

Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung



Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern

Berichtsjahr 2017

**Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission
im Juni 2019**

Impressum

Fachliche Begleitung durch die Fachgruppe Versorgungsprozesse

Fachliche Unterstützung und inhaltliche Bearbeitung von der Gesundheit Österreich GmbH:

Wolfgang Geißler

Brigitte Domittner

Matthias Gruber

Reinhard Kern

Internes Review:

Brigitte Piso

Projektassistentin:

Andrea Unden

Zitiervorschlag:

BMASGK (2019): Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur

Stubenring 1, 1010 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz,

vertreten durch SC Türk (BMASGK, Sektion VIII)

Erscheinungsdatum:

Juli 2019

Kurzfassung

Hintergrund

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.

Seit der Novellierung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten sind die Krankenanstalten verpflichtet, an der österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen. Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur werden in regelmäßigen Abständen Informationen zu verschiedenen Qualitätsthemen wie etwa Qualitätsmodellen, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, Beschwerdemanagement und Risikomanagement der Krankenanstalten im Rahmen der webbasierten Plattform www.qualitaetsplattform.at erfasst. Derzeit nutzen Akutkrankenhäuser, stationäre Rehabilitationseinrichtungen und selbstständige Ambulatorien diese Datenbank zur regelmäßigen Qualitätsberichterstattung. Im Jahr 2014 wurden Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement veröffentlicht. Sie definieren die Mindestinhalte der Qualitätsarbeit für die jeweiligen Gesundheitsdiensteanbieter. Fragen zu den Mindestanforderungen sind in den Fragebogen für Akutkrankenhäuser integriert.

Methode

Im Juli 2018 wurden alle Akutkrankenhäuser über ihren jeweiligen Träger kontaktiert und zur gesetzlich verpflichtenden Teilnahme an der Datenerhebung zum Datenjahr 2017 gebeten. Nach Ablauf der offiziellen Erhebungsfrist startete die Urgenzphase, in der Einrichtungen, die bislang noch keine Informationen gemeldet hatten, kontaktiert und erneut zur Teilnahme aufgefordert wurden. Nachdem alle Akutkrankenhäuser ihren Fragebogen ausgefüllt und freigegeben hatten, konnte die Erhebungsphase im Oktober 2018 abgeschlossen werden.

Die auf Selbstbewertungen der Einrichtungen basierenden Daten sind auf aggregierter Ebene für alle Akutkrankenhäuser dargestellt. Es wurden für den vorliegenden Bericht überwiegend Häufigkeitsauszählungen und Prozentanteile berechnet. Auswertungen der Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern aus den Berichtsjahren 2012 und 2015 sind bei identischer Fragestellung und Antwortoption den Ergebnissen aus dem Berichtsjahr 2017 gegenübergestellt, um so Veränderungen zu dokumentieren.

Ergebnisse

Der vorliegende Bericht dokumentiert die Qualitätsarbeit in Akutkrankenhäusern in Österreich für das Jahr 2017. Alle 155 Akutkrankenhäuser sind der gesetzlich verpflichtenden Qualitätsberichterstattung nachgekommen, es liegt somit eine Vollerhebung vor. Im mehrjährigen Vergleich zeigt sich, dass die Qualitätsarbeit einen immer höheren Stellenwert bei Akutkrankenhäusern einnimmt,

da sich die Einrichtungen über die Jahre in vielen Bereichen verbessern konnten. Die größten Zuwächse seit 2012 gab es in den Bereichen zur Implementierung von Qualitätsmodellen (2012: 46 Prozent, 2017: 79 Prozent), bei der Implementierung eines strukturierten Vorgehens im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (2012: 65 Prozent, 2017: 96 Prozent), sowie bei der Erfassung von Fort- und Weiterbildung für alle bzw. einzelne Mitarbeitergruppen (2012: 66 Prozent, 2017: 97 Prozent). Zudem zeigt die Erhebung, dass etwa drei Viertel der festgelegten Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement von mehr als 90 Prozent der Einrichtungen erfüllt werden. Jedoch erfüllen nur 16 Prozent aller Akutkrankenhäuser bereits alle Mindestanforderungen.

Schlussfolgerungen/Empfehlungen/Diskussion

Der Bericht beinhaltet Ergebnisdarstellungen, die auf den Selbstbewertungen der Einrichtungen basieren. In Arbeitsgruppen, die sich aus Expertinnen und Experten von Bund, Ländern, Sozialversicherungen und Gesundheitseinrichtungen zusammensetzen, wird der in der Qualitätsplattform verankerte Fragebogen regelmäßig adaptiert und optimiert.

Für teilnehmende Einrichtungen, Krankenanstaltenträger und Vertreter/innen der Länder wurde mit der Qualitätsplattform die Möglichkeit geschaffen, sich mit aggregierten Ergebnissen (Österreich gesamt) zu vergleichen, um daraus etwaige Verbesserungen für die eigene(n) Einrichtung(en) abzuleiten. Erstmals für 2019 wird den teilnehmenden Einrichtungen und Organisationen der Zugang zu einem Online-Tool ermöglicht, mit dem die Ergebnisse nicht nur online abrufbar sind, sondern auch differenzierter ausgewertet und dargestellt werden können.

Um die Kontinuität der Qualitätsverbesserung in Krankenanstalten zu gewährleisten, wird die gesetzlich verpflichtende Qualitätsberichterstattung in regelmäßigen Abständen durchgeführt.

Schlüsselwörter

Qualitätsberichterstattung, Qualitätsplattform, Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Inhalt

Kurzfassung	III
Abbildungen und Tabellen	VI
Abkürzungen.....	VIII
1 Einleitung	1
2 Methode	3
2.1 Datenerhebung, -auswertung und -darstellung	3
2.2 Teilnehmende Akutkrankenhäuser	4
3 Ergebnisse.....	6
3.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit	6
3.2 Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit	7
3.3 Qualitätsmodelle.....	12
3.4 Qualitätsarbeit	14
3.5 Ergebnisse hinsichtlich der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement	21
3.6 Gegenüberstellung der Ergebnisse aus den Berichtsjahren 2012, 2015 und 2017.....	22
4 Diskussion und Schlussfolgerung.....	26
4.1 Limitationen	26
4.2 Weitere Vorgehensweise.....	26
Literatur	27
Anhang	29

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 3.1: Einrichtungen, die eine fixe Zahl ermitteln können: Anzahl der Vollzeitäquivalente für die einrichtungsweite Koordination von Qualitäts- und Risikomanagementarbeit – nach Krankenhausstyp (115 von 155 Akutkrankenhäuser).....	8
Abbildung 3.2: Einrichtungen, die eine genaue Zahl ermitteln können: Anzahl der Mitarbeiter/innen mit spezieller Qualitätsmanagementausbildung – nach Krankenhausstyp: Sanatorien/Sonder-/Standardkrankenanstalt (65 von 119 Akutkrankenhäuser)	9
Abbildung 3.3: Einrichtungen, die eine genaue Zahl ermitteln können: Anzahl der Mitarbeiter/innen mit spezieller Qualitätsmanagementausbildung – nach Krankenhausstyp: Schwerpunkt-/ Zentralkrankenanstalt (9 von 36 Akutkrankenhäuser).....	10
Abbildung 3.4: Anzahl der Mitarbeiter/innen mit spezieller Risikomanagementausbildung – nach Krankenhausstyp: Sanatorien/Sonder-/Standardkrankenanstalt (71 von 119 Akutkrankenhäuser)	11
Abbildung 3.5: Anzahl der Mitarbeiter/innen mit spezieller Risikomanagementausbildung – nach Krankenhausstyp: Schwerpunkt-/ Zentralkrankenanstalt (15 von 36 Akutkrankenhäuser)	12
Abbildung 3.6: Anzahl der Vollzeitäquivalente für indirektes Entlassungsmanagement – nach Krankenhausstyp (121 von 155 Akutkrankenhäusern)	15

Tabellen

Tabelle 2.1: Akutkrankenhäuser nach Krankenhausstyp	5
Tabelle 2.2: Akutkrankenhäuser je Bundesland – nach Krankenhausstyp.....	5
Tabelle 3.1: Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit; Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten	6
Tabelle 3.2: Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit; Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten	7
Tabelle 3.3: In der Einrichtung implementierte Qualitätsmodelle (159 Nennungen von 122 KA).....	13
Tabelle 3.4: Implementierung von Qualitätsmodellen in der gesamten Einrichtung nach Krankenhausstyp (N = 155)	13
Tabelle 3.5: Prozesse; Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten.....	14

Tabelle 3.6:	OP-Organisation; Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten.....	15
Tabelle 3.7:	Bericht über die Qualitätsarbeit; Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten.....	16
Tabelle 3.8:	Patientenorientierung; Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten.....	16
Tabelle 3.9:	Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen/Patienten; Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten.....	17
Tabelle 3.10:	Mitarbeiterorientierung; Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten.....	18
Tabelle 3.11:	Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit; Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten.....	19
Tabelle 3.12:	Krankenhausthygiene; Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten.....	20
Tabelle 3.13:	Ergebnisse aus der Erhebung von Qualitätssystemen in Akutkrankenhäusern 2017 im Vergleich zu den Berichtsjahren 2012 und 2015.....	24

Abkürzungen

AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
EFQM	European Foundation for Quality Management
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ISO	International Organization for Standardization
JCI	Joint Commission International
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KVP	kontinuierlicher Verbesserungsprozess
N	Umfang der Grundgesamtheit
NÖGUS	Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds
pCC	proCum Cert GmbH
QM	Qualitätsmanagement
QSK	Kommission für Qualitätssicherung
RM	Risikomanagement
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WHO	World Health Organization

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 im Jahr 2010 die webbasierte Plattform www.qualitaetsplattform.at eingerichtet, mit der regelmäßige, aussagekräftige und verständliche Qualitätsberichterstattung ermöglicht und sichergestellt werden soll.

Die Qualitätsplattform ist eine zugangsgeschützte, nichtöffentliche Webseite. Nur Krankenanstalten, deren Trägereinrichtungen und Vertretungen auf Landesebene haben Einsicht in die eingegebenen Daten.

Mithilfe eines Fragebogens werden in regelmäßigen Abständen Informationen zu verschiedenen Qualitätsthemen der Krankenanstalten erfasst¹. Dieser Fragebogen wird in Arbeitsgruppen, die sich aus Expertinnen und Experten von Bund, Ländern, Sozialversicherung und Gesundheitseinrichtungen zusammensetzen, regelmäßig überarbeitet.²

Seit der Novellierung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) sind die Krankenanstalten verpflichtet, an der österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen. Derzeit nutzen Akutkrankenhäuser, stationäre Rehabilitationseinrichtungen und selbstständige Ambulatorien die Datenbank der Qualitätsplattform zur regelmäßigen Qualitätsberichterstattung.

Im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags wurden einheitliche Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagement festgelegt, diese beschreiben den inhaltlichen Aufbau von Qualitätsarbeit für Gesundheitsdienstleisterinnen/-dienstleister (B-ZK 2014). Die dazu definierten Fragen wurden in den Fragebogen integriert.

Für das Berichtsjahr 2017 erhob die GÖG im Auftrag der Bundesgesundheitskommission zum dritten Mal die Qualitätssysteme aller Akutkrankenhäuser in Österreich.

Die dargestellten Ergebnisse werden thematisch nach der strategischen und strukturellen Verankerung der Qualitätsarbeit, nach den Qualitätsmodellen und der Qualitätsarbeit gegliedert. Nachfolgend sind die Ergebnisse der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement beschrieben.

1

Sowohl der aktuelle als auch die alten Fragebögen sind auf der Webseite der Qualitätsplattform im öffentlich zugänglichen Servicebereich downloadbar (<https://qualitaetsplattform.goeg.at/>).

2

Das letzte Mal geschah dies im Jahr 2017

Abschließend werden Ergebnisse der letzten Erhebungsjahre 2012 und 2015 jenen der aktuellen Umfrage 2017 gegenüber gestellt, sofern Frageformulierungen und Antwortoptionen identisch sind.

Ausgewählte Ergebnisse der Akutkrankenhäuser werden auf der vom BMASGK betriebenen Webseite www.kliniksuche.at veröffentlicht, die zum Ziel hat, die Bevölkerung in der Vorbereitung auf einen Krankenhausaufenthalt bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen.

2 Methode

2.1 Datenerhebung, -auswertung und -darstellung

Im Juli 2018 wurden alle Akutkrankenhäuser über ihren jeweiligen Träger kontaktiert und zur gesetzlich verpflichtenden Teilnahme an der Berichterstattung durch Beantwortung des Fragebogens (Selbstbewertung) auf der Qualitätsplattform gebeten.

Nach Ablauf der offiziellen Erhebungsfrist und einer Nachfrist startete die Urgenzphase, in der Einrichtungen, die bislang noch keine Informationen geliefert hatten, kontaktiert und erneut zur Teilnahme aufgefordert wurden. Nachdem 100 Prozent der Akutkrankenhäuser den Fragebogen ausgefüllt und freigegeben hatten, konnte im Oktober die Erhebung beendet werden.

Nach erfolgter Plausibilisierung der Daten wurden diese ausgewertet. Es wurden vorwiegend Methoden der deskriptiven Statistik angewendet, d.h. Häufigkeiten und Prozentanteile berechnet. Die dargestellten Ergebnisse in Prozent wurden sowohl in den Tabellen, als auch im Text auf ganze Zahlen gerundet. Als Auswertungstool kam ein hausinternes webbasiertes System im Intranet der GÖG zum Einsatz, welches die Auswertung und Darstellung mit Hilfe von Pivottabellen zulässt. Sämtliche im Bericht vorkommende Boxplots wurden ebenso mit diesem Tool erstellt.

Sämtliche Fragen, die mit Ja oder Nein beantwortet werden können, werden zu Beginn jedes thematischen Blocks in Tabellenform angeführt. Fragen mit anderen Antwortoptionen und insbesondere Fragen mit Mehrfachantwortmöglichkeiten werden im Bericht weitgehend in Textform wiedergegeben. 12 von insgesamt 115 Fragen wurden aus Kapazitätsgründen in diesem Bericht nicht näher beschrieben.

In den Tabellen ist in der Spaltenbeschriftung mit $N = 155$ die Grundgesamtheit der Akutkrankenhäuser angegeben. Vertiefende Fragen sind in den Tabellen eingerückt dargestellt. Da diese Fragen nicht alle Einrichtungen betreffen, werden zusätzlich zu der Prozentzahl die Anzahl (N) der Häuser ausgewiesen, die diese Fragen beantwortet haben.

Zum Teil werden Boxplots zur Veranschaulichung der Daten verwendet. Diese Form der grafischen Abbildung wurde für die Darstellung von Vollzeitäquivalenten gewählt, weil hiermit einerseits die Spannweite inkl. Ausreißer gut ersichtlich ist und andererseits ablesbar ist, in welchem Bereich 50 Prozent der Angaben liegen.

Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement definieren die Mindestinhalte der Qualitätsarbeit. Im Fragebogen sind 36 Fragen bezüglich Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagement festgelegt; diese sind jeweils mit einem Sternchen („*“) ausgewiesen (siehe <https://qualitaetsplattform.goeg.at/#/service/downloads>). Auch in den Tabellen sind Fragen zu den Mindestanforderungen auf diese Weise kenntlich gemacht. Die Kriterien, wann eine Mindestanforderung an Qualitätsmanagement von der Einrichtung erfüllt ist, werden in der Tabelle im Anhang 2 dargestellt.

2019 wird die Qualitätsplattform um ein Auswertungs- und Visualisierungstools erweitert. Registrierte Nutzerinnen/Nutzer der Qualitätsplattform können – abhängig von ihrer Berechtigung – die Ergebnisse des eigenen Krankenhauses mit den österreichweiten Daten, den Ergebnissen des Bundeslandes oder auch des Einrichtungsträgers vergleichen. Somit können interessierte Anwender/innen Details herausfiltern und auch die verbleibenden nicht im Bericht dargestellten Fragen einsehen.

2.2 Teilnehmende Akutkrankenhäuser

Laut Krankenanstaltenverzeichnis des BMASGK gibt es in Österreich mit Stand Oktober 2017 insgesamt 269 Krankenanstalten gemäß Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, von denen 152 Krankenanstalten der Akut-/Kurzzeitversorgung dienen (BMASGK 2018), welche allesamt zur Teilnahme an der Qualitätsberichterstattung für das Berichtsjahr 2017 aufgefordert wurden. Krankenanstalten der Nichtakut-/Kurzzeitversorgung, dazu zählen stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Langzeitversorgungseinrichtungen sowie Häuser aus dem Versorgungsbereich der Spezialversorgung (z. B. Heerespitäler) wurden in die Befragung nicht miteinbezogen. Im Rahmen dieses Berichts werden Krankenanstalten der Akut-/Kurzzeitversorgung zur besseren Lesbarkeit als Akutkrankenhäuser oder als Krankenhäuser bezeichnet.

Unter diesen 152 Krankenanstalten aus dem Versorgungssektor der Akut-/Kurzzeitversorgung befinden sich 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 an diesen Standorten jeweils unterschiedliche Ansprechpartnerinnen/-partner für die Koordination der Qualitätsarbeit gibt. Aus diesem Grund liegt die Gesamtzahl der Einrichtungen bei 155 Akutkrankenhäusern. Eine Liste der Einrichtungen, die an der Erhebung teilgenommen haben, findet sich im öffentlichen Servicebereich auf der Qualitätsplattform www.qualitaetsplattform.at.

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

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

Tabelle 2.1:

Akutkrankenhäuser nach Krankenhausstyp

KA-Typ/ Anzahl	Standard- kranken- stalt	Schwer- punkt- kranken- stalt	Zentralkran- kenstalt	Sonderkran- kenstalt	Sanatorien (privat)	Summe
Anzahl der Akutkran- kenhäuser	59	29	7	29	31	155

Quelle und Darstellung: BMASGK/GÖG, Qualitätsplattform

Tabelle 2.2:

Akutkrankenhäuser je Bundesland – nach Krankenhausstyp

Bundesland/ Kranken- anstaltstyp	B	K	NÖ	OÖ	S	Stmk	T	V	W	Summe
Standardkran- kenstalt	3	6	10	5	5	13	7	3	7	59
Schwerpunkt- krankenstalt	2	1	9	7	1	1	–	1	7	29
Zentralkran- kenstalt	–	–	1	1	2	1	1	–	1	7
Sonderkran- kenstalt	–	4	3	2	2	8	1	3	6	29
Sanatorien (privat)	–	2	–	1	9	7	3	2	7	31
Summe – Anzahl der Akutkran- kenhäuser	5	13	23	16	19	30	12	9	28	155

Quelle und Darstellung: BMASGK/GÖG, Qualitätsplattform

3 Ergebnisse

3.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit

Tabelle 3.1:
Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit;
Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten

strategische Verankerung der Qualitätsarbeit	2017 (N = 155)
Ist in ein Leitbild definiert?	94 %
Ist eine Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt?	90 %
Sind aus der Qualitätsstrategie konkrete Qualitätsziele abgeleitet?	97 % (N = 139)

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » 94 Prozent der Akutkrankenhäuser (145 von 155 Einrichtungen) haben ein internes Leitbild definiert.
- » 90 Prozent der Akutkrankenhäuser (139 von 155 Einrichtungen) folgen einer Qualitätsstrategie, die zum überwiegenden Teil allen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern (119 von 139 Einrichtungen) vor allem in Sitzungen, über das Intranet oder bei Informationsveranstaltungen kommuniziert wird. Von den 139 Einrichtungen, die eine Qualitätsstrategie haben, leiten 97 Prozent daraus konkrete Ziele ab. Bei 92 Prozent der Einrichtungen, die eine Qualitätsstrategie haben und daraus Qualitätsziele ableiten, sind Kennzahlen zur Messung der Erreichung der Qualitätsziele festgelegt, und 88 Prozent überprüfen diese hinsichtlich ihrer Zielerreichung.

*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (gilt für die gesamte Tabelle)

3.2 Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit

Tabelle 3.2:
Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit;
Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten

strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit	2017 (N = 155)
Gibt es eine Geschäftsordnung für die QSK?	90 %
Gibt es Protokolle der regelmäßigen Sitzungen der QSK?	97 %
Gibt es eine schriftliche Vorgabe , wie mit den Empfehlungen der QSK umzugehen ist?	68 %
Angabe von Vollzeitäquivalenten (VZÄ) für die einrichtungsweite Koordination von Qualitäts- und Risikomanagementarbeit (Frage für die Auswertung leicht adaptiert)	74 %
Gibt es in den Abteilungen definierte Ansprechpartnerinnen/-partner für Qualitäts- oder/und Risikomanagementarbeit ?	83 %
Gibt es Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit einer speziellen Qualitätsmanagementausbildung ? (genaue Zahl ermittelbar bzw. geschätzt)	94 %
Gibt es Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit einer speziellen Risikomanagementausbildung ? (genaue Zahl ermittelbar bzw. geschätzt)	91 %
Sind die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert?	99 %
Sind patientenbezogene (elektronische) Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (z. B. durch Passwörter)?	100 %
Sind patientenbezogene (elektronische) Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt ?	100 %
Gibt es eine definierte Person, die die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften (sowohl gesetzliche als auch einrichtungsinterne Vorgaben) sicherstellt?	97 %
Gibt es eine definierte Person, die die Einhaltung von Sicherheitsvorschriften der IT (sowohl gesetzliche als auch einrichtungsinterne Vorgaben) sicherstellt?	95 %
Werden sensible Betriebsmittel wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch, Suchtgiftvignetten oder papiergebundene Daten diebstahlgeschützt aufbewahrt ?	98 %
Gibt es eine strukturierte Dokumentenlenkung ?	85 %

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

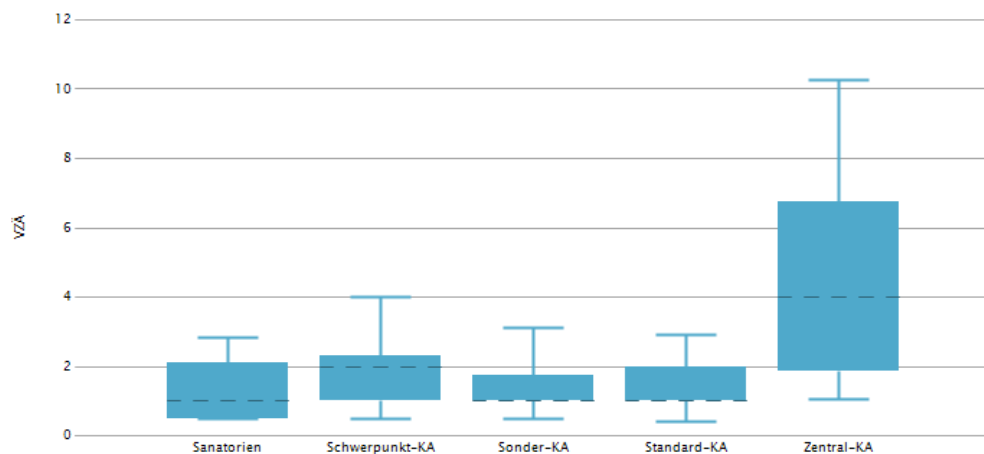
- » Eine Geschäftsordnung für die Qualitätssicherungskommission (QSK) gibt es in 90 Prozent der Häuser. QSK-Sitzungen finden zum Großteil in vierteljährlichen Abständen statt. Eine schriftliche Vorgabe, wie mit den Empfehlungen der QSK umzugehen ist, gibt es in 68 Prozent der Akutkrankenhäuser.
- » Zu 79 Prozent erfolgt eine gemeinsame einrichtungsweite Koordination der Qualitäts- und Risikomanagementarbeit, die meist von mehreren Stellen wahrgenommen wird wie z. B. von einer einrichtungsinternen Abteilung oder Stabsstelle, einer Qualitätsmanagerin / einem Qualitätsmanager bzw. einer/einem Qualitätsbeauftragten, einer Risikomanagerin / einem Risikomanager bzw. einer/einem Risikomanagementbeauftragten oder von der ärztlichen Leitung. In 21 Prozent erfolgt die Koordination der Qualitäts- und Risikomanagementarbeit getrennt voneinander.
- » Fixe Dienstposten in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) für die einrichtungsweite Koordination von Qualitäts- und Risikomanagementarbeit können von 74 Prozent der Einrichtungen ausgewiesen werden. Der diesbezügliche Mittelwert beträgt bei den Standardkrankenanstalten 1,36 VZÄ,

*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (gilt für die gesamte Tabelle)

bei den Schwerpunktkrankenanstalten 1,85 VZÄ, bei den Zentralkrankenanstalten 4,75 VZÄ, bei den Sonderkrankenanstalten 1,42 VZÄ und bei Sanatorien 1,34 VZÄ (siehe Abbildung 3.1). Der Mittelwert der Vollzeitäquivalente über die 115 Einrichtungen hinweg beträgt 1,69 Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter.

Abbildung 3.1:

Einrichtungen, die eine fixe Zahl ermitteln können: Anzahl der Vollzeitäquivalente für die einrichtungsweite Koordination von Qualitäts- und Risikomanagementarbeit – nach Krankenhausentyp (115 von 155 Akutkrankenhäuser³)⁴



Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » 94 % der Krankenhäuser geben an, dass in ihrem Haus Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit spezieller Qualitätsmanagementausbildung tätig sind, 48 % der Einrichtungen können deren genaue Zahl ermitteln (74 von 155 Einrichtungen), 46 % der Einrichtungen können diese Zahl schätzen. Sofern die genaue Zahl ermittelt werden kann, beträgt der Mittelwert bei den Sanatorien 3,1 Personen, bei den Sonderkrankenanstalten 2,9 Personen, bei den Standardkrankenanstalten 5,7 Personen, bei den Schwerpunktkrankenanstalten 41,7 Personen und bei den Zentralkrankenanstalten 191,7 Personen. Die Spannweite der Daten bei den jeweiligen KA-Typen ist aus den beiden folgenden Boxplots ersichtlich (siehe Abbildung 3.2 und Abbildung 3.3). Aufgrund der Einrichtungsgröße von Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten ist die Anzahl der Personen mit Qualitätsmanagementausbildung in diesen Krankenhäusern ungleich größer als in den Häusern des Krankenhausentyps Sanatorien/Sonder-/Standardkrankenanstalt. Aus diesem Grund wurden zwei separate Abbildungen erstellt.

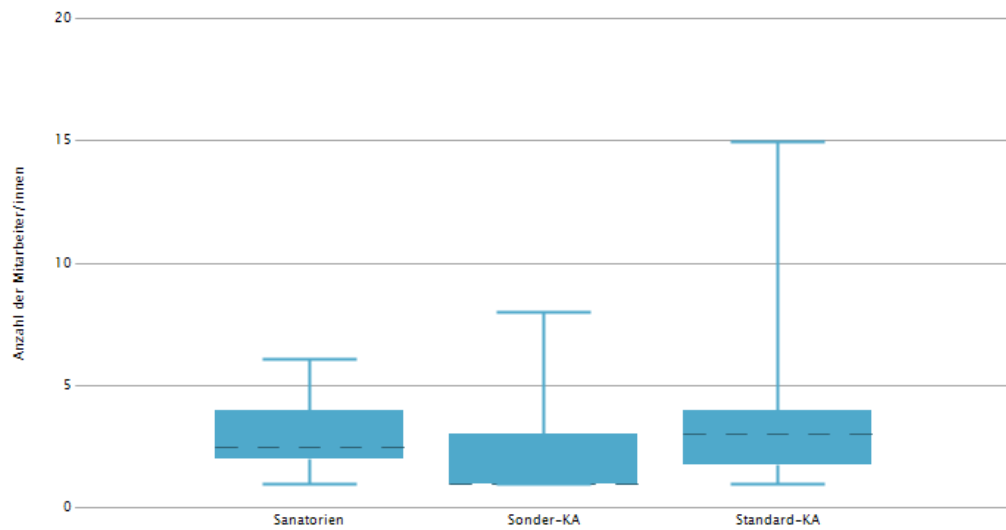
³

18 von 31 Sanatorien, 28 von 29 Schwerpunkt-KA, 17 von 29 Sonder-KA, 45 von 59 Standard-KA, 7 von 7 Zentral-KA

⁴

Die durchbrochene Linie in den Boxplots weist den Median aus.

Abbildung 3.2:
Einrichtungen, die eine genaue Zahl ermitteln können: Anzahl der Mitarbeiter/innen mit
spezieller Qualitätsmanagementausbildung – nach Krankenanstaltentyp:
Sanatorien/Sonder-/Standardkrankenanstalt (65 von 119 Akutkrankenhäuser⁵)⁶



Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

5

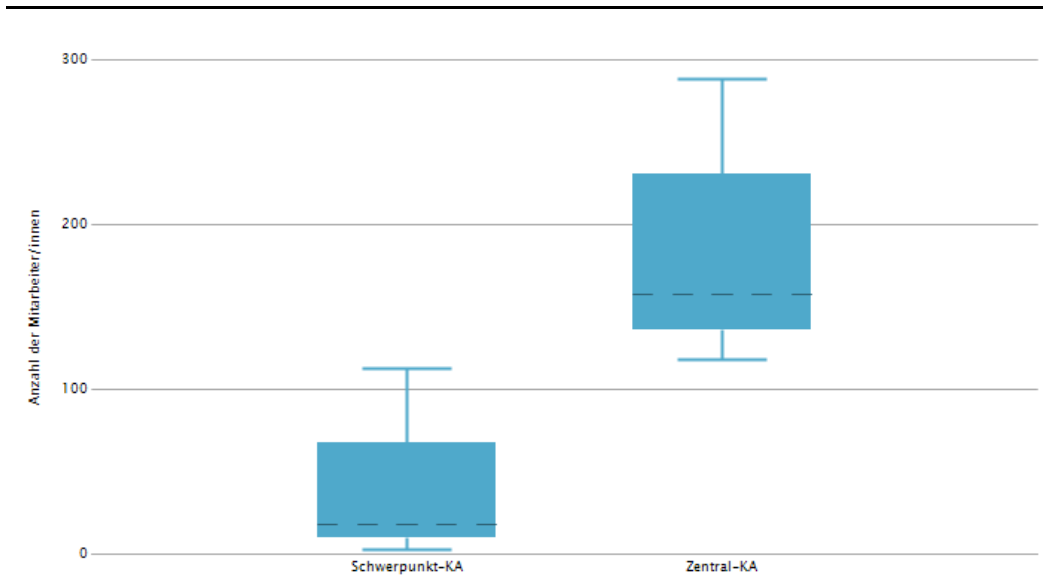
20 von 31 Sanatorien, 13 von 29 Sonder-KA, 32 von 59 Standard-KA

6

Die durchbrochene Linie in den Boxplots weist den Median aus.

Abbildung 3.3:

Einrichtungen, die eine genaue Zahl ermitteln können: Anzahl der Mitarbeiter/innen mit spezieller Qualitätsmanagementausbildung – nach Krankenhausentyp: Schwerpunkt-/ Zentralkrankenanstalt (9 von 36 Akutkrankenhäuser⁷)⁸



Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Rund 90 % der Krankenhäuser geben an, dass sie Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit spezieller Risikomanagementausbildung beschäftigen, 55 % der Einrichtungen können dabei die genaue Zahl ermitteln, 35 % der Einrichtungen können diese Zahl schätzen. Sofern die genaue Zahl ermittelt werden kann, beträgt der Mittelwert bei den Sanatorien 1,5 Personen, bei den Sonderkrankenanstalten 3,7 Personen, bei den Standardkrankenanstalten 6,5 Personen, bei den Schwerpunktkrankenanstalten 39,3 Personen und bei den Zentralkrankenanstalten 74,8 Personen. Die Spannweite der Daten bei den jeweiligen KA-Typen ist aus den beiden folgenden Boxplots ersichtlich (siehe Abbildung 3.4 und Abbildung 3.5). Aufgrund der Einrichtungsgröße von Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten ist die Anzahl der Personen mit Risikomanagementausbildung in diesen Krankenhäusern ungleich größer als in den Häusern des Krankenhausentyps Sanatorien/Sonder-/Standardkrankenanstalt. Aus diesem Grund wurden zwei separate Abbildungen erstellt.

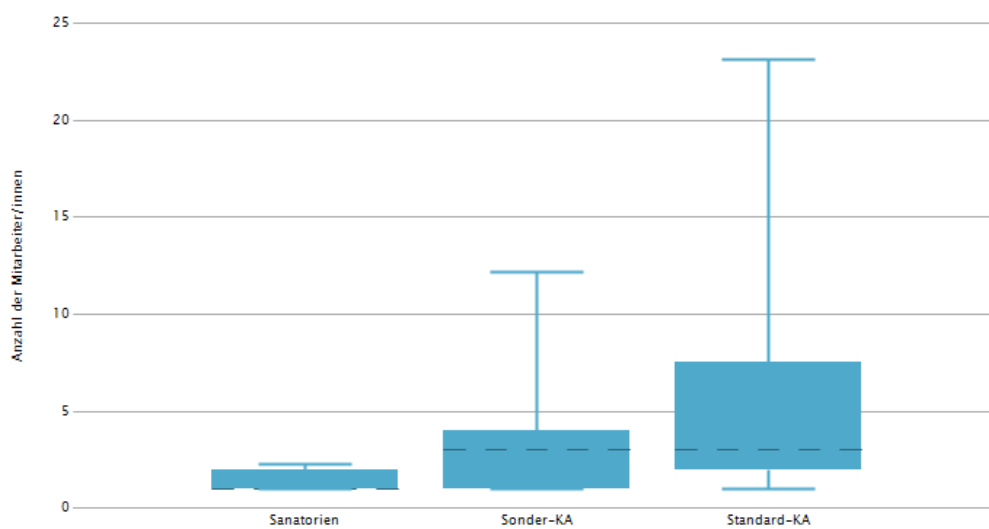
7

6 von 29 Schwerpunkt-KA, 3 von 7 Zentral-KA

8

Die durchbrochene Linie in den Boxplots weist den Median aus.

Abbildung 3.4:
Anzahl der Mitarbeiter/innen mit spezieller Risikomanagementausbildung – nach
Krankenanstaltentyp: Sanatorien/Sonder-/Standardkrankenanstalt (71 von 119
Akutkrankenhäuser⁹⁾¹⁰



Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

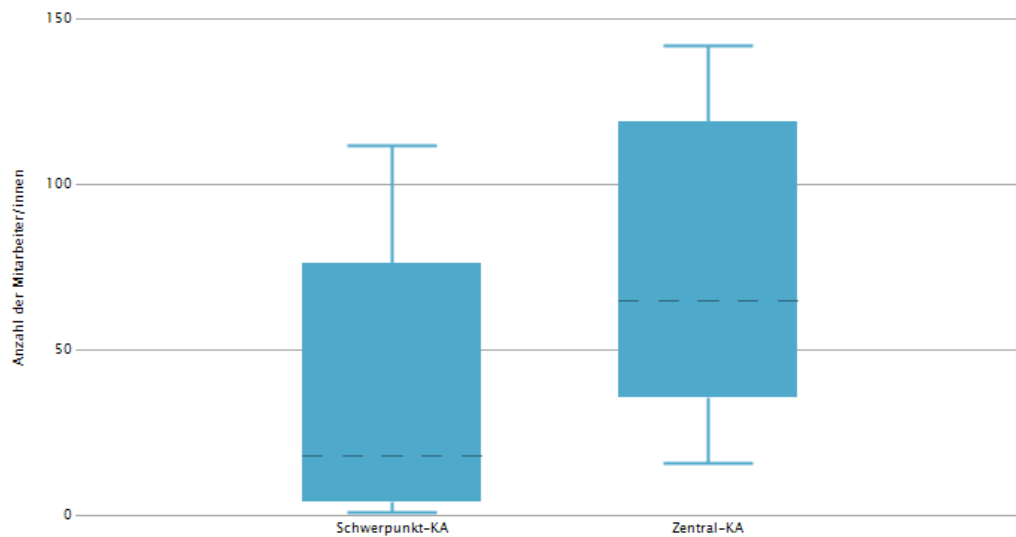
9

15 von 31 Sanatorien, 17 von 29 Sonder-KA, 39 von 59 Standard-KA

10

Die durchbrochene Linie in den Boxplots weist den Median aus.

Abbildung 3.5:
Anzahl der Mitarbeiter/innen mit spezieller Risikomanagementausbildung – nach
Krankenanstaltentyp: Schwerpunkt-/ Zentralkrankenanstalt (15 von 36
Akutkrankenhäuser¹¹⁾¹²



Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » In den Einrichtungen wird primär über Arbeitsplätze mit Internetzugang, mit Zugang zu Metadatenbanken für fachspezifische Publikationen und durch Fachzeitschriften sichergestellt, dass der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist.
- » Die Akutkrankenhäuser stellen vor allem über E-Mail-Aussendungen des Trägers und/oder der Kollegialen Führung, über Teambesprechungen und Fortbildungen sowie über das Intranet sicher, dass ihre Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert sind.

3.3 Qualitätsmodelle

Im Rahmen der Erhebung wurde nach der Implementierung folgender Qualitätsmodelle 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)

¹¹

9 von 29 Schwerpunkt-KA, 6 von 7 Zentral-KA

¹²

Die durchbrochene Linie in den Boxplots weist den Median aus.

- » 79 Prozent der Akutkrankenhäuser (122 von 155) geben an, (zumindest) ein Qualitätsmodell implementiert zu haben. Am häufigsten sind das EFQM-Modell (35 Häuser) und die ISO (32 Häuser) in der gesamten Einrichtung implementiert.
- » Die ISO ist am häufigsten auch in Teilen der Einrichtung implementiert.

Tabelle 3.3:

In der Einrichtung implementierte Qualitätsmodelle (159 Nennungen von 122 Akutkrankenhäusern)

Qualitätsmodell / implementiert für die gesamte bzw. für Teile der Einrichtung	träger-/ einrichtungs- eigenes QM- System	EFQM	KTQ	JCI	ISO
in der gesamten Einrichtung implementiert	11	35	18	2	32
in Teilen der Einrichtung im- plementiert	4	5	1	1	50

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Bezogen auf die Implementierung von Qualitätsmodellen in der gesamten Einrichtung sind Unterschiede in den unterschiedlichen Krankenanstaltentypen erkennbar (siehe Tabelle 3.4). So sind in allen Häusern des Typs Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalt Qualitätsmodelle einrichtungswelt implementiert, verhältnismäßig am seltensten in Sanatorien.

Tabelle 3.4:

Implementierung von Qualitätsmodellen in der gesamten Einrichtung nach Krankenanstaltentyp (N = 155)

KA-Typ	Standard- kranken- anstalt	Schwerpunkt- krankenanstalt	Zentral- kranken- anstalt	Sonder- KA	Sanatorien	Gesamt
Anzahl der KA/ Prozent	46 von 59 78 %	29 von 29 100 %	7 von 7 100 %	22 von 29 76 %	18 von 31 58 %	122 von 155 79 %

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

3.4 Qualitätsarbeit

Prozesse

Tabelle 3.5:

Prozesse;

Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten

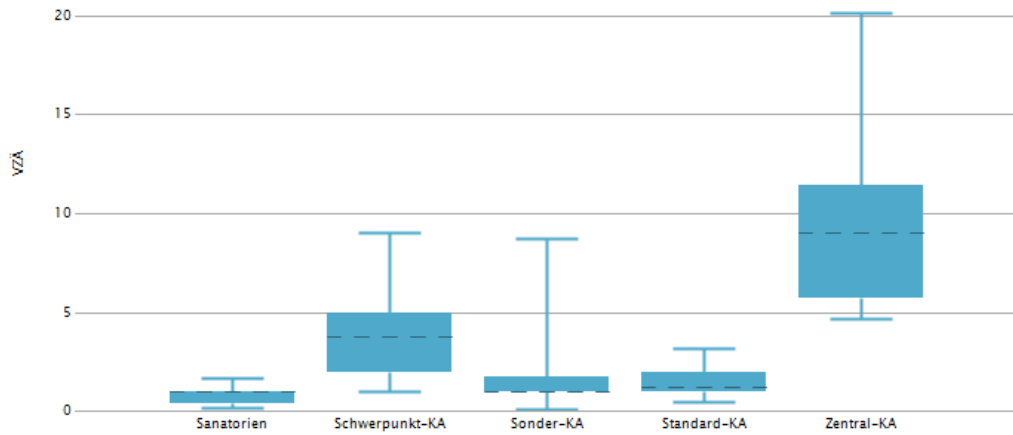
Prozesse	2017 (N = 155)
Ist ein Konzept für einrichtungsinterne medizinische Notfälle ausgearbeitet?	99 %
Wird ein entsprechendes Notfallequipment in den jeweiligen Funktionseinheiten/Abteilungen bereitgehalten?	98 %
Wird dieses Notfallequipment regelmäßig einer Prüfung unterzogen und dies im erforderlichen Maße dokumentiert?	100 % (N = 152)
Gibt es ein Schulungskonzept , um Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter für einrichtungsinterne medizinische Notfälle zu schulen?	97 %
Sind alle bzw. ein Teil der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter entsprechend ihrem Einsatzgebiet nachweislich geschult?*	100 % (N = 151)
Ist ein strukturiertes Aufnahmemanagement implementiert?	91 %
Orientiert sich das strukturierte Aufnahmemanagement an der BQLL AUFEM – der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement?	87 % (N = 141)
Wird von Patientinnen und Patienten bei der Aufnahme ein Ernährungsstatus erhoben?	75 %
Gibt es einen standardisierten Prozess zur Betreuung mangelernährter Patientinnen und Patienten?	54 %
Ist ein indirektes Entlassungsmanagement implementiert, in dem Patientinnen/Patienten den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne eines Case-Managements quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen durchlaufen?	78 %
Orientiert sich das indirekte Entlassungsmanagement an der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM)?	96 % (N = 121)

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » In den Akutkrankenhäusern sind am häufigsten Leistungsprozesse für Hygienemanagement, Entlassungs- und Aufnahmemanagement definiert.
- » Krankenhäuser informieren ihre Zuweiserinnen/Zuweiser über die Aufnahmemodalitäten in ihren Häusern vorrangig über die Webseite, mit einem Info-Blatt bzw. Info-Brief und im Rahmen von Zuweiserveranstaltungen.
- » In 121 Einrichtungen (78 %) ist ein indirektes Entlassungsmanagement implementiert, bei dem Patientinnen/Patienten den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne eines Case-Managements quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen durchlaufen. Das indirekte Entlassungsmanagement wird vor allem vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und von Sozialarbeiterinnen/-arbeitern durchgeführt. Dafür sind in den österreichweiten Akutkrankenhäusern durchschnittlich 2,7 VZÄ besetzt, jedoch variieren die VZÄ-Angaben abhängig vom KA-Typ. Große Einrichtungen, wie Scherpunkt- und Zentralkrankenanstalten haben mehr VZÄ für ein indirektes Entlassungsmanagement besetzt als Einrichtungen mit weniger Betten (siehe Abbildung 3.6).

*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (gilt für die gesamte Tabelle)

Abbildung 3.6:
Anzahl der Vollzeitäquivalente für indirektes Entlassungsmanagement - nach
Krankenanstaltentyp (121 von 155 Akutkrankenhäusern)¹³



Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

OP-Organisation

Tabelle 3.6:
OP-Organisation;
Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten

OP-Organisation	2017 (N = 155)
Ist eine Operationseinheit (exkl. Eingriffsräumen) vorhanden?	87 %
Wird in der OP-Einheit eine OP-Sicherheitscheckliste entsprechend den WHO-Empfehlungen angewandt?	99 % (N = 135)

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » In 87 Prozent der Einrichtungen (135 Häuser) ist eine Operationseinheit (exkl. Eingriffsräumen) vorhanden. Im überwiegenden Teil dieser Einrichtungen werden die Instrumente patientenorientiertes Blutmanagement (Qualitätsstandard Patient Blood Management; 104 Häuser), Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen (100 Häuser) und ein Wartezeitenmanagement für Operationstermine (92 Häuser) zur Organisation verwendet.
- » Das OP-Management wird praktisch vorrangig mithilfe eines OP-Statuts (121 Häuser) und/oder einer OP-Koordinatorin (113 Häuser) und/oder OP-Management (81 Häuser) umgesetzt.
- » 99 Prozent der Akutkrankenhäuser mit OP-Einheit wenden eine OP-Sicherheitscheckliste entsprechend den WHO-Empfehlungen an.

¹³

7 von 31 Sanatorien, 28 von 29 Schwerpunkt-KA, 26 von 29 Sonder-KA, 53 von 59 Standard-KA, 7 von 7 Zentral-KA

Bericht über Qualitätsarbeit

Tabelle 3.7:

Bericht über die Qualitätsarbeit;

Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten

Bericht über die Qualitätsarbeit	2017 (N = 155)
Wird – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung – ein eigener Bericht über die Qualitätsarbeit erstellt (einrichtungseigener Bericht oder z. B. auch ein Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes)?*	76 %
Wird dieser Bericht veröffentlicht ? Ja, der einrichtungseigene Bericht bzw. der Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes wird veröffentlicht.	27 % (N = 118)
Wird dieser Bericht veröffentlicht ? Ja, es gibt allerdings zwei Versionen – eine für die interne Verwendung und eine für die Öffentlichkeit.	1 % (N = 118)

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » In 76 Prozent der Einrichtungen wird – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung (Qualitätsplattform) – ein eigener Bericht über die Qualitätsarbeit erstellt (ein einrichtungseigener Bericht oder z. B. auch ein Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes). 28 Prozent der Häuser, die einen eigenen Bericht über die Qualitätsarbeit erstellen, veröffentlichen diesen.

Patientenorientierung

Tabelle 3.8:

Patientenorientierung;

Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten

Patientenorientierung	2017 (N = 155)
Werden Patientinnen und Patienten durch spezifische Maßnahmen (z. B. Informationsbroschüren, Patienteninformationsmappe, Merkblätter) in ihrer Gesundheitskompetenz unterstützt?	99 %
Werden Maßnahmen zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung durchgeführt?	89 %
Werden Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht (z. B. Patientencharta)?	99 %
Werden regelmäßig Schulungen zum Thema Patientenrechte für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter angeboten?	59 %
Werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt?	97 %
Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?*	92 % (N = 151)
Ist die Einrichtung barrierefrei zugänglich ?*	97 %
Sind Informationen über die Erreichbarkeit und bauliche Barrierefreiheit der Einrichtung öffentlich verfügbar (Webseite, Informationsfolder u. Ä.)?*	82 %

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » 99 Prozent der Akutkrankenhäuser unterstützen Patientinnen und Patienten durch spezifische Maßnahmen, z. B. durch die Ausgabe von Informationsbroschüren, Patienteninformationsmappen, Merkblätter in ihrer Gesundheitskompetenz.

- » In 97 Prozent der Akutkrankenhäuser werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt, mehr als die Hälfte davon führt diese kontinuierlich durch, z. B. mithilfe von Patientenfeedbackbögen. 92 Prozent (139 von 151) leiten auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen ab.
- » Informationen über die Erreichbarkeit und der baulichen Barrierefreiheit der Einrichtung sind in 82 Prozent der Akutkrankenhäuser öffentlich verfügbar.

Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen und Patienten

Tabelle 3.9:

Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen/Patienten;
Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten

Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen/Patienten	2017 (N = 155)
Gibt es ein strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement ?	96 %
Bekommen Patientinnen und Patienten eine individuelle Rückmeldung auf schriftlich eingebrachte Vorschläge bzw. Beschwerden (Ausnahme anonyme Meldung)?	98 %
Werden aus Vorschlägen und Beschwerden auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?	90 %
Werden für Patientinnen und Patienten im Bedarfsfall Informationen zu Patientenanwaltschaften (Länder), Ombuds-/Beschwerdestellen (Sozialversicherungsträger, Einrichtungsträger), Schieds- und Schlichtungsstellen (Ärztékammern) bereitgestellt?	96 %

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » 96 Prozent aller Akutkrankenhäuser haben ein strukturiertes Beschwerde- /Feedbackmanagement.
- » Vorschläge und Beschwerden werden vorwiegend im Rahmen von Patientenbefragungen, schriftlicher Erfassung mündlich eingebrachter Beschwerden und mittels Eingabemöglichkeit über die Webseite der Einrichtung bzw. per E-Mail erhoben.

Mitarbeiterorientierung

Tabelle 3.10:

Mitarbeiterorientierung;

Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten

Mitarbeiterorientierung	2017 (N = 155)
Werden regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durchgeführt?*	86 %
Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?	93 % (N = 133)
Werden regelmäßig strukturierte Mitarbeitergespräche geführt?*	96 %
Gibt es ein Personalentwicklungskonzept ?*	78 %
Werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter regelmäßig ermittelt?*	94 %
Werden Fort- und Weiterbildungen für alle bzw. einzelne Mitarbeitergruppen strukturiert erfasst?*	97 %
Gibt es eine zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung für alle Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter bzw. für einzelne Mitarbeitergruppen?	92 %
Ist ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ein betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert?	82 %
Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideemanagement für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter?	72 %

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » 86 Prozent der Akutkrankenhäuser führen regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durch, die meist in längeren Abständen zwischen zwei und fünf Jahren mit allen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern durchgeführt werden.
- » Strukturierte Mitarbeitergespräche werden in 96 Prozent der Einrichtungen regelmäßig geführt, davon in 68 Prozent mit allen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern, in rund 32 Prozent in einigen Bereichen (z. B. in ausgewählten Abteilungen) oder mit bestimmten Mitarbeitergruppen.
- » Eine zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung aller Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter existiert in 71 Prozent der Einrichtungen. Bei 21 Prozent erfolgt die zentrale Koordination nur für einzelne Mitarbeitergruppen, vor allem für den Pflegedienst, den ärztlichen Dienst und den gehobenen medizinisch-technischen Dienst.
- » Die Einschulung der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in die Anwendung der in ihrem Einsatzgebiet erforderlichen medizinischen Geräte ist gesetzlich vorgeschrieben. Geschult werden die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in der Anwendung in allen Einrichtungen jedenfalls bei Dienstantritt und beim Einsatz neuer Geräte.

Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit

Tabelle 3.11:

Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit;
Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten

Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit	2017 (N = 155)
Gibt es ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement)?*	96 %
Werden Instrumente des Risikomanagements verwendet?*	98 %
» Welche Instrumente des Risikomanagements werden verwendet?*	81 % (N = 152)
» einrichtungsinterne/trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme (Reporting-&Learning-Systeme)	52 % (N = 152)
» übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at)	85 % (N=152)
» Risikoanalyse	64 % (N = 152)
» Risikoaudit	60 % (N = 152)
» Fehleranalyse (z. B. anhand des London-Protokolls)	47 % (N = 152)
» andere Instrumente bzw. ein anderes Instrument, welches hier nicht angeführt wird	
Ist ein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit implementiert (inkl. Interaktionsprüfung)?	37 %
Werden Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mithilfe eines standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken bei Patientinnen/Patienten informiert, z. B. über Allergien, Verwirrtheit?*	92 %
Sind Unterstützungsmaßnahmen (z. B. „peer support groups“ und/oder professionelle Hilfe) für Angehörige der Gesundheitsberufe , die an Fehlern und Zwischenfällen beteiligt waren („ <i>second victim</i> “), implementiert?*	59 %

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » 149 von 155 Einrichtungen (96 %) haben ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement).
- » 152 von 155 Einrichtungen (98 %) verwenden Instrumente des Risikomanagements. Am häufigsten kommen die Risikoanalyse und einrichtungsinterne/trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme (Reporting-&-Learning-Systeme) zum Einsatz.

Krankenhaushygiene

Tabelle 3.12:

Krankenhaushygiene;

Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten

Krankenhaushygiene	2017 (N = 155)
Orientiert sich die Krankenhaushygiene am bundesweiten Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene?	97 %
Gibt es zusätzlich zum Hygieneteam eine Hygienekommission ?	58 %
Gibt es die Möglichkeit, im Anlassfall die Hygienekommission einzubrufen ?	100 % (N = 90)
Nimmt die Einrichtung an Hygieneprojekten teil wie z. B. an der Aktion saubere Hände, an PPS (Punkt-Prävalenz-Untersuchung)?	72 %
Gibt es eine(n) Antibiotika-Beauftragte(n) oder eine Antibiotika-Kommission ?	66 %
Werden Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung umgesetzt?	51 %
Gibt es eine Erfassung des Antibiotika-Verbrauches ?	75 %
Wird regelmäßig stationsbasiert der Antibiotika-Verbrauch erhoben?	74 % (N = 117)
Erheben Sie den Desinfektionsmittelverbrauch , z. B. von Händedesinfektionsmitteln?	90 %
Wird ein Hygienebericht erstellt?	88 %
Wird dieser Hygienebericht veröffentlicht? Ja, der einrichtungseigene Bericht bzw. der Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes wird veröffentlicht	2 % (N = 136)
Wird dieser Hygienebericht veröffentlicht? Ja, es gibt allerdings zwei Versionen (eine für die interne Verwendung und eine für die Öffentlichkeit	3 % (N = 136)

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Das Hygieneteam setzt sich in den Akutkrankenhäusern vorrangig zumindest aus einer Hygienefachkraft (Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege) und einer hygienebeauftragten Ärztin / einem hygienebeauftragten Arzt zusammen. In den Einrichtungen findet das Treffen der Hygieneteams überwiegend vierteljährlich bzw. in kürzeren Abständen statt. In 11 Prozent der Einrichtungen findet es halbjährlich oder in längeren Abständen statt.
- » In 58 Prozent der Akutkrankenhäuser gibt es zusätzlich zum Hygieneteam eine Hygienekommission, deren Sitzungen am häufigsten halbjährlich oder in längeren Abständen stattfinden. In 27 Prozent aller Einrichtungen finden sie vierteljährlich statt.
- » Die Überwachung nosokomialer Infektionen mithilfe eines Surveillance-Systems ist gesetzlich verankert. Zum Teil werden in den Einrichtungen mehrere solcher Systeme verwendet. Das am häufigsten genannte System ist das KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) (92 Einrichtungen). 15 Einrichtungen geben an, kein derartiges System zu verwenden, folgende Gründe wurden dafür genannt:
Ein Surveillance-System werde gerade oder im laufenden Jahr implementiert (2 KA). Bisher seien keine nosokomialen Infektionen aufgetreten (2 KA). Es werde kein Bedarf gesehen (5 KA), z. B aufgrund dessen, dass die Einrichtungen keinen OP- bzw. Intensiv-Bereich haben. Als weitere Gründe wurden angeführt, dass die Bettenanzahl zu gering (3 KA) oder der stationäre Aufenthalt nur kurz sei. Manche Einrichtungen gaben als Gründe an, dass sie durch einen externen Hygieneberater unterstützt würden oder die hausinterne Überwachung auf den Bettenstationen in Anlehnung an KISS geführt werde bzw. ein NISS light zum Einsatz komme.

- » An Hygieneprojekten nehmen 72 Prozent der Einrichtungen teil, genannt wurden hier vor allem die „Aktion saubere Hände“ (65 Einrichtungen), Punkt-Prävalenz-Untersuchungen (28 Einrichtungen), diverse Aktionen anlässlich des Tages der Händehygiene bzw. des Tages der Patientensicherheit und andere.
- » 88 Prozent der Einrichtungen erstellen – meist jährlich – einen Hygienebericht, 5 Prozent dieser Häuser veröffentlichen diesen Bericht.

Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

- » Das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) ist in 86 Prozent aller Akutkrankenhäuser verankert. Initiiert werden kontinuierliche Verbesserungen auf Basis vieler verschiedener Daten/Auswertungen wie solcher des Risikomanagements (z. B. aus Fehlermelde- und Lernsystemen), der Patientenbefragungen, des Beschwerde-/Feedbackmanagements, der Ombuds-/Beschwerdestelle, des Bereichs Hygiene und interner/externer Audits oder Visitationen und aus Mitarbeiterbefragungen.
- » Zusätzlich fließen häufig Gespräche mit Zuweiserinnen/Zuweisern, Patientenvertretungen/Patientenanwaltschaften, sozialen Diensten / Pflegeheimen und sonstigen Vertrags- und Kooperationspartnern in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess ein.

3.5 Ergebnisse hinsichtlich der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wurden im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagement festgelegt. Die dazu definierten 36 Fragen wurden in den Fragebogen zur Erhebung der Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern integriert. Die Kriterien zur Erfüllung von Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement werden in der Tabelle im Anhang 2 angeführt.

- » 25 der 155 Akutkrankenhäuser (16 %) erfüllen alle Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagement.
- » 75 Prozent der Einrichtungen (116 Häuser) erfüllen 90 Prozent der Mindestanforderungen.
- » 93 Prozent der Einrichtungen (144 Häuser) erfüllen 75 Prozent der Mindestanforderungen.
- » Drei Mindestanforderungen erfüllen alle Krankenhäuser, dazu zählen das Schützen patientenbezogener Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff, das Schützen patientenbezogener Daten vor Verlust durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen, sowie die schriftliche Definition von Leistungsprozessen und der Sicherstellung, dass für alle Gesundheitsberufe der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist.
- » Die Mindestanforderung, die den geringsten Umsetzungsgrad besitzt, ist die Frage nach einer schriftlichen Vorgabe, wie mit Empfehlungen der Qualitätssicherungskommission umzugehen ist. Diese Mindestanforderung wird von 68 Prozent der Häuser erfüllt.
- » Weitere Mindestanforderungen, die weniger als 90 Prozent der Häuser erfüllt haben, sind:
 - » das Vorliegen eines Personalentwicklungskonzepts (78 Prozent der Einrichtungen),

- » die strukturierte Erfassung der Fort- und Weiterbildungen aller Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter (81 Prozent der Einrichtungen)
 - » die öffentliche Verfügbarkeit von Informationen über die Erreichbarkeit und bauliche Barrierefreiheit der Einrichtung (Webseite, Informationsfolder u. Ä.); (82 Prozent der Einrichtungen)
 - » die in Abteilungen definierten Ansprechpartnerinnen/-partner für Qualitäts- oder und Risikomanagementarbeit (83 Prozent der Einrichtungen)
 - » die strukturierte Dokumentenlenkung (85 Prozent der Einrichtungen)
 - » alle Mitarbeiter/innen die entsprechend ihrem Einsatzgebiet nachweislich über einrichtungsinterne medizinische Notfälle geschult sind (87 Prozent bzw. 132 von 151 Einrichtungen, die ein Schulungskonzept für Notfälle haben)
 - » die Durchführung regelmäßiger Mitarbeiterbefragungen (86 Prozent der Einrichtungen)
- » Die Mindestanforderung, die seit 2012 den stärksten Anstieg (Zunahme von mehr als 20 Prozent seit 2012) verzeichnen konnten ist:
- » die Implementierung eines strukturierten Vorgehens im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement) (2012: 65 Prozent, 2017: 96 Prozent)

Die im Anhang 1 befindliche Übersichtstabelle weist Fragen zu den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement jeweils mit einem Sternchen („*“) aus (siehe auch Text in der Legende), mit Ausnahme der Fragen zu den Mindestanforderungen, die mit Mehrfachantworten hinterlegt sind.

3.6 Gegenüberstellung der Ergebnisse aus den Berichtsjahren 2012, 2015 und 2017

Für das Berichtsjahr 2012 haben 169 Akutkrankenhäuser, für 2015 161 Akutkrankenhäuser und für 2017 155 Akutkrankenhäuser an der gesetzlich verpflichtenden Qualitätsberichterstattung teilgenommen. Die Teilnahmequoten lagen jeweils bei 100 Prozent. Die schwankende Zahl an Einrichtungen in der Grundgesamtheit ist entweder auf organisatorische Änderungen (z. B. wurden mehrere Krankenhäuser eines Krankenanstaltenträgers zu einem Verbund zusammengefasst) oder auf Schließungen bzw. Neueröffnungen zurückzuführen und bedingt, dass sich die prozentualen Angaben in Tabelle 3.13 auf unterschiedliche Grundgesamtheiten beziehen. Es werden in der Tabelle nur jene Fragen von 2017 dargestellt, welche zumindest mit einer der Erhebungen der Vorjahre verglichen werden können. Die Gesamttabelle 2017 mit Angaben zu den Fragen die mit Ja beantwortet werden können, befindet sich im Anhang 1.

Bei 32 von 38 Fragen für die ein Vergleich mit den Vorjahren möglich ist, kommt es zu einer kontinuierlichen Verbesserung. Bei diesen Fragen liegt der Prozentwert 2017 jedenfalls über dem Ausgangswert von 2012 bzw. 2015. 2 Fragen erfüllen alle Einrichtungen, wie bereits im Berichtsjahr 2015 als erstmalig danach gefragt wurde. Dies betrifft den Datenschutz und den Schutz vor Datenverlust. Insbesondere ist eine Zunahme bei den in Verwendung befindlichen Qualitätsmodellen sichtbar. Gleichzeitig nahm auch die strukturierte Dokumentlenkung über die Jahre stark zu. Eine

deutliche Zunahme ist auch bei der Verankerung eines Modells/Konzepts zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) feststellbar. Zum Teil sind die Änderungen jedoch geringfügig und bewegen sich im Bereich von wenigen Prozentpunkten.

Die wenigen Ergebnisse die im Jahresvergleich 2015/2017 abgenommen haben, sind die Angaben zur Veröffentlichung von Berichten über die Qualitätsarbeit (von 37 Prozent auf 29 Prozent) bzw. Veröffentlichung von Hygieneberichten (von 12 Prozent auf 5 Prozent). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass zwar die Frage über die Veröffentlichung der Berichte gleichgeblieben ist, jedoch für das Berichtsjahr 2017 die Eingabe des Links auf den jeweiligen Bericht verpflichtend war.

Tabelle 3.13:

Ergebnisse aus der Erhebung von Qualitätssystemen in Akutkrankenhäusern 2017 im Vergleich zu den Berichtsjahren 2012 und 2015

	Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten		
	2012 (N = 169)	2015 (N = 161)	2017 (N = 155)
strategische Verankerung der Qualitätsarbeit			
Ist in ein Leitbild definiert?	83 %	88 %	94 %
Ist eine Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt?	71 %	83 %	90 %
strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit			
Gibt es eine Geschäftsordnung für die QSK?	79 %	83 %	90 %
Gibt es Protokolle der regelmäßigen Sitzungen der QSK?	-	91 %	97 %
Gibt es Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit einer speziellen Qualitätsmanagementausbildung ? (genaue Zahl ermittelbar bzw. geschätzt)	88 %	91 %	94 %
Gibt es Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit einer speziellen Risikomanagementausbildung ? (genaue Zahl ermittelbar bzw. geschätzt)	75 %	88 %	91 %
Sind die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert?	-	100 %	99 %
Sind patientenbezogene (elektronische) Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (z. B. durch Passwörter)?	-	100 %	100 %
Sind patientenbezogene (elektronische) Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt ?	-	100 %	100 %
Werden sensible Betriebsmittel wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch, Suchtgiftvignetten oder papiergebundene Daten diebstahlgeschützt aufbewahrt ?	-	88 %	98 %
Gibt es eine strukturierte Dokumentenlenkung ?	-	66 %	85 %
Qualitätsmodelle			
Sind Qualitätsmodelle (ISO, EFQM, KTQ etc.) in der Einrichtung implementiert?	46 %	51 %	79 %
Prozesse			
Ist ein strukturiertes Aufnahmemanagement implementiert?	-	87 %	91 %
Bericht über die Qualitätsarbeit			
Wird – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung – ein eigener Bericht über die Qualitätsarbeit erstellt (einrichtungseigener Bericht oder z. B. auch ein Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes)?*	-	67 %	76 %
Wird dieser Bericht veröffentlicht? Ja, der einrichtungseigene Bericht bzw. der Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes wird veröffentlicht.		29 % (N = 108)	27 % (N = 118)
Wird dieser Bericht veröffentlicht? Ja, es gibt allerdings zwei Versionen – eine für die interne Verwendung und eine für die Öffentlichkeit.		8 % (N = 108)	1 % (N = 118)
Patientenorientierung			
Werden Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht (z. B. Patientencharta)?	-	97 %	99 %
Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen/Patienten			
Gibt es ein strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement ?	75 %	90 %	96 %
Bekommen Patientinnen und Patienten eine individuelle Rückmeldung auf schriftlich eingebrachte Vorschlägen bzw. Beschwerden (Ausnahme anonyme Meldung)?	88 %	94 %	98 %
Werden für Patientinnen und Patienten im Bedarfsfall Informationen zu Patienten-anwaltschaften (Länder), Ombuds-/Beschwerdestellen (Sozialversicherungsträger, Einrichtungsträger), Schieds- und Schlichtungsstellen (Ärztchenkammern) bereitgestellt?	-	89 %	96 %

*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

	Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten		
	2012 (N = 169)	2015 (N = 161)	2017 (N = 155)
Mitarbeiterorientierung			
Gibt es ein Personalentwicklungskonzept ?	–	66 %	78 %
Werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter regelmäßig ermittelt?	–	87 %	94 %
Werden Fort- und Weiterbildungen für alle bzw. einzelne Mitarbeitergruppen strukturiert erfasst?	66 %	95 %	97 %
Gibt es eine zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung für alle Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter bzw. für einzelne Mitarbeitergruppen?	85 %	89 %	92 %
Ist ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ein betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert?	57 %	78 %	82 %
Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter?	55 %	72 %	72 %
Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit			
Gibt es ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement)?	65 %	89 %	96 %
Werden Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mithilfe eines standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken bei Patientinnen/Patienten informiert, z. B. über Allergien, Verwirrtheit?	–	88 %	92 %
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?	–	47 %	59 %
Krankenhaushygiene			
Gibt es zusätzlich zum Hygieneteam eine Hygienekommission ?	–	49 %	58 %
Nimmt die Einrichtung an Hygieneprojekten teil wie z. B. an der Aktion saubere Hände, an PPS (Punkt-Prävalenz-Untersuchung)?	–	57 %	72 %
Gibt es eine(n) Antibiotika-Beauftragte(n) oder eine Antibiotika-Kommission ?	–	65 %	66 %
Werden Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung umgesetzt?	–	48 %	51 %
Gibt es eine Erfassung des Antibiotika-Verbrauches ?	–	74 %	75 %
Wird regelmäßig stationsbasiert der Antibiotika-Verbrauch erhoben?	–	74 % (N = 88)	74 % (N = 117)
Erheben Sie den Desinfektionsmittelverbrauch , z. B. von Händedesinfektionsmitteln?	–	86 %	90 %
Wird ein Hygienebericht erstellt?	–	84 %	88 %
Wird dieser Hygienebericht veröffentlicht? Ja, der einrichtungseigene Bericht bzw. der Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes wird veröffentlicht	–	12 % (N = 135)	2 % (N = 136)
Wird dieser Hygienebericht veröffentlicht? Ja, es gibt allerdings zwei Versionen (eine für die interne Verwendung und eine für die Öffentlichkeit)	–	–	3 % (N = 136)
kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)			
Ist in der Einrichtung ein Modell/Konzept zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) verankert?	53 %	67 %	86 %

Quelle und Darstellung: GÖG

*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

4 Diskussion und Schlussfolgerung

Für teilnehmende Einrichtungen, Krankenanstaltenträger und Vertreter/innen der Länder wurde mit der Qualitätsplattform die Möglichkeit geschaffen, sich mit aggregierten Ergebnissen (Österreich gesamt) zu vergleichen, um daraus etwaige Verbesserungen für die eigene(n) Einrichtung(en) abzuleiten. Zudem wurde in der Vergangenheit Ländern, sowie dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds Einblick in die Daten ihrer Akutkrankenhäuser gewährt. Hierzu wurden die Daten inkl. vorgefertigter Auswertungen für die weitere Verwendung wie z. B. der Berichtslegung des Landes übermittelt. Erstmals für 2019 wird den teilnehmenden Einrichtungen und Organisationen der Zugang zu einem Online-Tool ermöglicht, mit dem die Ergebnisse nicht nur online abrufbar sind, sondern auch differenzierter dargestellt und ausgewertet werden können.

4.1 Limitationen

Die in dem Bericht dargestellten Daten beruhen auf den Selbstbewertungen der Akutkrankenhäuser. Im Regelfall übernimmt das qualitätsbeauftragte Personal die Dateneingabe. Nach interner Prüfung der Angaben und gegebenenfalls Prüfung durch den Krankenanstaltenträger, werden die Daten zur weiteren Verwendung für die Gesundheit Österreich GmbH freigegeben. Manche Krankenanstaltenträger, die die Qualitätsarbeit zentral koordinieren, übernehmen die Dateneingabe für ihre Einrichtungen.

Eine Limitierung der Vergleichbarkeit der aktuellen Daten mit den Vorjahren besteht darin, dass – die Fragen hinsichtlich Verständlichkeit, Logik und inhaltlicher Präzision zusammen mit Expertinnen und Experten kontinuierlich angepasst wurden und werden. Ein direkter Vergleich von Fragen ist jedoch nur zulässig, wenn sich an der Frageformulierung nichts geändert hat. Aus diesem Grund wurden in der Tabelle 3.13 nur jene Fragen dargestellt, für die ein Vergleich zulässig ist.

Zudem stellt auch die Änderung der Grundgesamtheit eine Limitierung für die Vergleichbarkeit der Daten dar.

4.2 Weitere Vorgehensweise

Um die Kontinuität der Qualitätsverbesserung in Krankenanstalten zu gewährleisten, wird die gesetzlich verpflichtende Qualitätsberichterstattung in regelmäßigen Abständen durchgeführt. In den Gremien zur Gesundheitsreform Zielsteuerung-Gesundheit wird die Entscheidung gefällt, wann die nächste gesetzlich verpflichtende Qualitätsberichterstattung erfolgen soll.

In Arbeitsgruppen, die sich aus Expertinnen und Experten von Bund, Ländern, Sozialversicherungen und Gesundheitseinrichtungen zusammensetzen, wird der in der Qualitätsplattform verankerte Fragebogen regelmäßig adaptiert und optimiert. Etwaige Hinweise aus den Einrichtungen, Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen bzw. Empfehlungen sowie Erfahrungen, die aus der Arbeit für die Qualitätsberichterstattung resultieren, werden in der Arbeitsgruppe diskutiert und bei der kommenden Überarbeitung des Fragebogens berücksichtigt.

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

BMASGK (2018): Klassifikation der österreichischen Krankenanstalten. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien

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

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

Anhang

Anhang 1: Ergebnisse aus der Erhebung von Qualitätssystemen in Akutkrankenhäusern 2017

Anhang 2: Kriterien zur Erfüllung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Anhang 1

Ergebnisse aus der Erhebung von Qualitätssystemen in Akutkrankenhäusern
2017

Ergebnisse aus der Erhebung von Qualitätssystemen in Akutkrankenhäusern 2017 für Fragen die mit Ja beantwortet werden können

	Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten
	2017 (N = 155)
strategische Verankerung der Qualitätsarbeit	
Ist in ein Leitbild definiert?	94 %
Ist eine Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt?*	90 %
Sind aus der Qualitätsstrategie konkrete Qualitätsziele abgeleitet?	97 % (N = 139)
strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit	
Gibt es eine Geschäftsordnung für die QSK?*	90 %
Gibt es Protokolle der regelmäßigen Sitzungen der QSK?*	97 %
Gibt es eine schriftliche Vorgabe, wie mit den Empfehlungen der QSK umzugehen ist?*	68 %
Angabe von Vollzeitäquivalenten (VZÄ) für die einrichtungswerte Koordination von Qualitäts- und Risikomanagementarbeit (<i>Frage für die Auswertung leicht adaptiert</i>)	74 %
Gibt es in den Abteilungen definierte Ansprechpartnerinnen/-partner für Qualitäts- oder/und Risikomanagementarbeit ?*	83 %
Gibt es Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit einer speziellen Qualitätsmanagementausbildung ? (genaue Zahl ermittelbar bzw. geschätzt)	94 %
Gibt es Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mit einer speziellen Risikomanagementausbildung ? (genaue Zahl ermittelbar bzw. geschätzt)	91 %
Sind die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert?*	99 %
Sind patientenbezogene (elektronische) Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (z. B. durch Passwörter)?*	100 %
Sind patientenbezogene (elektronische) Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt ?*	100 %
Gibt es eine definierte Person, die die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften (sowohl gesetzliche als auch einrichtungsinterne Vorgaben) sicherstellt?	97 %
Gibt es eine definierte Person, die die Einhaltung von Sicherheitsvorschriften der IT (sowohl gesetzliche als auch einrichtungsinterne Vorgaben) sicherstellt?	95 %
Werden sensible Betriebsmittel wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch, Suchtgiftvignetten oder papiergebundene Daten diebstahlgeschützt aufbewahrt?*	98 %
Gibt es eine strukturierte Dokumentenlenkung ?*	85 %
Qualitätsmodelle	
Sind Qualitätsmodelle (ISO, EFQM, KTQ etc.) in der Einrichtung implementiert?	79 %

*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

	Anteil der Akut- krankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten
	2017 (N = 155)
Prozesse	
Ist ein Konzept für einrichtungsinterne medizinische Notfälle ausgearbeitet?*	99 %
Wird ein entsprechendes Notfallequipment in den jeweiligen Funktionseinheiten/Abteilungen bereitgehalten?	98 %
Wird dieses Notfallequipment regelmäßig einer Prüfung unterzogen und dies im erforderlichen Maße dokumentiert?	100 % (N = 152)
Gibt es ein Schulungskonzept , um Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter für einrichtungsinterne medizinische Notfälle zu schulen ?*	97 %
Sind alle bzw. ein Teil der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter entsprechend ihrem Einsatzgebiet nachweislich geschult?*	100 % (N = 151)
Ist ein strukturiertes Aufnahmemanagement implementiert?	91 %
Orientiert sich das strukturierte Aufnahmemanagement an der BQLL AUFEM - der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement?	87 % (N = 141)
Wird bei der Aufnahme von Patientinnen und Patienten deren Ernährungsstatus erhoben?	75 %
Gibt es einen standardisierten Prozess zur Betreuung mangelernährter Patientinnen und Patienten?	54 %
Ist ein indirektes Entlassungsmanagement implementiert, im Zuge dessen Patientinnen/Patienten den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne eines Case-Managements quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen durchlaufen?	78 %
Orientiert sich das indirekte Entlassungsmanagement an der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM)?	96 % (N = 121)
OP-Organisation	
Ist eine Operationseinheit (exkl. Eingriffsräumen) vorhanden?	87 %
Wird in der OP-Einheit eine OP-Sicherheitscheckliste entsprechend den WHO-Empfehlungen angewandt?	99 % (N = 135)
Bericht über die Qualitätsarbeit	
Wird – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung – ein eigener Bericht über die Qualitätsarbeit erstellt (einrichtungseigener Bericht oder z. B. auch ein Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes)?*	76 %
Wird dieser Bericht veröffentlicht ? Ja, der einrichtungseigene Bericht bzw. der Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes wird veröffentlicht.	27 % (N = 118)
Wird dieser Bericht veröffentlicht ? Ja, es gibt allerdings zwei Versionen – eine für die interne Verwendung und eine für die Öffentlichkeit.	1 % (N = 118)
Patientenorientierung	
Werden Patientinnen und Patienten durch spezifische Maßnahmen (z. B. Informationsbroschüren, Patienteninformationsmappe, Merkblätter) in ihrer Gesundheitskompetenz unterstützt ?	99 %
Werden Maßnahmen zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung durchgeführt?	89 %
Werden Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht (z. B. Patientencharta)?	99 %
Werden regelmäßig Schulungen zum Thema Patientenrechte für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter angeboten?	59 %

*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

	Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten
	2017 (N = 155)
Werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt?*	97 %
Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?*	92 % (N = 151)
Ist die Einrichtung barrierefrei zugänglich?*	97 %
Sind Informationen über die Erreichbarkeit und bauliche Barrierefreiheit der Einrichtung öffentlich verfügbar (Webseite, Informationsfolder u. Ä.)?*	82 %
Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen/Patienten	
Gibt es ein strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement ?	96 %
Bekommen Patientinnen und Patienten eine individuelle Rückmeldung auf schriftlich eingebrachte Vorschlägen bzw. Beschwerden (Ausnahme anonyme Meldung)?	98 %
Werden aus Vorschlägen und Beschwerden auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?	90 %
Werden für Patientinnen und Patienten im Bedarfsfall Informationen zu Patientenanwaltschaften (Länder), Ombuds-/Beschwerdestellen (Sozialversicherungsträger, Einrichtungsträger), Schieds- und Schlichtungsstellen (Ärztckammern) bereitgestellt?	96 %
Mitarbeiterorientierung	
Werden regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durchgeführt?*	86 %
Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?*	93 % (N = 133)
Werden regelmäßig strukturierte Mitarbeitergespräche geführt?*	96 %
Gibt es ein Personalentwicklungskonzept ?*	78 %
Werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter regelmäßig ermittelt?*	94 %
Werden Fort- und Weiterbildungen für alle bzw. einzelne Mitarbeitergruppen strukturiert erfasst?*	97 %
Gibt es eine zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung für alle Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter bzw. für einzelne Mitarbeitergruppen?	92 %
Ist ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ein betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert?	82 %
Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter?	72 %
Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit	
Gibt es ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement)?*	96 %
Werden Instrumente des Risikomanagements verwendet?*	98 %
Welche Instrumente des Risikomanagements werden verwendet?*	81 % (N = 152)
» einrichtungsinterne/trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme (Reporting-&Learning-Systeme)	52 % (N = 152)
» übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at)	85 % (N=152)
» Risikoanalyse	64 % (N = 152)
» Risikoaudit	60 % (N = 152)
» Fehleranalyse (z. B. anhand des London-Protokolls)	47 % (N = 152)
» andere Instrumente bzw. ein anderes Instrument, welches hier nicht angeführt wird	

*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

	Anteil der Akutkrankenhäuser, die die Fragen mit Ja beantworteten
	2017 (N = 155)
Ist ein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit implementiert (inkl. Interaktionsprüfung)?	37 %
Werden Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter mithilfe eines standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken bei Patientinnen/Patienten informiert, z. B. über Allergien, Verwirrtheit?*	92 %
Sind Unterstützungsmaßnahmen (z. B. „peer support groups“ und/oder professionelle Hilfe) für Angehörige der Gesundheitsberufe , die an Fehlern und Zwischenfällen beteiligt waren („ <i>second victim</i> “), implementiert?	59 %
Krankenhaushygiene	
Orientiert sich die Krankenhaushygiene am bundesweiten Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene ?	97 %
Gibt es zusätzlich zum Hygieneteam eine Hygienekommission ?	58 %
Gibt es die Möglichkeit, im Anlassfall die Hygienekommission einzuberufen?	100 % (N = 90)
Nimmt die Einrichtung an Hygieneprojekten teil wie z. B. an der Aktion saubere Hände, an PPS (Punkt-Prävalenz-Untersuchung)?	72 %
Gibt es eine(n) Antibiotika-Beauftragte(n) oder eine Antibiotika-Kommission ?	66 %
Werden Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung umgesetzt?	51 %
Gibt es eine Erfassung des Antibiotika-Verbrauches ?	75 %
Wird regelmäßig stationsbasiert der Antibiotika-Verbrauch erhoben?	74 % (N = 117)
Erheben Sie den Desinfektionsmittelverbrauch , z. B. von Händedesinfektionsmitteln?	90 %
Wird ein Hygienebericht erstellt?	88 %
Wird dieser Hygienebericht veröffentlicht ? Ja, der einrichtungseigene Bericht bzw. der Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes wird veröffentlicht	2 % (N = 136)
Wird dieser Hygienebericht veröffentlicht ? Ja, es gibt allerdings zwei Versionen (eine für die interne Verwendung und eine für die Öffentlichkeit)	3 % (N = 136)
kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)	
Ist in der Einrichtung ein Modell/Konzept zum kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) verankert?	86 %

Quelle und Darstellung: GÖG

*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Anhang 2

Kriterien zur Erfüllung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Kriterien zur Erfüllung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Fragen zu Mindestanforderungen an QM	Antwortmöglichkeiten	Mindestanforderungen an QM erfüllt, wenn Antwort:
Ist in Ihrer Einrichtung eine Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Wem wird die Qualitätsstrategie kommuniziert? (Mehrfachantworten möglich)	1 = Obere Führungsebene 2 = Mittlere Führungsebene 3 = Allen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern	= 1 und/oder 2 und/oder 3
Sind aus der Qualitätsstrategie konkrete Qualitätsziele abgeleitet?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Wie wirken sich die aus der Qualitätsstrategie abgeleiteten Ziele in der täglichen Arbeit aus? (Mehrfachantworten möglich)	1 = Qualitätsziele werden allen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern kommuniziert. 2 = Kennzahlen zur Messung, wie weit Qualitätsziele erreicht sind, sind festgelegt. 3 = Zielerreichung wird anhand von festgelegten Kennzahlen überprüft	= 1 und/oder 2 und/oder 3
Die QSK ist gesetzlich verankert. Sie besteht in Ihrer Einrichtung aus Vertreterinnen/Vertretern folgender Berufsgruppen/Bereiche: (Mehrfachantworten möglich)	1 = Ärztlicher Dienst 2 = Pflegedienst 3 = Gehobener medizinisch-technischer Dienst 4 = Verwaltungsdienst 5 = Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Universität dienen: Vertreter/in des Rektorats bzw. Universitätsprofessor/in der Medizinischen Universität 6 = Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät an einer Universität dienen: Vizerektor/in für den medizinischen Bereich bzw. Universitätsprofessor/in der medizinischen Universität 7 = Qualitäts- und/oder Risikomanagement 8 = Psychologischer Dienst 9 = Psychotherapeutischer Dienst 10 = Hebammen 11 = Hygieneteam 12 = Rechtsträger 13 = Betriebsrat/Personalvertretung 14 = Sonstige	= 1 und 2 und 3 und 4
Gib es eine Geschäftsordnung für die QSK?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Gibt es Protokolle zu den regelmäßigen Sitzungen der QSK?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Gibt es eine schriftliche Vorgabe, wie mit den Empfehlungen der QSK in Ihrer Einrichtung umzugehen ist?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Gibt es in den Abteilungen definierte Ansprechpartner/innen für Qualitäts- oder/und Risikomanagement-Arbeit?	1 = Ja 2 = Nein	= 1

Fragen zu Mindestanforderungen an QM	Antwortmöglichkeiten	Mindestanforderungen an QM erfüllt, wenn Antwort:
Wie wird in Ihrer Einrichtung sichergestellt, dass für alle Gesundheitsberufe der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist? (Mehrfachantworten möglich)	1 = Wissensmanagement 2 = Arbeitsplätze mit Internetzugang 3 = Arbeitsplätze mit Zugang zu Meta-Datenbanken für fachspezifische Publikationen 4 = Einrichtungsinterne (elektronische) Bibliothek 5 = Medizinische Universitätsbibliothek 6 = Bereitstellen von Fachzeitschriften 7 = Sonstige	= 1 und/oder 2 und/oder 3 und/oder 4 und/oder 5 und/oder 6
Wie werden Mitarbeiter/innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert? (Mehrfachantworten möglich)	1 = Elektronisches Dokumentenlenkungssystem 2 = Bereitstellung im Intranet (u. a. Links zu Webseiten von Fachverbänden) 3 = E-Mail-Aussendungen des Trägers und/oder der kollegialen Führung 4 = Dokumente werden in Druckform / als Informationsmappe zur Verfügung gestellt 5 = Teambesprechung 6 = Fortbildungen 7 = Sonstige	= 1 und/oder 2 und/oder 3 und/oder 4 und/oder 5 und/oder 6
Sind die Mitarbeiter/innen nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Sind patientenbezogene (elektronische) Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (z. B. durch Passwörter)?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Sind patientenbezogene (elektronische) Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Werden sensible Betriebsmittel wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch, Suchtgiftvignetten oder papiergebundene Daten diebstahlgeschützt aufbewahrt?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Gibt es in Ihrer Einrichtung eine strukturierte Dokumentenlenkung?*	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Welche Leistungsprozesse sind in Ihrer Einrichtung schriftlich definiert? (Mehrfachantworten möglich)	1 = Aufnahmemanagement 2 = Entlassungsmanagement 3 = Hygienemanagement 4 = Patientenorientiertes Blutmanagement (Patient Blood Management) 5 = Präoperative Diagnostik 6 = Wartezeitenmanagement für Operationstermine 7 = Schmerzmanagement 8 = Dekubitusprävention 9 = Sturzprävention 10 = Prävention von Mangelernährung 11 = Management von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen 12 = Management von Medikationssicherheit (z. B. Polypharmazie, PIM) 13 = Weitere	= 1 und/oder 2 und/oder 3 und/oder 4 und/oder 5 und/oder 6 und/oder 7 und/oder 8 und/oder 9 und/oder 10 und/oder 11 und/oder 12 (mind. 3 Mehrfachantworten)

Fragen zu Mindestanforderungen an QM	Antwortmöglichkeiten	Mindestanforderungen an QM erfüllt, wenn Antwort:
Ist ein Konzept für einrichtungsin- terne medizinische Notfälle ausgear- beitet?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Gibt es ein Schulungskonzept, um Mitarbeiter/innen für einrichtungsin- terne medizinische Notfälle zu schu- len?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Sind die Mitarbeiter/innen entspre- chend ihres Einsatzgebietes nach- weislich geschult?	1 = Ja, alle Mitarbeiter/innen 2 = Ja, ein Teil der Mitarbeiter/innen 3 = Nein	= 1
Wird in Ihrer Einrichtung – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden öster- reichweiten Qualitätsberichterstattung (Qualitätsplattform) – ein eigener Be- richt über die Qualitätsarbeit erstellt (einrichtungseigener Bericht oder z. B. auch ein Kapitel in einem Sammelbe- richt des Trägers/Fonds/Landes)?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Werden Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte und Pflichten auf- merksam gemacht?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Werden in Ihrer Einrichtung regelmä- ßig Patientenbefragungen durchge- führt?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Werden aus den Befragungen auf Ba- sis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Ist Ihre Einrichtung barrierefrei zu- gänglich?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Sind Informationen über die Erreich- barkeit und bauliche Barrierefreiheit Ihrer Einrichtung öffentlich verfügbar (Webseite, Informationsfolder u. ä.)?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Werden in Ihrer Einrichtung regelmä- ßig Mitarbeiterbefragungen durchge- führt?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Werden in Ihrer Einrichtung regelmä- ßig strukturierte Mitarbeitergespräche geführt?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Gibt es in Ihrer Einrichtung ein Perso- nalentwicklungskonzept?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche Ihrer Mitar- beiter/innen regelmäßig ermittelt?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Werden Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter/innen strukturiert er- fasst?	1 = Ja, für alle Mitarbeitergruppen 2 = Ja, für einzelne Mitarbeitergruppen 3 = Nein	= 1

Fragen zu Mindestanforderungen an QM	Antwortmöglichkeiten	Mindestanforderungen an QM erfüllt, wenn Antwort:
Die Einschulung der Mitarbeiter/innen auf die Anwendung entsprechend der in ihrem Einsatzgebiet erforderlichen medizinischen Geräte ist gesetzlich vorgeschrieben. Wann werden Mitarbeiter/innen auf die Anwendung geschult? (Mehrfachantworten möglich)	1 = Bei Dienstantritt (neuer Mitarbeiter/innen) 2 = Nach längerer Abwesenheit (der Mitarbeiterin / des Mitarbeiters) 3 = Beim Einsatz neuer Geräte 4 = Sonstige	= 1 und 2 und 3
Gibt es in Ihrer Einrichtung ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement)?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Werden Instrumente des Risikomanagements in Ihrer Einrichtung verwendet? (Mehrfachantworten möglich)	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Werden Mitarbeiter/innen mithilfe eines standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken bei Patientinnen/Patienten informiert z. B. Allergien, Verwirrtheit?	1 = Ja 2 = Nein	= 1
Auf Basis welcher Daten/Auswertungen werden kontinuierliche Verbesserungen initiiert? (Mehrfachantworten möglich)	1 = Patientenbefragungen 2 = Mitarbeiterbefragungen 3 = Interne/externe Audits oder Visitationen 4 = Beschwerde-/Feedbackmanagement, Ombuds-/Beschwerdestelle 5 = Risikomanagement, z. B. aus Fehlermelde- und Lernsystemen 6 = Fälle von Personenschaden 7 = Hygienedaten 8 = Routinedaten, z. B. Abrechnungsdaten, Patientendaten, Kostendaten, Leistungsdaten 9 = A-IQI, z. B. auf Basis von Peer Reviews 10 = Controlling, z. B. Aufzeichnungen, Auswertungen, Berichte oder Planungen der Controlling-Abteilung, Balanced Scorecard – (BSC) 11 = Betriebliches Vorschlagswesen / Ideenmanagement 12 = Sonstige	= 1 und/oder 2 und/oder 3 und/oder 4 und/oder 5 und/oder 6 und/oder 7 und/oder 8 und/oder 9 und/oder 10 und/oder 11 und/oder 12 (mind. 3 Mehrfachantworten)

Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform