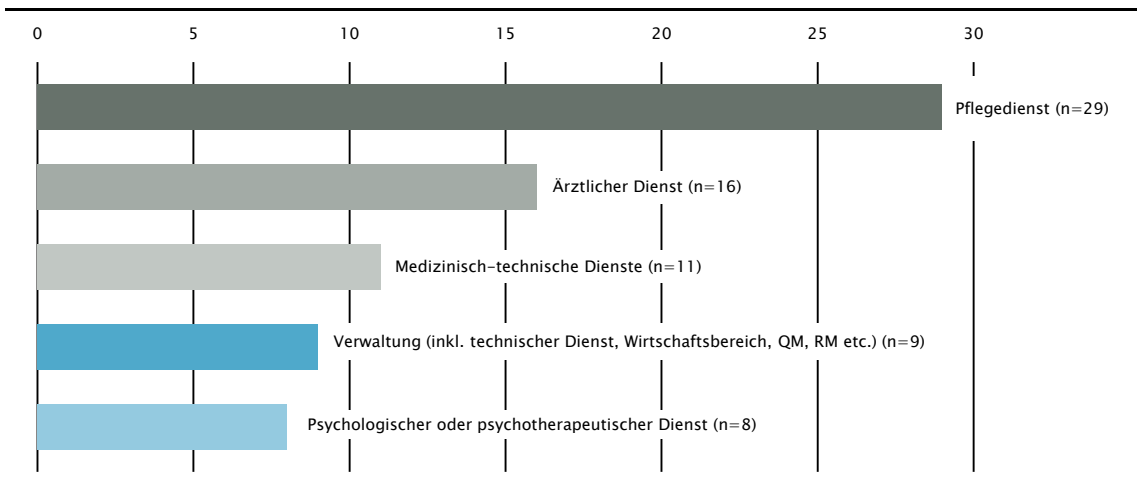
### Strukturierte Erfassung der Fort- und Weiterbildung

In 153 Krankenhäusern (95 %) werden die Fort- und Weiterbildungen<sup>21</sup> der Mitarbeiter/innen strukturiert erfasst (MA QM). Vier Standardkrankenanstalten (6 %), drei Sanatorien (10 %) und eine Sonderkrankenanstalt (3 %) erfassen die Fort- und Weiterbildung ihrer Mitarbeiter/innen derzeit nicht.

122 (76 %) Krankenhäuser erfassen Fort- und Weiterbildungen für alle Mitarbeiter/innen. In 31 Krankenhäusern (19 %) werden diese für einzelne Mitarbeitergruppen erfasst, am häufigsten für Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes, des ärztlichen Dienstes und des medizinisch-technischen Dienstes. *Im Jahr 2012 waren es 94 Prozent der Häuser, die die Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter/innen strukturiert erfassen, davon 66 Prozent der Krankenhäuser für alle Mitarbeiter/innen.*

Abbildung 5.23:

Falls nicht für alle Mitarbeiter/innen, für welche Mitarbeitergruppen werden die Fort- und Weiterbildungen strukturiert erfasst? (73 Nennungen von 31 Akutkrankenhäusern)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

143 von 161 Krankenhäuser (89 %) koordinieren Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen zentral (z. B. Fortbildungsbeauftragte/r im Krankenhaus oder des Trägers) – 107 Einrichtungen (67 %) verfügen über eine zentrale Koordinationsstelle für alle Mitarbeitergruppen, 36 (22 %) für

21

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

einzelne Mitarbeitergruppen, davon am häufigsten für die Berufsgruppen des Pflegedienstes, des ärztlichen Dienstes und des medizinisch-technischen Dienstes. *Im Jahr 2012 koordinierten 85 Prozent der Krankenhäuser Fort- und Weiterbildung zentral. 58 Prozent der Krankenhäuser für alle Mitarbeiter/innen und 27 Prozent für einzelne Mitarbeitergruppen, vor allem für Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes und des ärztlichen Dienstes.*

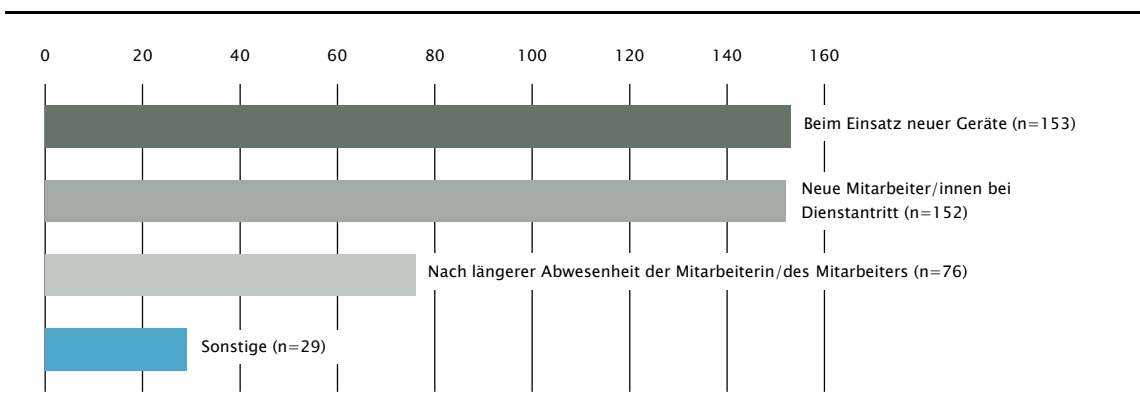
### Einschulung in den Gebrauch medizinischer Geräte

In 158 Einrichtungen (98 %) werden Mitarbeiter/innen in die Anwendung medizinischer Geräte eingeschult (MA QM), in zwei Einrichtungen ist dies geplant. In den meisten Krankenhäusern werden Mitarbeiter/innen beim Einsatz neuer Geräte (97 %) bzw. neue Mitarbeiter/innen bei Dienstantritt (96 %) eingeschult.

Abbildung 5.24:

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

(410 Nennungen von 158 Akutkrankenhäusern)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

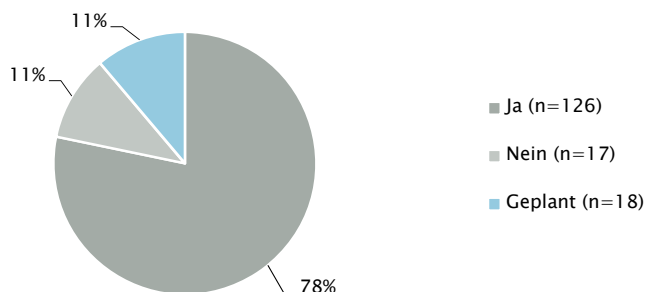
### Betriebliche Gesundheitsförderung / betriebliches Gesundheitsmanagement

In 126 Krankenhäusern (78 %) ist ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. zum betrieblichen Gesundheitsmanagement etabliert, in 18 Häusern ist ein solches geplant. *2012 hatten 57 Prozent der Krankenhäuser ein solches etabliert.*



Abbildung 5.25:

Ist ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. zum betrieblichen Gesundheitsmanagement etabliert? (n = 161)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Zu den 126 Häusern mit einem Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. zum betrieblichen Gesundheitsmanagement zählen alle Zentralkrankenanstellen, gefolgt von Schwerpunktkrankenanstellen (90 %) und den Sonderkrankenanstellen mit 88 Prozent, sowie den Standardkrankenanstellen mit 81 Prozent. Sanatorien haben zu 48 Prozent ein Konzept.

Folgende verhaltensbezogenen Maßnahmen werden von den Häusern unter anderem gesetzt: Raucherentwöhnung, Bewegungsangebote, wie z. B. Yoga, Wirbelsäulengymnastik, Laufen, Radfahren, Kurse zu gesunder Ernährung und Kochen, Maßnahmen für die psychische Gesundheit, wie z. B. Stressmanagement, Burnout-Prävention, Erlernen von Entspannungstechniken.

Folgende verhältnisbezogene Maßnahmen werden von den Einrichtungen unter anderem gesetzt: Anbieten verschiedener Arbeitszeitmodelle, Verbessern des Arbeitseinsatzplans und der Arbeitsorganisation, Arbeitsplatzevaluierung und -adaptierung, Teamentwicklung, mitarbeiterfreundlicher Führungsstil.

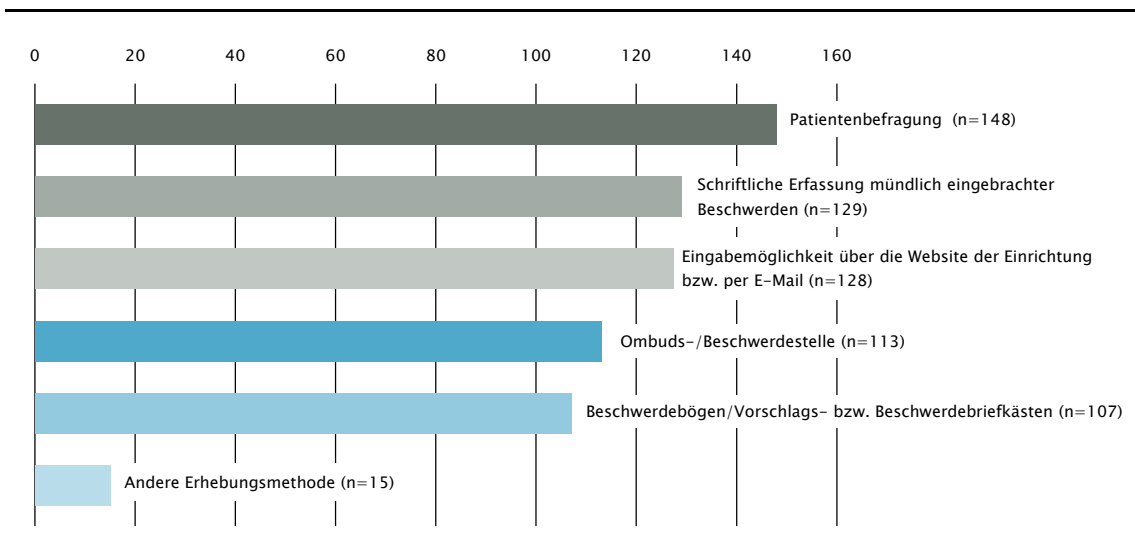
## 5.4.5 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden

### Erheben von Patientenbeschwerden und -vorschlägen

Krankenhäuser erheben Vorschläge und Beschwerden ihrer Patientinnen und Patienten auf verschiedene Arten. *Wie im Jahr 2012* kommen Patientenbefragungen am Häufigsten zum Einsatz (148 Häuser). Andere häufig genannte Erhebungsmethoden sind das schriftliche Erfassen mündlich eingebrachter Beschwerden und die Eingabemöglichkeit über die Website der Einrichtung bzw. per E-Mail.

Abbildung 5.26:

Wie werden Vorschläge und Beschwerden der Patientinnen und Patienten erhoben?  
(640 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

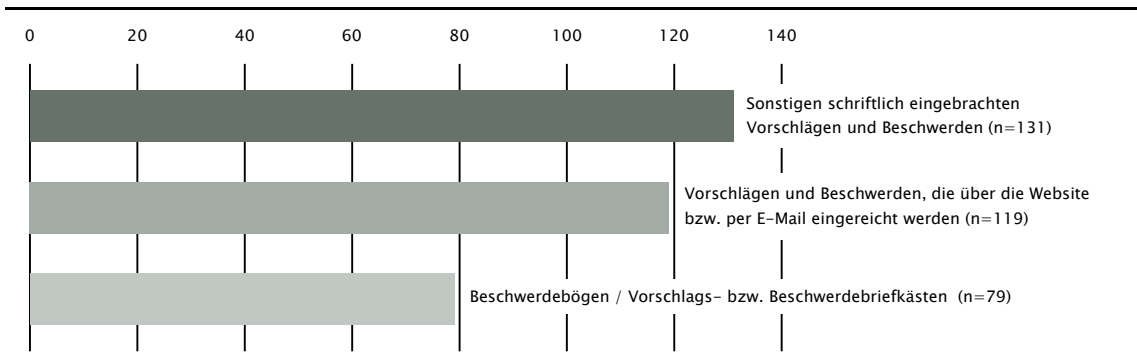
Die Informationen über die erhobenen Vorschläge und Beschwerden erhalten, *wie schon 2012*, in Krankenhäusern am häufigsten die Kollegiale Führung / Geschäftsführung (157 Häuser), betroffene Abteilungen/Stationen bzw. Mitarbeiter/innen (155 Häuser) und das Qualitätsmanagement -und/oder Risikomanagement -und/oder Risikomanagement (115 Häuser). Ombuds- /Beschwerdestelle erhält die Informationen in 92 Häusern, die Qualitätssicherungskommission in 78 Häusern, der Träger in 50 Häusern (Möglichkeit der Mehrfachantworten der Häuser).

In 151 Häusern (94 %) bekommen Patientinnen und Patienten individuell Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden (mit Ausnahme von anonymen Meldungen). Fünf Häuser (3 %) planen individuelle Rückmeldungen zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden einzuführen. *2012 erhielten Patienten und Patientinnen von 88 Prozent der Krankenhäuser eine individuelle Rückmeldung auf schriftlich eingebrachte Vorschläge und Beschwerden, drei Prozent planten eine Einführung einer individuellen Rückmeldung.*

*Ähnlich wie 2012* erhalten Patientinnen und Patienten individuell am häufigsten Antworten auf sonstige schriftlich eingebrachte Vorschläge und Beschwerden (131 Häusern) und auf Vorschläge und Beschwerden, die über die Website bzw. per E-Mail eingereicht werden.

Abbildung 5.27:

Patientinnen /Patienten erhalten eine individuelle Rückmeldung aus/von: (329 Nennungen von 151 Akutkrankenhäusern)



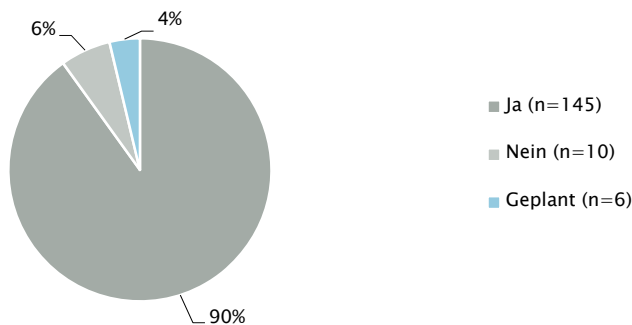
Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

### Strukturiertes Beschwerdemanagement

145 Krankenhäuser (90 %) haben ein strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement<sup>22</sup> implementiert, d. h. sie gehen systematisch in der Bearbeitung von Beschwerden vor. Sechs Häuser planen eine Einführung. *Zum Vergleich: 2012 hatten 75 Prozent der Krankenhäuser ein strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement.*

Abbildung 5.28:

Gibt es in den Einrichtungen ein strukturiertes Beschwerde-/ Feedbackmanagement? (n = 161)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

22

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.

Auch hier gibt es Unterschiede hinsichtlich des Krankenanstalten-Typus: Alle Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten haben ein strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement implementiert, Sonderkrankenanstalten zu 94 Prozent, Standardkrankenanstalten zu 90 Prozent und bei den Sanatorien liegt der Anteil bei 74 Prozent.

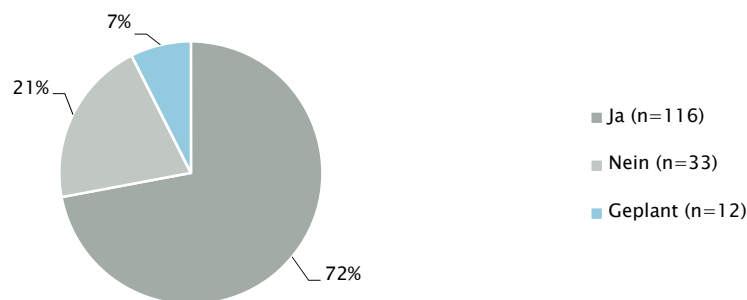
Informationen zu Patientenanwaltschaften (Länder), Ombuds-/Beschwerdestelle (Sozialversicherungsträger, KA-Träger), Schieds- und Schlichtungsstellen (Ärztékammern) werden in 143 Krankenhäusern für Patientinnen und Patienten im Bedarfsfall bereitgestellt, in fünf Häusern ist dies geplant.

### Betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement

116 Krankenhäuser (72 %) haben betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement<sup>23</sup> für Mitarbeiter/innen eingerichtet, in 12 Häusern ist dies in Planung. *2012 hatten 55 Prozent der Krankenhäuser betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen eingerichtet.*

Abbildung 5.29:

Gibt es in den Einrichtungen ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen? (n = 161)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

## 5.4.6 Externe Qualitätssicherung

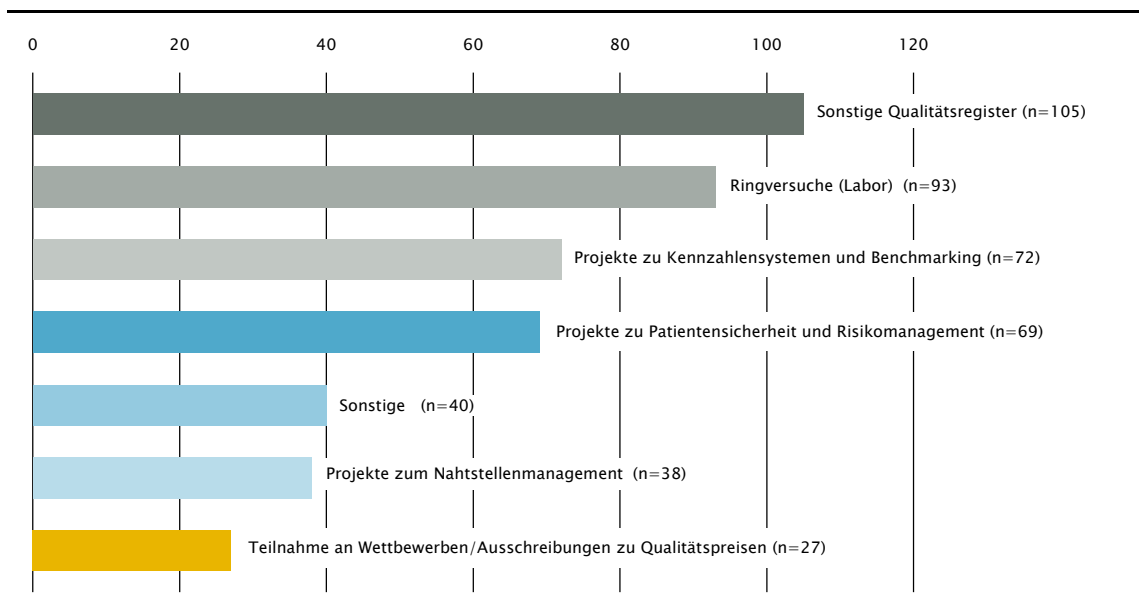
137 Krankenhäuser (96 %) nehmen an einrichtungsübergreifenden Registern und Qualitätsprojekten teil. Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten erreichen eine Teilnahmequote von 100 Prozent, Standardkrankenanstalten 94 Prozent, die Sonderkrankenanstalten 81 Prozent und Sanatorien 55 Prozent.

23

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

Am häufigsten wurden *sonstige* Qualitätsregister und Qualitätsprojekte (105 Häuser), Ringversuche (93 Häuser) und Projekte zu Kennzahlensystemen und Benchmarking (72 Häuser) genannt. 105 Krankenhäuser nehmen an weiteren Qualitätsregistern teil. Unter anderem werden folgende genannt: Tumorregister, Geburtenregister, Stroke-Unit-Register, Traumaregister, Herzchirurgie-Register, Dialyse- und Transplantationsregister. 27 Krankenhäuser geben an, an Wettbewerben/Ausschreibungen zu Qualitätspreisen teilzunehmen. Folgende wurden unter anderem genannt: SALUS – Steirischer Qualitätspreis Gesundheit, Patient Safety Award, Länder-Gesundheitspreis, Clinic Award, CURA 2015, Felix Familia, Frauen- und familienfreundlichster Betrieb, Pflege-Award, EFQM Excellence Award, Staatspreis Quality Austria, Umweltpreis u. v. m.

Abbildung 5.30:  
Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Qualitätsprojekten  
(444 Nennungen von 137 Akutkrankenhäusern)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Kategorie *Sonstige* einrichtungsübergreifende Register und Qualitätsprojekte wurden von 40 Häusern gewählt, genannt wurden u. a. Aktion Saubere Hände, diverse Zertifizierungen, Patientensicherheitstag, Nutrition Day, Pflegequalität, Frühgeborenen-Outcome, European SCS Registry, Selbsthilfefreundliches Krankenhaus, Qualitätssicherung in der Geriatrie, Herzinfarktnetzwerk, Traumanetzwerk u. v. m.

## 5.5 Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit

In 143 Krankenhäusern (89 %) wird mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern strukturiert umgegangen (Risikomanagement) (MA QM), 14 Häuser (9 %) planen strukturiertes Vorgehen. 94

Prozent der gemeinnützigen und 68 Prozent der Sanatorien praktizieren den strukturierten Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement). *Im Jahr 2012 war in 65 Prozent der Krankenhäuser strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern implementiert und 24 Prozent planten darin strukturiert vorzugehen.*

### Instrumente des Risikomanagements

Im Erhebungsjahr war in 153 Krankenhäusern (95 %) zumindest ein Instrument des Risikomanagements in Verwendung und in 65 Häusern (40 %) war dessen Einsatz in Planung. Ein Haus hat weder ein Instrument in Verwendung, noch plant es ein solches zu implementieren. 98 Prozent der gemeinnützigen Spitäler wenden Risikomanagement-Instrumente an, 84 Prozent der Sanatorien tun dies ebenfalls. Strukturiert vorgegangen wird am häufigsten mit Checklisten in besonders gefahrgeneigten Situationen, gefolgt von der Risikoanalyse. Unter *Sonstige* wurden folgende Risikomanagement-Instrumente genannt: Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, Risikoaudits, Risikomanagement-Zertifizierung, Risikoteams, Software-Risikomanagement-Tools, Medical-Team-Trainings, Fallbesprechungen auf Grund von Fehlermeldungen oder Behandlungszwischenfällen. (MA QM)

66 Häuser planen mindestens ein Instrument des Risikomanagements in Zukunft einzusetzen. Die Fehleranalyse (z. B. anhand des London-Protokolls) zählt dabei zu den am häufigsten gewählten Instrumenten.

Tabelle 5.4:  
Instrumente des Risikomanagements (624 Nennungen von 160 Akutkrankenhäusern)

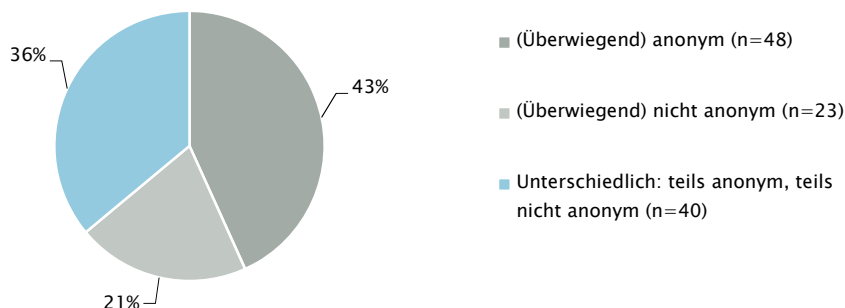
| Instrument   | In Verwendung | Geplant |
|--|---------------|---------|
| Einrichtungsinterne/trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme   | 111           | 19      |
| Übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at)  | 66            | 26      |
| Risikoanalyse  | 121           | 19      |
| Fehleranalyse  | 61            | 35      |
| Checklisten für ein strukturiertes Vorgehen in besonders gefahrgeneigten Situationen (z. B. OP-Checkliste der WHO) | 138           | 5       |
| Sonstige   | 21            | 2       |

Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In den 111 Häusern, die einrichtungsinterne/trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme verwenden, wird (überwiegend) anonym (48 Häuser) gemeldet. 23 Häuser melden nicht-anonym, 40 Häuser teils anonym, teils nicht anonym.

Abbildung 5.31:

Art der Meldung bei hausinternen/trägerinternen Fehlermelde- und Lernsystemen (n = 111)

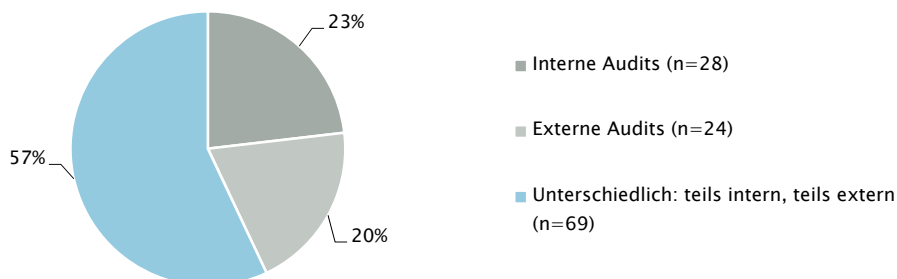


Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In den 121 Einrichtungen, die eine Risikoanalyse durchführen, werden die Analysen in 69 Häusern teils anhand interner bzw. externer Audits durchgeführt. Weitere 23 Prozent der Häuser führen interne Audits durch (28 Häuser), etwas weniger Häuser (24 Häuser bzw. 20 %) führen die Risikoanalyse mittels externer Audits durch.

Abbildung 5.32:

Art der Durchführung von Risikoanalysen (n = 121)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

### Interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit

In 40 Einrichtungen (25 %) ist ein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit<sup>24</sup> implementiert und 52 Häuser (32 %) planen die Implementierung. 69 Krankenhäusern verfügen über kein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit.

24

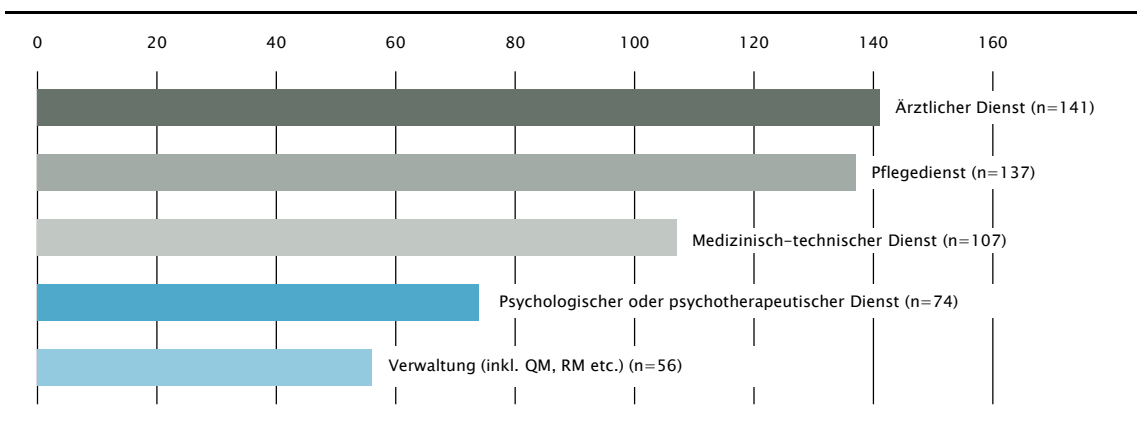
Anm.: Darunter werden EDV-Systeme verstanden, die Prozesse zur Patientenidentifikation, Arzneimittelvergabe, Dosierung oder Konzentration bzw. Zubereitung definieren und die richtige Applikationsart sowie den richtigen Zeitpunkt und die Dokumentation regeln.

## Standardisierte Informationsprozesse zu individuellen Gefahrenpotenzialen und Komplikationsrisiken von Patientinnen/Patienten

In 141 Einrichtungen (88 %) werden Mitarbeiter/innen mittels standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken von Patientinnen/Patienten informiert z. B. Allergien, Verwirrtheit (MA QM). Der ärztliche Dienst wird in allen 141 Einrichtungen benachrichtigt, der Pflegedienst in 137 Häusern.

Abbildung 5.33:

Welche Mitarbeiter/innen werden über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken von Patientinnen/Patienten informiert? (515 Nennungen von 141 Akutkrankenhäusern)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

## Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige der Gesundheitsberufe

In 76 Einrichtungen (47 %) 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 13 Häuser (8 %) planen die Implementierung von genannten Unterstützungsmaßnahmen. Knapp die Hälfte aller Häuser (47 %) hat diese weder implementiert noch planen diese Häuser die Einführung von Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige der Gesundheitsberufe.

### 5.5.1 Einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements

Die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements gestaltet sich in den Krankenhäusern unterschiedlich. In 74 Häusern (46 %) wird diese Aufgabe von einer Stelle wahrgenommen, in den anderen 87 Häusern (54 %) von mehreren Stellen gleichzeitig. *Im Vergleich dazu wurde im Jahr 2012 die Koordination des Risikomanagements in 48 Prozent der Häuser von einer Stelle und in 52 Prozent von mehreren Stellen gleichzeitig wahrgenommen.*

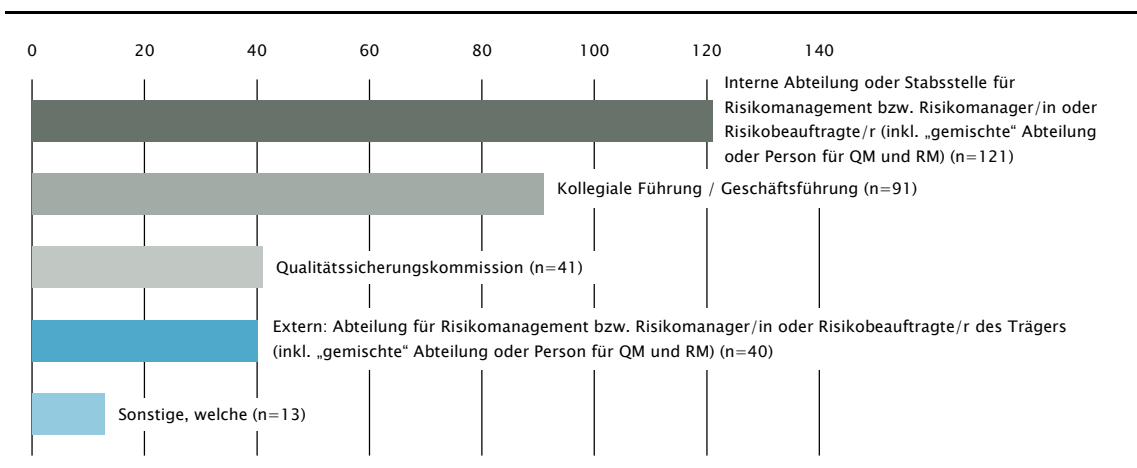


## Koordinierende Stellen

In 42 Krankenhäusern erfolgt die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements *ausschließlich* über eine interne Abteilung oder Stabsstelle für Risikomanagement bzw. einen/eine Risikomanager/in oder eine/einen Risikobeauftragte/n (inkludiert sind „gemischte Abteilungen“ oder Personen für QM und RM). In 22 Häusern übernimmt diese Aufgabe *ausschließlich* die Kollegiale Führung / Geschäftsführung, in drei Häusern *ausschließlich* die Qualitätssicherungskommission. In keinem Haus erfolgt die Koordination *ausschließlich* über den Träger, d. h. über eine eigene Abteilung für Risikomanagement bzw. einen/eine Risikomanager/in oder eine/einen Risikobeauftragte/n des Trägers (inkludiert sind „gemischte Abteilungen“ oder Personen für QM und RM). Zusätzlich sind in sechs Häusern noch andere Stellen oder Abteilungen in die Koordination eingebunden, wie z. B. Beauftragter für Risikomanagement – nicht freigestellt / allerdings in Funktion einer Stabsstelle, QM-Beauftragte oder Stabsstelle Recht. Sieben Häuser nannten *Sonstige* als ausschließlich koordinierende Stelle; genannt wurden: CIRPS-Vertrauensteam oder auch, dass kein explizit eingerichtetes Risikomanagement besteht.

Abbildung 5.34:

Einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements in den Krankenhäusern  
(306 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Hinsichtlich des Krankenanstalten-Typus zeichnen sich Unterschiede ab: in Sanatorien (48 %) und Sonderkrankenanstalten (59 %) besteht weniger häufig eine interne Abteilung für Risikomanagement bzw. agiert ein/e Risikomanager/in. Standardkrankenanstalten (84 %) und Schwerpunktkrankenanstalten verfügen demgegenüber zu 97 Prozent über interne Abteilungen bzw. Risikomanager/innen. Alle Zentralkrankenanstalten haben interne Abteilungen bzw. Risikomanager/innen.

## Vollzeitäquivalente für die einrichtungswerte Koordination von Risikomanagement

Für 78 Häuser (48 %) ist ermittelbar, wie viele Vollzeitäquivalente (VZÄ)<sup>25</sup> für die einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements besetzt sind. In Summe werden 75,3 VZÄ rückgemeldet. Durchschnittlich ist dies knapp ein VZÄ pro Haus, der Median liegt bei einem VZÄ. *Zum Vergleich: Im Jahr 2012 konnte 31 Prozent der Einrichtungen ihre VZÄ für die einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements beziffern und meldeten insgesamt 60 VZÄ.*

Hinsichtlich der Krankenanstalten-Typen gibt es Unterschiede: 56 Prozent der Standardkrankenanstalten, 53 Prozent der Schwerpunktkrankenanstalten, 50 Prozent der Sonderkrankenanstalten, 33 Prozent der Zentralkrankenanstalten und 29 Prozent der Sanatorien machen VZÄ-Angaben.

Tabelle 5.5:

Einrichtungen, die VZÄ angeben können: Vollzeitäquivalente für die einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements nach Krankenanstalten-Typ (n = 78)

| Krankenanstalten-Typ      | Gesamtzahl der Stellen (in VZÄ) für die einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements | Anzahl der Häuser | Durchschnittliche VZÄ |
|---------------------------|--|-------------------|-----------------------|
| Standardkrankenanstalt    | 25,41  | 35                | 0,73                  |
| Schwerpunktkrankenanstalt | 23,50  | 16                | 1,47                  |
| Zentralkrankenanstalt     | 4,25   | 2                 | 2,13                  |
| Sanatorien                | 10,30  | 9                 | 1,14                  |
| Sonderkrankenanstalten    | 11,80  | 16                | 0,74                  |
| <b>Gesamtergebnis</b>     | <b>75,26</b>   | <b>78</b>         | <b>0,96</b>           |

Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

## 5.5.2 Risikomanagementansprechpartner/innen in Abteilungen und RM-Ausbildung

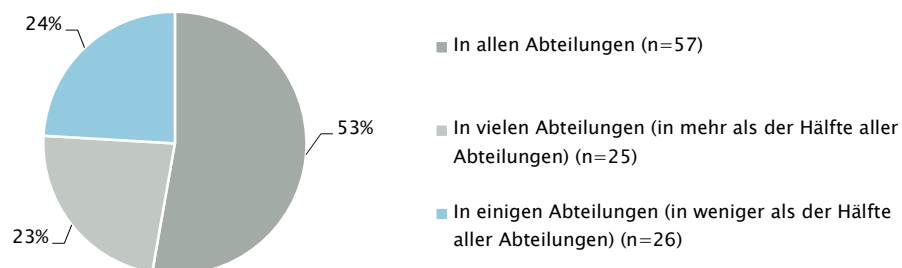
108 Krankenhäuser (67 %) geben an, Ansprechpartner/innen für das Risikomanagement in Abteilungen definiert zu haben, davon haben 57 Häuser Ansprechpersonen in allen Abteilungen. 53 Häuser haben keine Ansprechpersonen für das Risikomanagement in Abteilungen. *2012 hatten 64 Prozent der Krankenhäuser Ansprechpersonen für das Risikomanagement in (zumindest einigen) Abteilungen definiert.*

25

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.

Abbildung 5.35:

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



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Nach Krankenanstalten-Typ sind in gemeinnützigen Einrichtungen (70 %) häufiger Risikomanagement-Ansprechpersonen in Abteilungen definiert als in Sanatorien (55 %). In allen Zentralkrankenanstalten existieren definierte Ansprechpersonen für das Risikomanagement.

### Risikomanagement-Ausbildung

142 Krankenhäuser (88 %) geben an, dass in ihrem Haus Mitarbeiter/innen mit spezieller Risikomanagement-Ausbildung tätig sind. *2012 beschäftigten 75 Prozent der Einrichtungen Mitarbeiter/innen mit einer speziellen Risikomanagement-Ausbildung.*

Davon ist in 77 Krankenhäusern die Anzahl der Mitarbeiter/innen mit spezieller Risikomanagement-Ausbildung<sup>26</sup> exakt bezifferbar. Insgesamt sind dies 974 Personen. Der Durchschnitt liegt bei 12,6 Personen pro Haus, der Median bei drei Personen. Die Antworten zeigen eine breite Streuung, die angegebene Personenzahl liegt zwischen einer und 158 Personen pro Haus. 22 Krankenhäuser beschäftigen 10 und mehr Personen mit spezieller Risikomanagement-Ausbildung. 65 Krankenhäuser konnten die Anzahl der Mitarbeiter/innen nur schätzen. Nach Einschätzung belief sich die Anzahl in 46 Häusern auf 1–5 Personen, in zehn Häusern auf 6–10 Personen, in sechs Häusern auf 11–20 Personen und in drei Häusern auf mehr als 20 Personen.

19 Häuser (12 %) gaben an, keine Personen mit spezieller Risikomanagement-Ausbildung zu beschäftigen. *2012 waren 25 Prozent der Akutkrankenhäuser ohne Mitarbeiter/innen mit spezieller Risikomanagement-Ausbildung.*

26

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

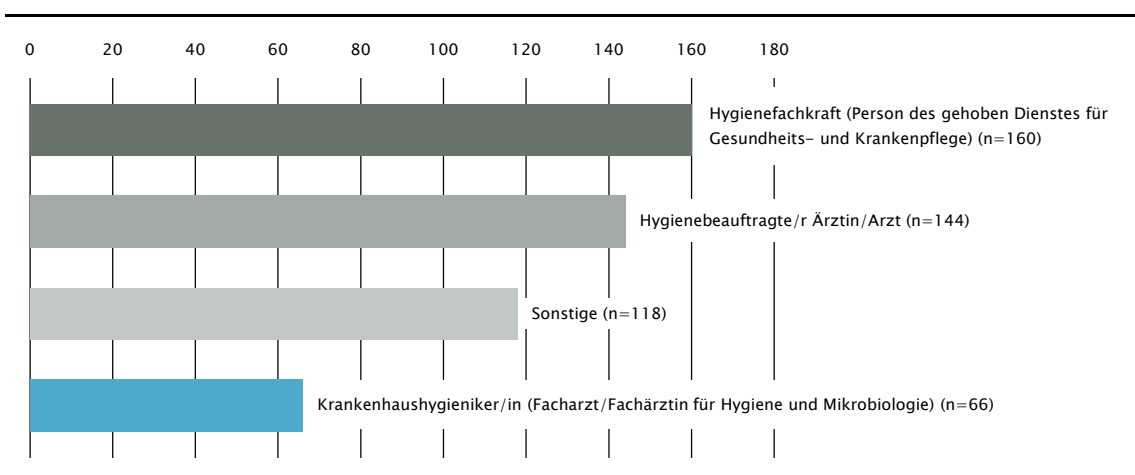
## 5.6 Krankenhaushygiene

### 5.6.1 Hygieneteam

Die Bestellung von Hygieneteams in Krankenanstalten ist gesetzlich verankert (KAKuG, § 8a (3)). Es setzt sich in den Einrichtungen überwiegend aus Hygienefachkräften (Personen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege) und einem/einer hygienebeauftragten Arzt/Ärztin zusammen.

Abbildung 5.36:

Das Hygieneteam besteht in den Einrichtungen aus folgenden Mitgliedern (488 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Unter *Sonstige* wurden noch Folgende genannt: (Hygiene-) Kontaktpersonen oder Hygienebeauftragte/r aus verschiedenen Bereichen, wie Pflege, ärztlicher Bereich, Verwaltungsbereich, Küche, Labor, medizinisch-technischer Dienst, Apotheker/in, arbeitsmedizinischer Dienst, Anästhesie, Technik, Stabsstelle QM-RM.

143 Häuser führten das österreichische Ärztekammerdiplom für Krankenhaushygiene als Ausbildung für ihre Krankenhaushygieniker/innen und hygienebeauftragten Ärztinnen/Ärzte und für in Ausbildung Befindliche an. 37 Häusern nannten weitere Ausbildungen, wie z. B. Ausbildung zur Hygienefachkraft, Facharztausbildung für Hygiene und Mikrobiologie.

155 Häuser gaben als Ausbildung zur Hygienefachkraft (Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege) die Sonderausbildung zur Hygienefachkraft gem. Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes oder in Ausbildung an. Als *sonstige* Ausbildungswege wurden unter anderem Folgende genannt: akademisch geprüfte/r Expertin/Experte für Krankenhaushygiene, Universitätslehrgang Krankenhaushygiene, Weiterbildung Hygiene in Alten- und Pflegeheimen, Krankenhaushygiene Upgrade.

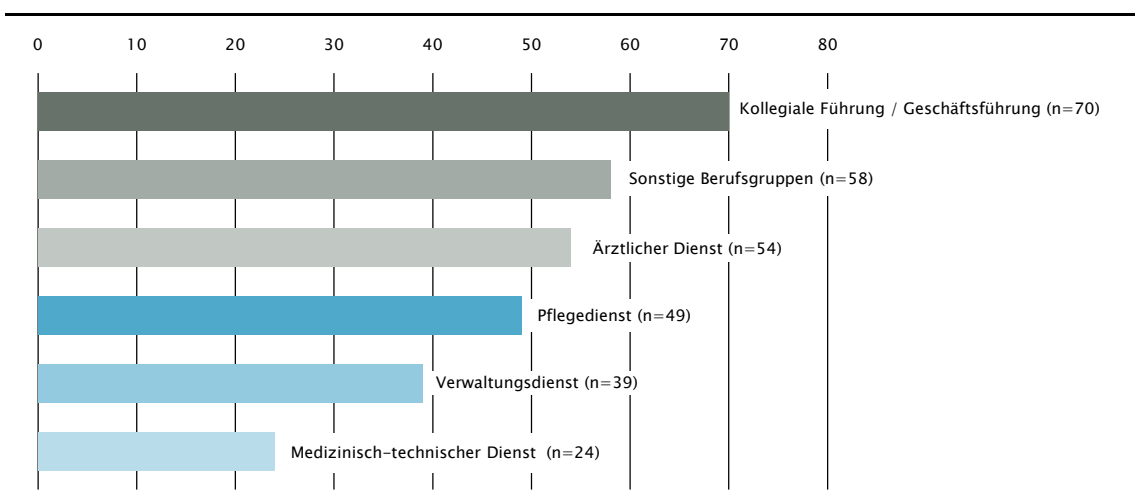
## 5.6.2 Hygienekommission

In 79 Häusern (49 %) ist zusätzlich zum Hygieneteam eine Hygienekommission eingerichtet. Vier Häuser planen die Implementierung einer Hygienekommission. 78 Häuser haben keine Hygienekommission etabliert. Am häufigsten ist eine Hygienekommission in Zentralkrankenanstalten eingerichtet (83 %). In Standard- und Schwerpunktkrankenanstalten liegt der Anteil bei 47 Prozent und in Sanatorien bei 42 Prozent.

Am häufigsten besteht die Hygienekommission aus Vertretern/Vertreterinnen der Kollegialen Führung / Geschäftsführung, des ärztlichen und pflegerischen Dienstes. Unter *Sonstiges* wurden noch folgende Bereiche genannt: Haustechnik, Apotheke, Betriebsarzt/-ärztin, Betriebsrat/-rätin, Arbeitsmedizin, Amtsarzt/-ärztin, Küche, Wirtschafts- und Verwaltungsbereiche, Stabsstelle Patientensicherheit und Qualität, Qualitätsmanager/in.

Abbildung 5.37:

Die Hygienekommission besteht in den Einrichtungen – neben Personen des Hygieneteams – noch aus Mitgliedern folgender Bereiche: (294 Nennungen von 79 Akutkrankenhäusern)



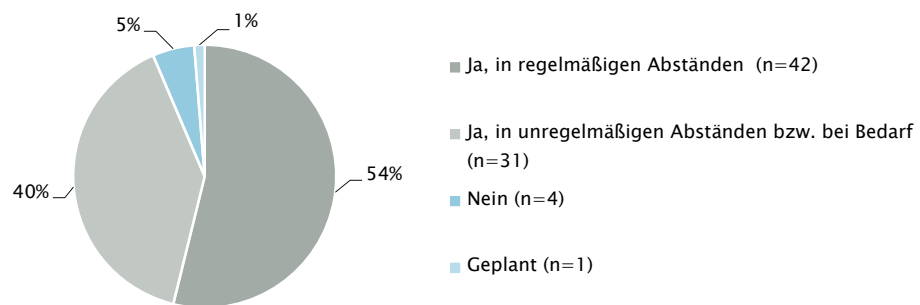
Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In 77 von 79 Häusern finden Treffen der Hygienekommission statt, in 68 Häusern davon in regelmäßigen Abständen. 23 Häuser berufen die Kommission einmal pro Jahr ein, 40 Häuser bis zu viermal im Jahr und fünf Häuser noch häufiger pro Jahr. 9 Häuser gaben an, dass die Treffen in unregelmäßigen Abständen bzw. bei Bedarf stattfinden.

Von den 78 Einrichtungen ohne Hygienekommission finden in 42 Häusern Treffen zur Besprechung von Hygienebelangen mit dem Hygieneteam und der Kollegialen Führung und/oder weiteren Führungskräften statt. 24 Häuser geben an, dass diese Treffen bis zu viermal im Jahr stattfinden, in den restlichen 18 Häusern finden diese zwischen 5- und 20-mal pro Jahr statt.

Abbildung 5.38:

Falls keine Hygienekommission vorhanden ist: Finden Treffen zur Besprechung von Hygienebelangen mit dem Hygieneteam und der Kollegialen Führung und/oder weiteren Führungskräften statt? (n = 78)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

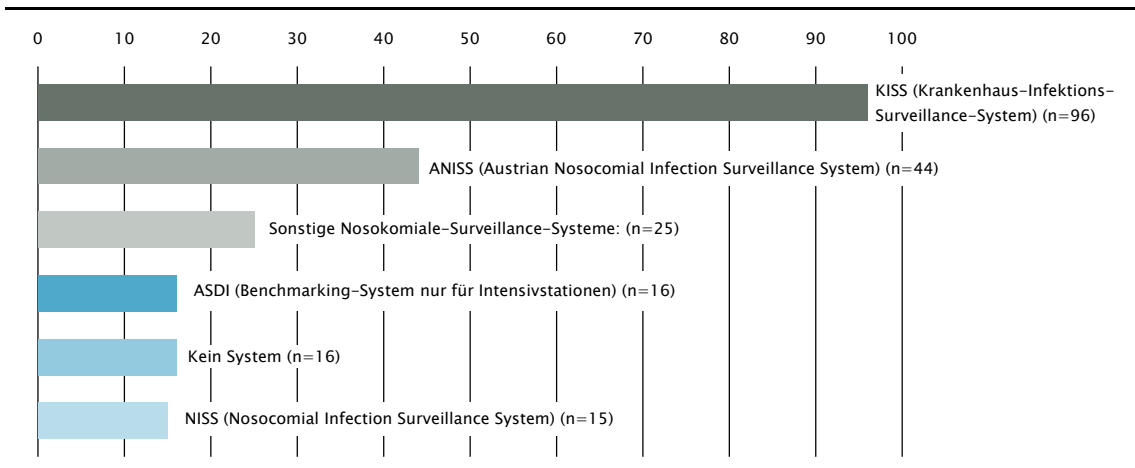
### 5.6.3 Überwachung nosokomialer Infektionen / Antibiotika-Verwendung und einrichtungsübergreifende Hygieneprojekte

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

Am häufigsten werden in den Einrichtungen die Systeme KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) (95 Einrichtungen) und ANISS (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System) (44 Einrichtungen) verwendet.

Abbildung 5.39:

Welche Systeme zur Überwachung von nosokomialen Infektionen werden in den Einrichtungen verwendet? (212 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

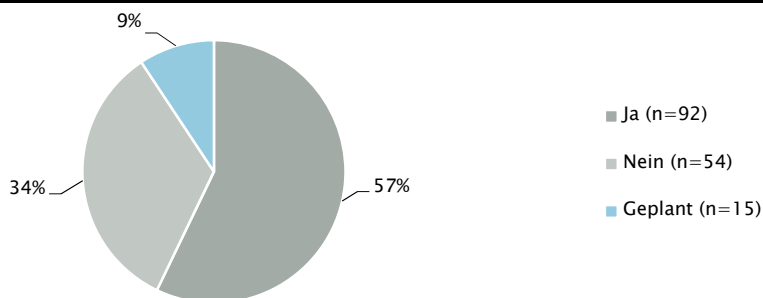
25 Häuser gaben an, ein *sonstiges* Surveillance-System zu verwenden. Hier wurden unter anderem folgende Systeme genannt: einrichtungsinternes System, ECDC (European Centre for Disease Prevention), PPS (Punkt Prävalenz Studie), CARBANet, HY Base, Multiresistenteerreger-Alert.

### Hygieneprojekte

Von 161 Krankenhäusern nehmen 57 Prozent an Hygieneprojekten teil und 9 Prozent planen die Teilnahme. Gemeinnützige Häuser (63 %) nehmen fast doppelt so häufig an Hygieneprojekten teil wie Sanatorien (32 %).

Abbildung 5.40:

Nehmen Einrichtungen an Hygieneprojekten teil, wie z. B. „Aktion saubere Hände“? (n = 161)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Folgende Hygieneprojekte wurden genannt: Aktion saubere Hände; Internationaler Tag der Patientensicherheit; Clean Care is Safer Care; Endoskopie Hygieneprojekt; Hygienetag; Hygieneprojekt

KAV; Projekt AVS (Antibiotikaverbrauchssurveillance) mit Robert-Koch-Institut und Charité Berlin; Händehygiene PremiQaMed; PPS (Punkt Prävalenz Studie); IPS (Infection Protection Society); Austrian Patient Safety Award; Hand-KISS; ECDC-Punktprävalenzstudie zu nosokomialen Infektionen und Antibiotikaverbrauch.

### **Antibiotikabeauftragte/r bzw. Antibiotikakommission**

104 (65 %) der 161 Krankenhäuser beschäftigen eine/n Antibiotikabeauftragte/n oder eine Antibiotikakommission; 9 Häuser (5 %) planen die Einrichtung einer solchen Kommission oder einer/eines Beauftragten. 48 Häuser (30 %) haben keine/n Antibiotikabeauftragte/n oder eine Antibiotikakommission.

Unterschiede existieren zwischen gemeinnützigen Krankenhäusern und Sanatorien. Drei Prozent der Sanatorien haben eine/n Antibiotikabeauftragte/n oder Antibiotikakommission eingerichtet, während der Anteil in den gemeinnützigen Häusern bei 79 Prozent liegt.

### **Antibiotika-Verwendung und Verbrauch**

In 78 Krankenhäusern (48 %) werden Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung umgesetzt und weitere 15 Häuser planen deren Umsetzung.

55 Prozent der gemeinnützigen Häuser und 19 Prozent der Sanatorien setzen Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung um. Elf Prozent der gemeinnützigen Häuser und drei Prozent der Sanatorien planen Programme in Zukunft umzusetzen.

119 Häuser (74 %) erfassen den Verbrauch von Antibiotika und 6 Häuser (4 %) planen dies in Zukunft zu tun. Von den 119 Häusern, die den Antibiotika-Verbrauch erfassen, gaben der 88 Häuser (74 %) an, dass der Verbrauch regelmäßig stationsbasiert erhoben wird und fünf Häuser (4 %) planen dies für die Zukunft.

79 Prozent der gemeinnützigen Häuser und 52 Prozent der Sanatorien erfassen ihren Antibiotika-Verbrauch. Vier Prozent der gemeinnützigen Häuser und drei Prozent der Sanatorien planen in Zukunft den Antibiotika-Verbrauch zu erfassen.

### **Erhebung des Desinfektionsmittelverbrauchs**

In 139 Krankenhäusern (86 %) wird der Desinfektionsmittelverbrauch, z. B. von Händedesinfektionsmitteln, erhoben und weitere sechs Häuser (4 %) planen den Desinfektionsmittelverbrauch in Zukunft zu erfassen. Von den 139 Krankenhäusern, die den Desinfektionsmittelverbrauch erheben, erfassen 130 Häuser (94 %) den Verbrauch jährlich und neun Häuser (6 %) in längeren Abständen.



93 Prozent der gemeinnützigen Häuser und 58 Prozent der Sanatorien erfassen ihren Desinfektionsmittelverbrauch.

#### 5.6.4 Bericht über Hygiene

135 Krankenhäuser (84 %) erstellen einen Hygienebericht und elf Häuser (7 %) planen die Erstellung eines solchen. Die Mehrheit aller Häuser (88 %) veröffentlicht die Ergebnisse des Berichts nicht. Der Bericht ist für die interne Verwendung oder für eine Meldung an Träger/Fonds/Land. Fast alle Krankenhäuser (98 %), die einen Hygienebericht erstellen, tun dies in jährlichen Abständen. Drei Häuser erstellen den Bericht in längeren Abständen.

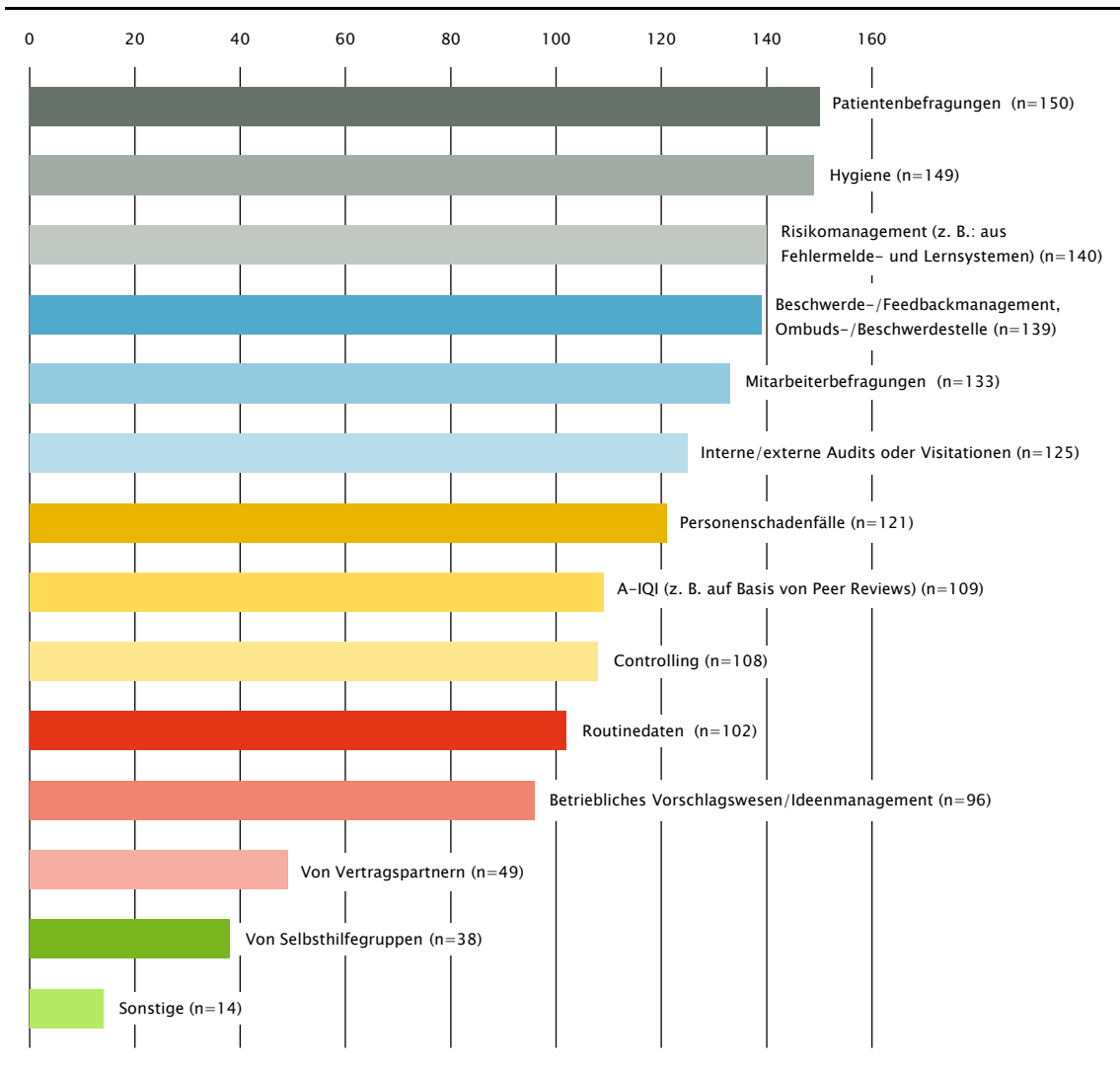
86 Prozent der gemeinnützigen Häuser und 74 Prozent der Sanatorien erstellen einen Hygienebericht. Weitere fünf Prozent der gemeinnützigen und 16 Prozent der Sanatorien planen die Erstellung eines Hygieneberichts.

### 5.7 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

In allen Krankenhäusern werden kontinuierliche Verbesserungsprozesse initiiert, die auf unterschiedlichen Daten, Auswertungen oder Informationen basieren. *Ähnlich wie im Jahr 2012* wurden dazu auch 2015 am häufigsten Daten aus Patientenbefragungen, der Hygiene und dem Risikomanagement herangezogen (MA QM).

Abbildung 5.41:

Daten, Auswertungen oder Informationen, auf deren Basis kontinuierliche Verbesserungsprozesse initiiert werden (1.473 Nennungen von 161 Akutkrankenhäusern)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In 108 Krankenhäusern (67 %) ist das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses<sup>27</sup> verankert, weitere 32 Häuser (20 %) planen die Implementierung eines solchen. *2012 war das Modell/Konzept in 53 Prozent der Krankenhäuser verankert.*

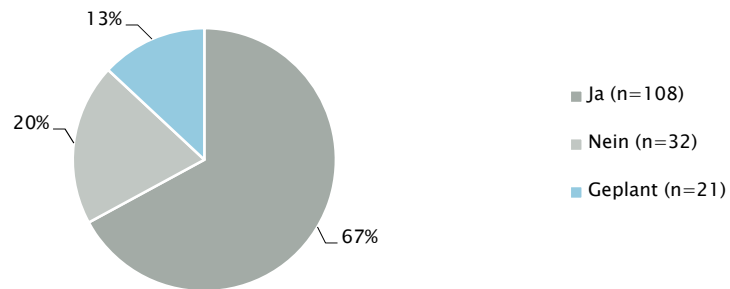
27

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.

Die höchste Implementierungs-Quote erreichen Schwerpunktkrankenanstalten (77 %), Sanatorien (71 %) und Zentralkrankenanstalten (67 %). Sonder- und Standardkrankenanstalten liegen mit 63 Prozent etwas darunter.

Abbildung 5.42:

Ist in den Einrichtungen das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert? (n = 161)



Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

# 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 Akutkrankenhäusern, Berichtsjahr 2012. Ergebnisbericht. Hg. v. Bundesgesundheitsagentur, Im Auftrag der. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich BIQG, Wien
- QGG: 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 Akutkrankenhäuser

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

Anhang 3: Fragebogen zu Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern



# Anhang 1

---

Teilnehmende Akutkrankenhäuser





## Akutkrankenhäuser nach Bundesländer und KA-Typ Bezeichnung lt. KAKuG

| Bundesland       | Akutkrankenhaus-Bezeichnung   | KA-Typ Bezeichnung lt. KAKuG         |
|------------------|---|--------------------------------------|
| Burgenland       | Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt                      | Schwerpunktkrankenanstalt            |
| Burgenland       | Landeskrankenhaus Güssing   | Standardkrankenanstalt               |
| Burgenland       | Ladislaus Batthyany-Strattmann Krankenhaus Kittsee                  | Standardkrankenanstalt               |
| Burgenland       | Landeskrankenhaus Oberpullendorf                                    | Standardkrankenanstalt               |
| Burgenland       | Landeskrankenhaus Oberwart  | Schwerpunktkrankenanstalt            |
| Kärnten          | Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach GmbH                      | Standardkrankenanstalt               |
| Kärnten          | Klinikum – Klagenfurt am Wörthersee (LKH Klagenfurt)                | Schwerpunktkrankenanstalt            |
| Kärnten          | Krankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt GmbH                       | Standardkrankenanstalt               |
| Kärnten          | Unfallkrankenhaus Klagenfurt  | Sonderkrankenanstalt                 |
| Kärnten          | Privatklinik Maria Hilf Klagenfurt                                  | Sanatorien                           |
| Kärnten          | Landeskrankenhaus Laas  | Sonderkrankenanstalt                 |
| Kärnten          | Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan                   | Standardkrankenanstalt               |
| Kärnten          | Krankenhaus Spittal/ Drau   | Standardkrankenanstalt               |
| Kärnten          | Landeskrankenhaus Villach   | Standardkrankenanstalt               |
| Kärnten          | Krankenhaus Waiern  | Sonderkrankenanstalt                 |
| Kärnten          | Landeskrankenhaus Wolfsberg   | Standardkrankenanstalt               |
| Kärnten          | Sonderkrankenanstalt de La Tour                                     | Sonderkrankenanstalt                 |
| Kärnten          | Privatklinik Villach  | Sanatorien                           |
| Niederösterreich | Landeskrankenhaus Amstetten   | Schwerpunktkrankenanstalt            |
| Niederösterreich | Landeskrankenhaus Hohegg  | Sonderkrankenanstalt                 |
| Niederösterreich | Landeskrankenhaus Hainburg  | Standardkrankenanstalt               |
| Niederösterreich | Landeskrankenhaus Hollabrunn  | Standardkrankenanstalt               |
| Niederösterreich | Landeskrankenhaus Klosterneuburg                                    | Standardkrankenanstalt               |
| Niederösterreich | Universitätskrankenhaus Krems                                       | Schwerpunktkrankenanstalt            |
| Niederösterreich | Landeskrankenhaus Mauer   | Sonderkrankenanstalt                 |
| Niederösterreich | Landeskrankenhaus Melk  | Standardkrankenanstalt               |
| Niederösterreich | Landeskrankenhaus Mistelbach-Gänserndorf                            | Schwerpunktkrankenanstalt            |
| Niederösterreich | Landeskrankenhaus Neunkirchen                                       | Standardkrankenanstalt               |
| Niederösterreich | Landeskrankenhaus Scheibbs  | Standardkrankenanstalt               |
| Niederösterreich | Landeskrankenhaus Waidhofen/Ybbs                                    | Standardkrankenanstalt               |
| Niederösterreich | Landeskrankenhaus Wiener Neustadt                                   | Schwerpunktkrankenanstalt            |
| Niederösterreich | Landeskrankenhaus Horn-Allentsteig                                  | Schwerpunktkrankenanstalt            |
| Niederösterreich | Landeskrankenhaus Korneuburg-Stockerau                              | Standardkrankenanstalt               |
| Niederösterreich | Universitätskrankenhaus Tulln                                       | Schwerpunktkrankenanstalt            |
| Niederösterreich | Landeskrankenhaus Baden-Mödling                                     | Schwerpunktkrankenanstalt            |
| Niederösterreich | Universitätskrankenhaus St. Pölten-Lilienfeld – Standort St. Pölten | Zentralkrankenanstalt                |
| Niederösterreich | Universitätskrankenhaus St. Pölten-Lilienfeld – Standort Lilienfeld | Standardkrankenanstalt <sup>28</sup> |
| Niederösterreich | Landeskrankenhaus Zwettl-Gmünd-Waidhofen/Thaya – Standort Zwettl    | Schwerpunktkrankenanstalt            |

| Bundesland       | Akutkrankenhaus-Bezeichnung  | KA-Typ Bezeichnung lt. KAKuG            |
|------------------|--|---|
| Niederösterreich | Landeskrankenhaus Zwettl-Gmünd-Waidhofen/Thaya – Standort Gmünd                  | Standardkrankenanstalt                  |
| Niederösterreich | Landeskrankenhaus Zwettl-Gmünd-Waidhofen/Thaya – Standort Waidhof/Thaya          | Schwerpunktkrankenanstalt <sup>29</sup> |
| Niederösterreich | Psychosomatisches Zentrum Waldviertel Eggenburg                                  | Sonderkrankenanstalt                    |
| Oberösterreich   | Krankenhaus "St. Josef" Braunau am Inn   | Standardkrankenanstalt                  |
| Oberösterreich   | Landeskrankenhaus Freistadt  | Standardkrankenanstalt                  |
| Oberösterreich   | Landeskrankenhaus Kirchdorf an der Krems   | Standardkrankenanstalt                  |
| Oberösterreich   | Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz   | Schwerpunktkrankenanstalt               |
| Oberösterreich   | Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz   | Schwerpunktkrankenanstalt               |
| Oberösterreich   | Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Vinzenz von Paul Linz            | Schwerpunktkrankenanstalt               |
| Oberösterreich   | Krankenhaus der Elisabethinen Linz   | Schwerpunktkrankenanstalt               |
| Oberösterreich   | Unfallkrankenhaus Linz   | Sonderkrankenanstalt                    |
| Oberösterreich   | Klinik Diakonissen Linz  | Sanatorien                              |
| Oberösterreich   | Oberösterreichische Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg Linz                      | Sonderkrankenanstalt                    |
| Oberösterreich   | Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Vinzenz von Paul Ried            | Schwerpunktkrankenanstalt               |
| Oberösterreich   | Landeskrankenhaus Schärding  | Standardkrankenanstalt                  |
| Oberösterreich   | Sonderkrankenanstalt Sierning  | Sonderkrankenanstalt                    |
| Oberösterreich   | Landeskrankenhaus Steyr  | Schwerpunktkrankenanstalt               |
| Oberösterreich   | Klinikum Wels-Grieskirchen   | Schwerpunktkrankenanstalt               |
| Oberösterreich   | Landeskrankenhaus Rohrbach   | Standardkrankenanstalt                  |
| Oberösterreich   | Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz   | Sonderkrankenanstalt                    |
| Oberösterreich   | Salzkammergut-Klinikum   | Schwerpunktkrankenanstalt               |
| Salzburg         | Allgemein öffentliches Krankenhaus Hallein                                       | Standardkrankenanstalt                  |
| Salzburg         | Allgemein öffentliches Krankenhaus Mittersill des Landes Salzburg                | Standardkrankenanstalt                  |
| Salzburg         | Allgemein öffentliches Krankenhaus Oberndorf                                     | Standardkrankenanstalt                  |
| Salzburg         | Krankenanstalt Obertauern Dr. Aufmesser  | Sanatorien                              |
| Salzburg         | Sanatorium "Oberthurnhof" St. Jakob am Thurn                                     | Sanatorien                              |
| Salzburg         | Krankenanstalt Radstadt Dr. Aufmesser  | Sanatorien                              |
| Salzburg         | Landeskrankenhaus Salzburg – Universitätsklinikum der PMU                        | Zentralkrankenanstalt                   |
| Salzburg         | Unfallkrankenhaus Salzburg   | Sonderkrankenanstalt                    |
| Salzburg         | Privatklinik Wehrle-Diakonissen  | Sanatorien                              |
| Salzburg         | Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg                                     | Standardkrankenanstalt                  |
| Salzburg         | Christian-Doppler-Klinik Salzburg – Universitätsklinikum der PMU                 | Zentralkrankenanstalt                   |
| Salzburg         | Landesklinik St. Veit  | Sonderkrankenanstalt                    |
| Salzburg         | Krankenhaus der Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus BetriebsgmbH Schwarzach | Schwerpunktkrankenanstalt               |
| Salzburg         | Allgemeines öffentliches Krankenhaus Tamsweg des Landes Salzburg                 | Standardkrankenanstalt                  |

| Bundesland | Akutkrankenhaus-Bezeichnung                                     | KA-Typ Bezeichnung lt. KAKuG |
|------------|---|------------------------------|
| Salzburg   | Allgemein öffentliches Krankenhaus Zell am See                  | Standardkrankenanstalt       |
| Salzburg   | Privatklinik Ritzensee  | Sanatorien                   |
| Salzburg   | Emco Privatklinik   | Sanatorien                   |
| Salzburg   | Klinik St. Barbara – Medizinisches Zentrum Bad Vigaun           | Sanatorien                   |
| Salzburg   | PKS Privatklinik Salzburg                                       | Sanatorien                   |
| Salzburg   | Krankenanstalt Altenmarkt                                       | Sanatorien                   |
| Steiermark | Krankenanstaltenverbund Feldbach-Fürstenfeld                    | Standardkrankenanstalt       |
| Steiermark | AMEOS Klinikum Bad Aussee                                       | Sonderkrankenanstalt         |
| Steiermark | Landeskrankenhaus Hörgas-Enzenbach                              | Sonderkrankenanstalt         |
| Steiermark | Landeskrankenhaus-Universitätsklinikum Graz                     | Zentralkrankenanstalt        |
| Steiermark | Unfallkrankenhaus Graz  | Sonderkrankenanstalt         |
| Steiermark | Privatklinik für psychosomatische Therapie                      | Sanatorien                   |
| Steiermark | Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz                        | Standardkrankenanstalt       |
| Steiermark | Krankenhaus der Elisabethinen Graz                              | Standardkrankenanstalt       |
| Steiermark | Privatklinik Leech  | Sanatorien                   |
| Steiermark | Privatklinik der Kreuzschwestern                                | Sanatorien                   |
| Steiermark | Sanatorium St. Leonhard für Frauenheilkunde und Geburtshilfe    | Sanatorien                   |
| Steiermark | Landeskrankenhaus Hartberg                                      | Standardkrankenanstalt       |
| Steiermark | Unfallkrankenhaus Kalwang                                       | Sonderkrankenanstalt         |
| Steiermark | Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg                       | Sonderkrankenanstalt         |
| Steiermark | Landeskrankenhaus Hochsteiermark                                | Schwerpunktkrankenanstalt    |
| Steiermark | Krankenanstaltenverbund Mürzzuschlag-Mariazell                  | Standardkrankenanstalt       |
| Steiermark | Landeskrankenhaus Bad Radkersburg                               | Sonderkrankenanstalt         |
| Steiermark | Krankenanstaltenverbund Rottenmann-Bad Aussee                   | Standardkrankenanstalt       |
| Steiermark | Klinik Diakonissen Schladming                                   | Standardkrankenanstalt       |
| Steiermark | Allgemeines und Orthopädisches Landeskrankenhaus Stolzalpe      | Sonderkrankenanstalt         |
| Steiermark | Landeskrankenhaus Voitsberg                                     | Standardkrankenanstalt       |
| Steiermark | Marienkrankenhaus Vorau   | Standardkrankenanstalt       |
| Steiermark | Landeskrankenhaus Wagna   | Standardkrankenanstalt       |
| Steiermark | Landeskrankenhaus Weiz  | Standardkrankenanstalt       |
| Steiermark | Hansa Privatklinikum  | Sanatorien                   |
| Steiermark | Landeskrankenhaus Deutschlandsberg                              | Standardkrankenanstalt       |
| Steiermark | Albert Schweitzer Klinik  | Sonderkrankenanstalt         |
| Steiermark | Privatklinik Kastanienhof                                       | Sanatorien                   |
| Steiermark | Spitalsverbund Landeskrankenhaus Judenburg-Knittelfeld          | Standardkrankenanstalt       |
| Steiermark | Landeskrankenhaus Graz Süd-West                                 | Standardkrankenanstalt       |
| Steiermark | Privatklinik Graz-Ragnitz                                       | Sanatorien                   |
| Tirol      | Landeskrankenhaus Hall in Tirol                                 | Standardkrankenanstalt       |
| Tirol      | Landeskrankenhaus Universitätskliniken Innsbruck                | Zentralkrankenanstalt        |
| Tirol      | Ö. Landeskrankenhaus Hochzirl – Natters                         | Sonderkrankenanstalt         |
| Tirol      | Sanatorium Kettenbrücke der Barmherzigen Schwestern             | Sanatorien                   |
| Tirol      | Privatklinik Hochrum – Sanatorium der Kreuzschwestern Innsbruck | Sanatorien                   |
| Tirol      | Bezirkskrankenhaus Lienz  | Standardkrankenanstalt       |
| Tirol      | Bezirkskrankenhaus Reutte                                       | Standardkrankenanstalt       |
| Tirol      | Bezirkskrankenhaus St. Johann in Tirol                          | Standardkrankenanstalt       |
| Tirol      | Bezirkskrankenhaus Schwaz                                       | Standardkrankenanstalt       |
| Tirol      | Krankenhaus St. Vinzenz Zams                                    | Standardkrankenanstalt       |

| Bundesland | Akutkrankenhaus-Bezeichnung  | KA-Typ Bezeichnung lt. KAKuG |
|------------|--|------------------------------|
| Tirol      | Bezirkskrankenhaus Kufstein  | Standardkrankenanstalt       |
| Tirol      | Kursana Sanatorium Wörgl   | Sanatorien                   |
| Vorarlberg | Landeskrankenhaus Bludenz  | Standardkrankenanstalt       |
| Vorarlberg | Landeskrankenhaus Bregenz  | Standardkrankenanstalt       |
| Vorarlberg | Krankenhaus der Stadt Dornbirn   | Standardkrankenanstalt       |
| Vorarlberg | Landeskrankenhaus Hohenems   | Sonderkrankenanstalt         |
| Vorarlberg | Landeskrankenhaus Rankweil   | Sonderkrankenanstalt         |
| Vorarlberg | Krankenhaus Stiftung Maria Ebene Frastanz  | Sonderkrankenanstalt         |
| Vorarlberg | Landeskrankenhaus Feldkirch  | Schwerpunktkrankenanstalt    |
| Vorarlberg | Unfallsanatorium Dr. Rhomberg  | Sanatorien                   |
| Vorarlberg | Sanatorium Dr. Schenk  | Sanatorien                   |
| Wien       | Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien   | Zentralkrankenanstalt        |
| Wien       | Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien   | Schwerpunktkrankenanstalt    |
| Wien       | Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern  | Standardkrankenanstalt       |
| Wien       | Confraternität – Privatklinik Josefstadt   | Sanatorien                   |
| Wien       | Evangelisches Krankenhaus Wien   | Standardkrankenanstalt       |
| Wien       | Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf, Krankenhaus und Geriatriezentrum                              | Standardkrankenanstalt       |
| Wien       | Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital | Schwerpunktkrankenanstalt    |
| Wien       | Goldenes Kreuz Privatklinik  | Sanatorien                   |
| Wien       | Hanusch-Krankenhaus Wien   | Schwerpunktkrankenanstalt    |
| Wien       | Sanatorium "Hera"  | Sanatorien                   |
| Wien       | Herz Jesu-Krankenhaus  | Standardkrankenanstalt       |
| Wien       | Hartmannspital Wien  | Standardkrankenanstalt       |
| Wien       | Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel   | Schwerpunktkrankenanstalt    |
| Wien       | Krankenanstalt Rudolfstiftung der Stadt Wien inklusive dem Standort Semmelweis-Frauenklinik            | Schwerpunktkrankenanstalt    |
| Wien       | Krankenhaus St. Elisabeth  | Standardkrankenanstalt       |
| Wien       | St. Josef-Krankenhaus  | Standardkrankenanstalt       |
| Wien       | Unfallkrankenhaus Meidling der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt                                  | Sonderkrankenanstalt         |
| Wien       | Wilhelminenspital der Stadt Wien   | Schwerpunktkrankenanstalt    |
| Wien       | Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital der Stadt Wien   | Sonderkrankenanstalt         |
| Wien       | Orthopädische Krankenanstalt der Stadt Wien – Gersthof   | Sonderkrankenanstalt         |
| Wien       | Lorenz Böhler-Krankenhaus  | Sonderkrankenanstalt         |
| Wien       | Orthopädisches Spital Wien   | Sonderkrankenanstalt         |
| Wien       | Rudolfinerhaus   | Sanatorien                   |
| Wien       | St. Anna-Kinderspital Zentrum für Kinder- und Jugendheilkunde  | Sonderkrankenanstalt         |
| Wien       | Wiener Privatklinik  | Sanatorien                   |
| Wien       | Krankenhaus Göttlicher Heiland Gesellschaft mbH  | Standardkrankenanstalt       |
| Wien       | Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauspital  | Schwerpunktkrankenanstalt    |
| Wien       | Privatklinik Döbling, International Vienna Health Center   | Sanatorien                   |
| Wien       | Vienna International Medical Clinic  | Sanatorien                   |
| Wien       | Otto-Wagner-Spital   | Sonderkrankenanstalt         |

Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

# Anhang 2

---

Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse zu den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement



## Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

| <b>Fragen zu den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement</b><br><i>Anzahl der Akutkrankenhäuser: n=161 – weitergehende Fragen sind eingerückt dargestellt und verweisen auf die veränderte Grundgesamtheit (n=x)</i> | Prozentanteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit „Ja“ beantwortet haben (in Prozent) |
|--|---|
| <b>Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit</b>  |   |
| Ist in Ihrer Einrichtung eine Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt?  | 83 %  |
| Wird die Qualitätsstrategie den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern kommuniziert? (n=134)  | 95 %  |
| Sind konkrete Qualitätsziele der Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt? (n=134)   | 90 %  |
| Sind Kennzahlen zur Messung der Erreichung der Qualitätsziele definiert? (n=121)   | 93 %  |
| Werden die Qualitätsziele den Mitarbeiterinnen/ Mitarbeitern kommuniziert? (n=121)   | 94 %  |
| <b>Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit</b>  |   |
| <b>Qualitätssicherungskommission (QSK)</b>   |   |
| 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?   | 83 %  |
| Gibt es Protokolle zu den regelmäßigen Sitzungen der QSK?  | 91 %  |
| Empfehlungen der QSK werden auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert bearbeitet?  | 65 %  |
| <b>Informationswesen</b>   |   |
| 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   |
| <b>Dokumentenmanagement/Datenschutz</b>  |   |
| Sind die Mitarbeiter/innen nachweislich über Ihre Verschwiegenheitspflicht informiert?   | 100 %   |
| Gibt es in Ihrer Einrichtung eine strukturierte Dokumentenlenkung?   | 66 %  |
| Sind patientenbezogene Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt?   | 100%  |
| Sind patientenbezogene Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt?   | 100%  |
| Werden sensible Betriebsmittel wie z. B. Stempel, diebstahls geschützt aufbewahrt?   | 88 %  |
| <b>Qualitätsansprechpartner/innen in Abteilungen</b>   |   |
| Gibt es in (zumindest einigen) Abteilungen definierte Ansprechpartner/innen für Qualitätsarbeit?   | 76 %  |
| <b>Qualitätsarbeit</b>   |   |
| <b>Prozesse</b>  |   |
| 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?   | 90 %  |
| Sind Mitarbeiter/innen nachweislich über die Inhalte des Notfallplans unterwiesen? (n=145)   | 92 %  |
| <b>Bericht über die Qualitätsarbeit</b>  |   |
| Wird in Ihrer Einrichtung – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung (Qualitätsplattform) – ein eigener Bericht über die Qualitätsarbeit erstellt?                          | 67%   |

## Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

| <b>Fragen zu den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement</b><br><i>Anzahl der Akutkrankenhäuser: n=161 – weitergehende Fragen sind eingerückt dargestellt und verweisen auf die veränderte Grundgesamtheit (n=x)</i> | Prozentanteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit „ja“ beantwortet haben (in Prozent) |
|--|---|
| <b>Patientenorientierung</b>   |   |
| Werden Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht (z. B. Patientencharta)?  | 97%   |
| Werden in Ihrer Einrichtung Patientenbefragungen durchgeführt?   | 97 %  |
| Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet? (n=156)   | 83 %  |
| Ist Ihre Einrichtung barrierefrei erreichbar?  | 94 %  |
| Sind Informationen über die Erreichbarkeit und Barrierefreiheit Ihrer Einrichtung öffentlich verfügbar (Webseite, Informationsfolder u ä.)?  | 57 %  |
| <b>Mitarbeiterorientierung</b>   |   |
| Werden in Ihrer Einrichtung Mitarbeiterbefragungen durchgeführt?   | 92 %  |
| Werden in Ihrer Einrichtung strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt?   | 96 %  |
| Gibt es in Ihrer Einrichtung ein Personalentwicklungskonzept?  | 66 %  |
| Werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche Ihrer Mitarbeiter/innen regelmäßig ermittelt?  | 87 %  |
| Werden die Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter/innen strukturiert erfasst?   | 95 %  |
| Werden Mitarbeiter/innen auf die Anwendung medizinischer Geräte geschult?  | 98 %  |
| <b>Risikomanagement</b>  |   |
| Gibt es in Ihrer Einrichtung ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement)?   | 89 %  |
| 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? (n=161) | 88 %  |
| <b>Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)</b>   |   |
| Auf Basis welcher Daten, Auswertungen oder Informationen werden kontinuierliche Verbesserungen initiiert?  | Mehrfachantworten   |

Quelle und Darstellung: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform



# Anhang 3

---

Fragebogen zu Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern



# 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  |                            |                            |       |  |

### 2. STRATEGISCHE VERANKERUNG DER QUALITÄTSARBEIT

2.1 Ist in Ihrer Einrichtung ein Leitbild definiert? *Frage 2012 & 2015*

- Ja
- Nein
- In Erarbeitung

2.2 Ist in Ihrer Einrichtung eine Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt? **MA-QM** *Frage 2012 & 2015*

- Ja 
- Nein


2.2.1 Wird die Qualitätsstrategie veröffentlicht?

- Ja
- Nein

2.2.2 Wird die Qualitätsstrategie den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern kommuniziert? **MA-QM**

- Ja
- Nein

2.2.3 Sind konkrete Qualitätsziele der Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt? **MA-QM**

- Ja 
- Nein

2.2.3.1 Werden die Qualitätsziele evaluiert?

- Ja
- Nein

2.2.3.2 Sind Kennzahlen zur Messung der Erreichung der Qualitätsziele definiert? **MA-QM**


- Ja
- Nein

2.2.3.3 Werden die Qualitätsziele den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern kommuniziert? **MA-QM**

- Ja
- Nein

### 3. STRUKTURELLE VERANKERUNG DER QUALITÄTSARBEIT

#### Qualitätssicherungskommission (QSK)

|   |   |
|---|---|
| <p><b>3.1</b> Die QSK ist gesetzlich verankert. Sie besteht in Ihrer Einrichtung aus Vertreterinnen und Vertretern folgender Berufsgruppen/Bereiche: <b>MA-QM</b><br/><i>Frage 2012 &amp; 2015</i></p>  | <p><b>Anzahl der Mitglieder</b><br/>(nur Hauptmitglieder ohne Vertretungen)</p> |
| <input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst (inkl. FA für Pathologie)  |   |
| <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"/> Nur für Universitätskliniken: Vertreter/in des Rektorats bzw. Universitätsprofessor/in   |   |
| <input type="checkbox"/> Sonstige   |   |
| <p><b>3.2</b> Gibt es eine Geschäftsordnung für die QSK? <b>MA-QM</b> <i>Frage 2012 &amp; 2015</i></p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nein</p>  |   |
| <p><b>3.3</b> Welche Informationen bekommt die QSK regelmäßig? <i>Frage 2012 &amp; 2015</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen (z. B. Patienten- u. Mitarbeiterbefragungen)</p> <p><input type="checkbox"/> Statistiken über erfasste Komplikationen (z. B. nosokomiale Infektionen, Wundinfektionen, Stürze)</p> <p><input type="checkbox"/> Informationen über Beschwerden (z. B. von der Patienten-anwaltschaft, Ombudsstelle)</p> <p><input type="checkbox"/> Informationen aus dem Risikomanagement (z. B. aus Fehlermelde- und Lernsystemen)</p> <p><input type="checkbox"/> Informationen über Schadenfälle (z. B. Meldungen bei der Haftpflichtversicherung)</p> <p><input type="checkbox"/> Kennzahlen, Qualitätsindikatoren (z. B. aus QM-System oder dem Controlling)</p> <p><input type="checkbox"/> Informationen aus dem betrieblichen Vorschlagswesen</p> <p><input type="checkbox"/> Informationen aus dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP)</p> <p><input type="checkbox"/> Informationen über laufende Projekte (inkl. bauliche Maßnahmen)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige</p> |   |
| <p><b>3.4</b> Gibt es Protokolle zu den regelmäßigen Sitzungen der QSK? <b>MA-QM</b></p> <p><input type="radio"/> Ja  <b>3.4.1</b> Wie häufig finden die Sitzungen der QSK statt?</p> <p><input type="radio"/> Nein</p> <p><input type="radio"/> Monatlich</p> <p><input type="radio"/> Vierteljährlich</p> <p><input type="radio"/> Halbjährlich</p> <p><input type="radio"/> In längeren Abständen</p>   |   |
| <p><b>3.5</b> Werden die Empfehlungen der QSK auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert bearbeitet? <b>MA-QM</b></p> <p><input type="radio"/> Ja</p> <p><input type="radio"/> Nein</p> <p><input type="radio"/> Geplant</p>   |   |

| Informationswesen   |   |
|---|---|
| <b>3.6</b> Wie wird in Ihrer Einrichtung sichergestellt, dass der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist? <b>MA-QM</b>   | <input type="checkbox"/> Wissensmanagement<br><input type="checkbox"/> Arbeitsplätze mit Internetzugang<br><input type="checkbox"/> Arbeitsplätze mit Zugang zu Meta-Datenbanken für fachspezifische Publikationen<br><input type="checkbox"/> Einrichtungsinterne Bibliothek<br><input type="checkbox"/> Fachzeitschriften<br><input type="checkbox"/> Sonstige:   |
| <b>3.7</b> Wie werden die Mitarbeiter/innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert? <b>MA-QM</b>   | <input type="checkbox"/> Elektronisches Dokumentenlenkungssystem (= datenbankgestützte Verwaltung elektronischer Dokumente)<br><input type="checkbox"/> Bereitstellung im Intranet (u. a. Links zu Webseiten von Fachverbänden)<br><input type="checkbox"/> E-Mail-Aussendungen des Trägers und/oder der kollegialen Führung<br><input type="checkbox"/> Dokumente werden in Druckform zur Verfügung gestellt<br><input type="checkbox"/> Sonstige: |
| Dokumentenmanagement/Datenschutz  |   |
| <b>3.8</b> Sind die Mitarbeiter/innen nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert? <b>MA-QM</b><br><input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Nein<br><input type="radio"/> Geplant |   |
| <b>3.9</b> Gibt es in Ihrer Einrichtung eine strukturierte Dokumentenlenkung? <b>MA-QM</b><br><input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Nein<br><input type="radio"/> Geplant                       |   |
| <b>3.10</b> Sind patientenbezogene Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (z. B. durch Passwörter)? <b>MA-QM</b><br><input type="radio"/> Ja, folgendermaßen:<br><br><input type="radio"/> Nein   |   |
| <b>3.11</b> Sind die patientenbezogenen Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt? <b>MA-QM</b><br><input type="radio"/> Ja, folgendermaßen:<br><br><input type="radio"/> Nein       |   |

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

- Ja
- Nein

**Einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit**

**3.13** Wer koordiniert die einrichtungswerte 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 einrichtungswerte 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 einrichtungswerte 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 → **4.1.1** Welche allgemeinen Qualitätsmodelle?
  - Nein
- |   |  |   |
|---|--|---|
| ISO<br>(International<br>Organization for<br>Standardization) | <input type="checkbox"/> Implementiert | <input type="checkbox"/> Gesamte Einrichtung<br><input type="checkbox"/> Teile der Einrichtung: |
|---|--|---|

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

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

- Ja ➔ **4.2.1** Welche/e spezielle/n Modell/e?
- Nein

- DocCert mit Eusoma-Kriterien
- Best Health Austria
- EMAS (Eco-Management and Audit Scheme)
- GMP (Good Manufacturing Practice)
- OnkoZert
- 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-<br>beschreibungen                               | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> In allen Abteilungen</li> <li><input type="radio"/> In vielen Abteilungen (in mehr als der Hälfte aller Abteilungen)</li> <li><input type="radio"/> In einigen Abteilungen (in weniger als der Hälfte aller Abteilungen)</li> </ul> |
| <input type="checkbox"/> Leitlinien   | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> In allen Abteilungen</li> <li><input type="radio"/> In vielen Abteilungen (in mehr als der Hälfte aller Abteilungen)</li> <li><input type="radio"/> In einigen Abteilungen (in weniger als der Hälfte aller Abteilungen)</li> </ul> |
| <input type="checkbox"/> Klinische Pfade<br>(z. B. Vorgehen bei<br>Kaiserschnitt) | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> In allen Abteilungen</li> <li><input type="radio"/> In vielen Abteilungen (in mehr als der Hälfte aller Abteilungen)</li> <li><input type="radio"/> In einigen Abteilungen (in weniger als der Hälfte aller Abteilungen)</li> </ul> |
| <input type="checkbox"/> Richtlinien  | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> In allen Abteilungen</li> <li><input type="radio"/> In vielen Abteilungen (in mehr als der Hälfte aller Abteilungen)</li> <li><input type="radio"/> In einigen Abteilungen (in weniger als der Hälfte aller Abteilungen)</li> </ul> |
| <input type="checkbox"/> Standard Operating<br>Procedures (SOP)                   | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> In allen Abteilungen</li> <li><input type="radio"/> In vielen Abteilungen (in mehr als der Hälfte aller Abteilungen)</li> <li><input type="radio"/> In einigen Abteilungen (in weniger als der Hälfte aller Abteilungen)</li> </ul> |
| <input type="checkbox"/> Checklisten<br>(z. B. OP-Checkliste)                     | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> In allen Abteilungen</li> <li><input type="radio"/> In vielen Abteilungen (in mehr als der Hälfte aller Abteilungen)</li> <li><input type="radio"/> In einigen Abteilungen (in weniger als der Hälfte aller Abteilungen)</li> </ul> |
| <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
- Präoperative Diagnostik
- Wartezeitenmanagement
- 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  **5.1.3.1** Sind Mitarbeiter/innen nachweislich über die Inhalte des Notfallplans unterwiesen? **MA-QM**
  - Nein
- Ja
  - Nein

**5.1.4** Gibt es in Ihrer Einrichtung ein strukturiertes OP-Management?

- Ja  **5.1.4.1** Wie wird das OP-Management praktisch umgesetzt?
  - Nein
  - Geplant
- OP-Statut
  - OP-Koordinator/in
  - OP-Manager/in

**5.1.5** 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

**5.1.6** Ist in Ihrer Einrichtung ein strukturiertes Aufnahmemanagement implementiert?

- Ja
- Nein
- Geplant

**5.1.7** 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?

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.
  - Ja, es gibt allerdings zwei Versionen (eine für die Öffentlichkeit und eine für die interne Verwendung).
  - 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)

|   |  |
|---|--|
|   | <p><b>5.3.3.2</b> In welchen Intervallen erfolgen die Patientenbefragungen? <i>Frage 2012 &amp; 2015</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Kontinuierlich (z. B. Patientenfeedbackbögen)</li> <li><input type="radio"/> 1 x im Jahr, innerhalb eines begrenzten Zeitraums</li> <li><input type="radio"/> In Abständen von zwei oder mehr Jahren</li> <li><input type="radio"/> Eine Mischform aus oben genannten Punkten</li> </ul> <hr/> <p><b>5.3.3.3</b> Was wird erhoben bzw. zu welchen Themengebieten wird befragt? <i>Frage 2012 &amp; 2015</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Aufnahmemanagement</li> <li><input type="checkbox"/> Entlassungsmanagement</li> <li><input type="checkbox"/> Patienteninformation, Aufklärung, Kommunikation</li> <li><input type="checkbox"/> Patientensicherheit</li> <li><input type="checkbox"/> Organisation und Verwaltung</li> <li><input type="checkbox"/> Betreuungs- und Behandlungsqualität</li> <li><input type="checkbox"/> Hygiene</li> <li><input type="checkbox"/> Subjektive Belastungsgefühle/subjektives Stresserleben</li> <li><input type="checkbox"/> Schmerzmanagement</li> <li><input type="checkbox"/> Service/Hotelqualität (inkl. Essen)</li> <li><input type="checkbox"/> Sonstiges</li> </ul> <hr/> <p><b>5.3.3.4</b> Wer bekommt die Ergebnisse? <i>Frage 2012 &amp; 2015</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Alle Mitarbeiter/innen</li> <li><input type="checkbox"/> Befragte Abteilungen</li> <li><input type="checkbox"/> Qualitäts- und/oder Risikomanagement</li> <li><input type="checkbox"/> Qualitätssicherungskommission</li> <li><input type="checkbox"/> Kollegiale Führung / Geschäftsführung</li> <li><input type="checkbox"/> Träger</li> <li><input type="checkbox"/> Interessierte Öffentlichkeit</li> <li><input type="checkbox"/> Sonstige</li> </ul> <hr/> <p><b>5.3.3.5</b> Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet? <b>MA-QM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ja</li> <li><input type="radio"/> Nein</li> <li><input type="radio"/> Geplant</li> </ul> |
| <p><b>5.3.4</b> Ist Ihre Einrichtung barrierefrei erreichbar? <b>MA-QM</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ja</li> <li><input type="radio"/> Nein</li> <li><input type="radio"/> Geplant</li> </ul>  |
| <p><b>5.3.5</b> Sind Informationen über die Erreichbarkeit und Barrierefreiheit Ihrer Einrichtung öffentlich verfügbar (Webseite, Informationsfolder u. ä.)? <b>MA-QM</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ja</li> <li><input type="radio"/> Nein</li> <li><input type="radio"/> Geplant</li> </ul>  |

## 5.4 Mitarbeiterorientierung

### 5.4.1 Werden in Ihrer Einrichtung Mitarbeiterbefragungen durchgeführt? **MA-QM Frage 2012 & 2015**

- Ja 
- Nein

**5.4.1.1** Bei welchen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden diese durchgeführt?

- Bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- In einigen Bereichen (z. B. ausgewählte Abteilungen) oder bestimmte Mitarbeitergruppen

**5.4.1.2** In welchen Intervallen erfolgen die Befragungen? *Frage 2012 & 2015*

- 1 x im Jahr
- In längeren Abständen bzw. unregelmäßig

**5.4.1.3** Was wird erhoben bzw. zu welchen Themengebieten wird befragt? *Frage 2012 & 2015*

- Motivation
- Leitbild
- Unternehmenskultur/Werte/Kollegialität
- Tätigkeiten
- Zusammenarbeit/Kommunikation/Information
- Führung
- Aus- und Weiterbildung
- Arbeitsplatz/Mitarbeitersicherheit
- Betriebliche Gesundheitsförderung bzw. betriebliches Gesundheitsmanagement
- Arbeits- und Organisationsabläufe
- Sonstiges


**5.4.1.4** Wer bekommt die Ergebnisse? *Frage 2012 & 2015*

- Befragte Abteilung/en
- Alle Mitarbeiter/innen
- Qualitäts- und/oder Risikomanagement
- Qualitätssicherungskommission
- Kollegiale Führung/Geschäftsführung
- Träger
- Sonstiges

**5.4.1.5** Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?

- Ja
- Nein
- Geplant

### 5.4.2 Werden in Ihrer Einrichtung strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt? **MA-QM Frage 2012 & 2015**

- Ja 
- Nein

**5.4.2.1** Mit welchen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden diese durchgeführt? *Frage 2012 & 2015*

- Mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern
- In einigen Bereichen (z. B. ausgewählte Abteilungen) oder bestimmte Mitarbeitergruppen

|  |  |
|--|--|
|  | <p><b>5.4.2.2</b> In welchen Intervallen erfolgen diese Gespräche? <i>Frage 2012 &amp; 2015</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> 1 x im Jahr</li> <li><input type="radio"/> In längeren Abständen bzw. unregelmäßig</li> </ul> |
| <p><b>5.4.3</b> Gibt es in Ihrer Einrichtung ein Personalentwicklungskonzept? <b>MA-QM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ja</li> <li><input type="radio"/> Nein</li> <li><input type="radio"/> Geplant</li> </ul>   |  |
| <p><b>5.4.4</b> Werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche Ihrer Mitarbeiter/innen regelmäßig ermittelt? <b>MA-QM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ja</li> <li><input type="radio"/> Nein</li> <li><input type="radio"/> Geplant</li> </ul>   |  |
| <p><b>5.4.5</b> Werden die Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter/innen strukturiert erfasst? <b>MA-QM Frage 2012 &amp; 2015</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ja, für alle Mitarbeitergruppen</li> <li><input type="radio"/> Ja, für einzelne Mitarbeitergruppen →</li> <li><input type="radio"/> Nein</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> <p><b>5.4.5.1</b> Für welche Mitarbeitergruppen? <i>Frage 2012 &amp; 2015</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst</li> <li><input type="checkbox"/> Pflegedienst</li> <li><input type="checkbox"/> Medizinisch-technischer Dienst</li> <li><input type="checkbox"/> Psychologischer oder psychotherapeutischer Dienst</li> <li><input type="checkbox"/> Verwaltung<br/>(inkl. technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.)</li> <li><input type="checkbox"/> Sonstige</li> </ul> </div> |  |
| <p><b>5.4.6</b> Gibt es eine zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen? <i>Frage 2012 &amp; 2015</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ja, für alle Mitarbeitergruppen</li> <li><input type="radio"/> Ja, für einzelne Mitarbeitergruppen →</li> <li><input type="radio"/> Nein</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> <p><b>5.4.6.1</b> Für welche Mitarbeitergruppen? <i>Frage 2012 &amp; 2015</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst</li> <li><input type="checkbox"/> Pflegedienst</li> <li><input type="checkbox"/> Medizinisch-technischer Dienst</li> <li><input type="checkbox"/> Psychologischer oder psychotherapeutischer Dienst</li> <li><input type="checkbox"/> Verwaltung<br/>(inkl. technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.)</li> <li><input type="checkbox"/> Sonstige</li> </ul> </div>  |  |
| <p><b>5.4.7</b> Werden Mitarbeiter/innen auf die Anwendung medizinischer Geräte eingeschult? <b>MA-QM</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ja →</li> <li><input type="radio"/> Nein</li> <li><input type="radio"/> Geplant</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> <p><b>5.4.7.1</b> Wann werden Mitarbeiter/innen auf die Anwendung medizinischer Geräte geschult?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Neue Mitarbeiter/innen bei Dienstantritt</li> <li><input type="checkbox"/> Nach längerer Abwesenheit der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters</li> <li><input type="checkbox"/> Beim Einsatz neuer Geräte</li> <li><input type="checkbox"/> Sonstige:</li> </ul> </div>   |  |

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

- Ja → **5.4.8.1** bzw. **5.4.8.2**: Welche gesundheitsförderlichen Maßnahmen werden gesetzt bzw. sind geplant?
- Nein
- 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

|   |   |
|---|---|
| <p><b>5.5.3</b> Bekommen Patientinnen und Patienten eine individuelle Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden (Ausnahme anonyme Meldung)? <i>Frage 2012 &amp; 2015</i></p>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ja <span style="color: blue;">➔</span></li> <li><input type="radio"/> Nein</li> <li><input type="radio"/> Geplant</li> </ul>   | <p><b>5.5.3.1</b> Patientinnen/Patienten erhalten eine individuelle Rückmeldung aus/ von:<br/><i>Frage 2012 &amp; 2015</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Beschwerdebögen / Vorschlags- bzw. Beschwerdebriefkästen</li> <li><input type="checkbox"/> Vorschlägen und Beschwerden, die über die Website bzw. per E-Mail eingereicht werden</li> <li><input type="checkbox"/> Sonstigen schriftlich eingebrachten Vorschlägen und Beschwerden</li> </ul>   |
| <p><b>5.5.4</b> Gibt es in Ihrer Einrichtung ein strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement? <i>Frage 2012 &amp; 2015</i></p>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ja</li> <li><input type="radio"/> Nein</li> <li><input type="radio"/> Geplant</li> </ul>   |   |
| <p><b>5.5.5</b> Werden für Patientinnen und Patienten im Bedarfsfall Informationen zu Patientenanzwtschaften (Länder), Ombuds-/Beschwerdestellen (Sozialversicherungsträger, Träger), Schieds- und Schlichtungsstellen (Ärztckammern) bereitgestellt?</p> |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ja</li> <li><input type="radio"/> Nein</li> <li><input type="radio"/> Geplant</li> </ul>   |   |
| <p><b>5.5.6</b> Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen? <i>Frage 2012 &amp; 2015</i></p>   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ja</li> <li><input type="radio"/> Nein</li> <li><input type="radio"/> Geplant</li> </ul>   |   |
| <p><b>5.6 Externe Qualitätssicherung</b></p>  |   |
| <p><b>5.6.1</b> Nimmt Ihre Einrichtung an einrichtungübergreifenden Registern und Qualitätsprojekten teil?</p>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ja <span style="color: blue;">➔</span></li> <li><input type="radio"/> Nein</li> </ul>  | <p><b>5.6.1.1</b> An welchen einrichtungübergreifenden Registern und Qualitätsprojekten nimmt Ihre Einrichtung teil?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Herzschrittmacher-, ICD- und Loop-Recorder-Register (lt. MPG)</li> <li><input type="checkbox"/> Qualitätsregister, welche: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ringversuche (Labor)</li> <li><input type="checkbox"/> Projekte zum Nahtstellenmanagement</li> <li><input type="checkbox"/> Projekte zu Patientensicherheit und Risikomanagement</li> <li><input type="checkbox"/> Projekte zu Kennzahlensystemen und Benchmarking</li> <li><input type="checkbox"/> Teilnahme an Wettbewerben/Ausschreibungen zu Qualitätspreisen welche:</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Sonstige:</li> </ul> |

## 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"/> Einrichtungsinterne/<br>trägerinterne Fehlermelde- und<br>Lernsysteme<br>(Reporting & Learning-Systeme)                        | <input type="radio"/> Ja → Falls ja: Wie wird gemeldet? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> (Überwiegend) anonym</li> <li><input type="radio"/> (Überwiegend) nicht-anonym</li> <li><input type="radio"/> Teils anonym, teils nicht-anonym</li> </ul> <input type="radio"/> Geplant |
| <input type="checkbox"/> Übergreifende Fehlermelde- und<br>Lernsysteme<br>(z. B. CIRSmedical.at)  | <input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Geplant  |
| <input type="checkbox"/> Risikoanalyse  | <input type="radio"/> Ja → Falls ja: Wie wird diese durchgeführt? <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Interne/s Audit/s</li> <li><input type="radio"/> Externe/s Audit/s</li> <li><input type="radio"/> Teils intern, teils extern</li> </ul> <input type="radio"/> Geplant         |
| <input type="checkbox"/> Fehleranalyse<br>(z. B. anhand des London-Protokolls)  | <input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Geplant  |
| <input type="checkbox"/> Checklisten für ein strukturiertes<br>Vorgehen in besonders<br>gefahren geneigten Situationen<br>(z. B. OP-Checkliste der WHO) | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Geplant  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Geplant  |
| <input type="checkbox"/> Keine Instrumente  |  |

**5.7.3** Ist in Ihrer Einrichtung ein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit implementiert?

- Ja
- Nein
- 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**

- Ja ➔
  - Nein
- 5.7.4.1** Welche Mitarbeiter/innen werden über individuelle Gefahrenpotentiale und Komplikationsrisiken von Patientinnen/Patienten informiert?
- Ärztlicher Dienst
  - Pflegedienst
  - Medizinisch-technischer Dienst
  - Psychologischer oder psychotherapeutischer Dienst
  - Verwaltung (inkl. QM, RM etc.)

- 5.7.4.2** Wie werden Mitarbeiter/innen über individuelle Gefahrenpotentiale und Komplikationsrisiken von Patientinnen/Patienten informiert?
- Schriftlich, z. B. Vermerk in der Patientenakte
  - Mündlich, z. B. bei Teambesprechungen und/oder Dienstübergaben
  - 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? *Frage 2012 & 2015*

- Ja
- Nein



**5.7.8.1** 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)

**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 gehoben 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 gehoben 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 →    | <b>5.8.4.1</b> 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 →  | <b>5.8.4.2</b> Finden Treffen der Hygienekommission statt?  |                       |
|           | ○ Ja, in regelmäßigen Abständen:    mal im Jahr   |                       |
|           | ○ Ja, in unregelmäßigen Abständen bzw. bei Bedarf   |                       |
| ○ Geplant | <b>5.8.4.3</b> Keine Hygienekommission vorhanden: Finden Treffen zur Besprechung von Hygienebelangen mit dem Hygieneteam und der Kollegialen Führung und/oder weiteren Führungskräften statt? |                       |
|           | ○ Ja, in regelmäßigen Abständen:    mal im Jahr   |                       |
|           | ○ Ja, in unregelmäßigen Abständen bzw. bei Bedarf   |                       |
|           | ○ Nein  |                       |
| ○ Geplant |   |                       |




## Überwachung nosokomialer Infektionen / Antibiotika-Verwendung und einrichtungsübergreifender Hygieneprojekte

### 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?

- ANISS (Austrian Nosocomial Infection Surveillance System)
- ASDI (Benchmarking-System nur für Intensivstationen – Österreichisches Zentrum für Dokumentation und Qualitätssicherung in der Intensivmedizin)
- KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System)
- NISS (Nosocomial Infection Surveillance System)
- Sonstige Nosokomiale-Surveillance-Systeme:
  
- EARS-Net (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network)
- Kein System, weil:

### 5.8.6 Nimmt Ihre Einrichtung an Hygieneprojekten teil, wie z. B. „Aktion saubere Hände“?

- Ja, welche:
  
- Nein
- Geplant

|   |  |
|---|--|
| <b>5.8.7</b> Gibt es in Ihrer Einrichtung eine/n Antibiotikabeauftragte/n oder eine Antibiotikakommission?  |  |
| <input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Nein<br><input type="radio"/> Geplant   |  |
| <b>5.8.8</b> Werden in Ihrer Einrichtung Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung umgesetzt?   |  |
| <input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Nein<br><input type="radio"/> Geplant   |  |
| <b>5.8.9</b> Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Erfassung des Antibiotika-Verbrauches?   |  |
| <input type="radio"/> Ja <br><input type="radio"/> Nein<br><input type="radio"/> Geplant   | <b>5.8.9.1</b> Wird in Ihrer Einrichtung regelmäßig stationsbasiert der Antibiotika-Verbrauch erhoben?<br><input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> Nein<br><input type="radio"/> Geplant  |
| <b>5.8.10</b> Erheben Sie den Desinfektionsmittelverbrauch, z. B. von Händedesinfektionsmitteln?  |  |
| <input type="radio"/> Ja <br><input type="radio"/> Nein<br><input type="radio"/> Geplant   | <b>5.8.10.1</b> In welchen Intervallen?<br><input type="radio"/> Jährlich<br><input type="radio"/> In längeren Abständen   |
| <b>Bericht über Hygiene</b>   |  |
| <b>5.8.11</b> Wird in Ihrer Einrichtung ein Hygienebericht erstellt?  |  |
| <input type="radio"/> Ja <br><input type="radio"/> Nein<br><input type="radio"/> Geplant | <b>5.8.11.1</b> Wird dieser Hygienebericht veröffentlicht?<br>(= der Öffentlichkeit zugänglich gemacht, z. B. als eigener Bericht oder z. B. als Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes)?<br><input type="radio"/> Ja<br><input type="radio"/> 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<br><input type="radio"/> Geplant |
|   | <b>5.8.11.2</b> Wie häufig wird der Hygienebericht erstellt?<br><input type="radio"/> Jährlich<br><input type="radio"/> In längeren Abständen  |

## 5.9 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

5.9.1 Auf Basis welcher Daten, Auswertungen oder Informationen werden kontinuierliche Verbesserungen initiiert? **MA-QM 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
- A-IQI (z. B. auf Basis von Peer Reviews)
- 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