

QUALITÄTSSTRUKTUREN in PRIKRAF Krankenanstalten

Von der Gesundheit Österreich GmbH wurde für den PRIKRAF folgende Branchenauswertung der Qualitätsarbeit in den Privatkliniken erstellt. Der vorliegende Bericht dokumentiert den Entwicklungsstand der Qualitätsstrukturen und -arbeit in Privatkrankenanstalten für das Erhebungsjahr 2015. Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen der bundesweiten Erhebung der Qualitätssysteme in Akutkrankenhäusern über die von der GÖG betriebene webbasierte Qualitätsplattform www.qualitaetsplattform.at und sind auch Datenbasis für die Qualitätskriterien des Informationsportals www.kliniksuche.at für Patientinnen und Patienten, das im April 2016 online ging. Mit kliniksuche.at wird erstmals eine qualitätsgesicherte, neutrale Information darüber zur Verfügung gestellt, in welchen Krankenhäusern bestimmte Krankenbehandlungen wie häufig und unter welchen Bedingungen angeboten werden.

Inhalt

Abbildungen und Tabellen	
Abkürzungsverzeichnis.....	
1	Einleitung
2	Qualitätsstrukturen in Privatkliniken
2.1	Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit
2.2	Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit
2.2.1	Qualitätssicherungskommission (QSK)
2.2.2	Informationswesen
2.2.3	Dokumentenmanagement/Datenschutz
2.2.4	Einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit
2.2.5	Qualitäts-Ansprechpersonen in Abteilungen und QM-Ausbildungen
2.3	Qualitätsmodelle.....
2.3.1	Allgemeines Qualitätsmodell
2.3.2	Spezielle Qualitätsmodelle.....
2.4	Qualitätsarbeit
2.4.1	Prozesse
2.4.2	Bericht über die Qualitätsarbeit
2.4.3	Patientenorientierung
2.4.4	Mitarbeiterorientierung
2.4.5	Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden.....
2.4.6	Externe Qualitätssicherung.....
2.5	Risikomanagement, Patienten- und Mitarbeitersicherheit
2.5.1	Einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements
2.5.2	Risikomanagement-Ansprechpersonen in Abteilungen und RM-Ausbildung
2.6	Krankenhaushygiene.....
2.6.1	Hygieneteam.....
2.6.2	Hygienekommission
2.6.3	Überwachung nosokomialer Infektionen / Antibiotika-Verwendung und einrichtungsübergreifende Hygieneprojekte.....
2.6.4	Bericht über Hygiene
2.7	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

Abkürzungsverzeichnis

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
BMG	Gesundheitsministerium für Gesundheit
EFQM	European Foundation for Quality Management
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz (Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen)
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
MA QM	Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement
n	Umfang der Stichprobe
QM	Qualitätsmanagement
QSK	Kommission für Qualitätssicherung
RM	Risikomanagement
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

Die österreichische Qualitätsstrategie (GÖG/BIGQ 2010) sieht Qualitätsberichterstattung über alle Sektoren des Gesundheitswesens vor. Ein Element davon ist die regelmäßige Berichterstattung über die Qualitätssysteme in den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen. Diese Berichterstattung gibt einen Überblick über die Kapazitätsentwicklung von systematischer Qualitätsarbeit in Österreich und kann damit zum Ausgangspunkt für Steuerungsimpulse des Bundes, der Länder, der Sozialversicherung und der Gesundheitsdienstleister werden. Gleichzeitig stellt ein derartiges Berichtswesen auch ein Anreizsystem für die einzelnen Einrichtungen dar, ihre Kapazitäten für Qualitätsarbeit mit anderen zu vergleichen und zu verbessern.

In der KAKuG-Novelle 2011 (KAKuG, BGBl. I Nr. 147/2011) wurden die Länder verpflichtet, die Teilnahme aller Krankenanstalten (dazu zählen auch die stationären Rehabilitationseinrichtungen) an der regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung und zur entsprechenden Datenmeldung landesgesetzlich zu verankern. Für das Berichtsjahr 2012 konnten erstmals die Qualitätsstrukturen aller Privatkrankeanstalten und stationären Rehabilitationseinrichtungen in Österreich erhoben werden. Im Jahr 2016 erfolgte die zweite Erhebung für das Berichtsjahr 2015.

Mindestanforderungen an das Qualitätsmanagement

Die im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages festgelegten einheitlichen Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagement beschreiben den inhaltlichen Aufbau von Qualitätsarbeit für Gesundheitsdienstleister (Pelikan et al. 2016). Der Fragenkatalog zu den Mindestanforderungen an Qualitätsarbeit umfasst folgende Kategorien: Strukturqualitätskriterien, Prozesse (Leistungen), Risikomanagement, Patienten-/Mitarbeitersicherheit, Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung und Transparenz/Ergebnisqualität. Die rund 40 dazu definierten Fragen wurden in den Fragebogen 2015 zur Erhebung von Qualitätssystemen in Privatkrankehäuser integriert. Als Hinweis auf die Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement sind die entsprechenden Auswertungen mit (MA QM) gekennzeichnet.

2 Qualitätsstrukturen in PRIKRAF Krankenan- stalten

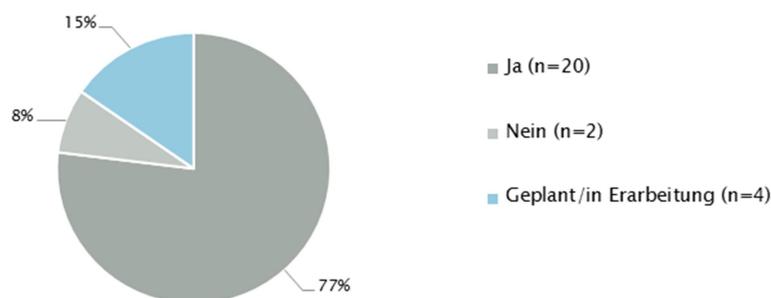
In den folgenden sieben Abschnitten werden die Qualitätssysteme in PRIKRAF Krankenhäusern beschrieben. Die ersten beiden Abschnitte widmen sich der strategischen und strukturellen Verankerung von Qualitätsarbeit in den Spitälern. Qualitätsmodelle, wie z. B. ISO, EFQM oder KTQ, finden sich im 3. Abschnitt. Mit den verschiedenen Instrumenten der Qualitätsarbeit, wie z. B. die Verwendung von Prozessen, Leitlinien oder Richtlinien, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, hausübergreifende Qualitätsprojekte, kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) beschäftigt sich Abschnitt 4. Die Bereiche Risikomanagement, Patienten- und Mitarbeitersicherheit werden im Abschnitt 5 behandelt. Mit den Themen Krankenhaushygiene und kontinuierlicher Verbesserungsprozess schließen die Abschnitte 6 und 7 das Kapitel.

2.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit

Die Verantwortung des Qualitätsmanagements ist in der obersten Führungsebene/Leitung angesiedelt. Die oberste Führung definiert Qualitätsziele, stellt notwendige Ressourcen zur Verfügung, überwacht deren Umsetzung und entwickelt diese Ziele kontinuierlich weiter.

Von 26 Krankenhäusern definierten 20 ein Leitbild¹ (77 %). In 4 Häusern wird derzeit ein Leitbild erarbeitet bzw. ist in Planung, 2 Häuser haben keines.

Abbildung 2.1:
Ist in den Einrichtungen ein Leitbild definiert?



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

¹ Anm.: Berücksichtigt sind Leitbilder von Einrichtung oder auch jene von Trägern, die für die Einrichtungen gelten. Nicht einbezogen sind Leitbilder für einzelne organisatorische Bereiche oder Berufsgruppen (z. B. Pflegeleitbild).

In 18 Krankenhäusern (69 %) ist eine Qualitätsstrategie² schriftlich definiert (MA QM), die in 6 Einrichtung(en) (33 %) veröffentlicht wird.

In 18 Häusern wird die Qualitätsstrategie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommuniziert (MA QM). 17 Einrichtungen haben aus ihrer Strategie konkrete Qualitätsziele³ nachweislich festgelegt (MA QM). In 17 Einrichtungen werden diese Ziele auch evaluiert, Kennzahlen zur Messung der Qualitätsziele sind in 14 Einrichtungen definiert (MA QM). Die Qualitätsziele werden in 17 Krankenhäusern den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommuniziert (MA QM).

2.2 Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit

2.2.1 Qualitätssicherungskommission (QSK)

Die Einrichtung einer Qualitätssicherungskommission (auch QSK oder Qualitätsmanagementkommission) ist im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG, § 5b (4)) verankert. Neben den Bundesvorgaben sind in den jeweiligen Landesgesetzen die Vertreter/innen nach Berufsgruppen aufgelistet, die dieser Kommission zumindest angehören müssen. Auch die Aufgaben der QSK sind in den genannten Gesetzen geregelt.

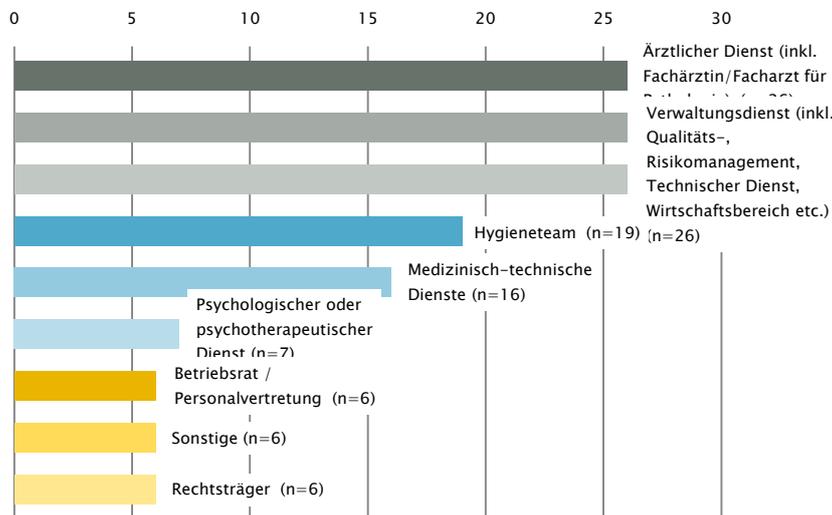
Insgesamt wurden von den 26 Spitälern 268 Mitglieder, die als Mitglieder in der QSK vertreten sind angegeben. Im Durchschnitt besteht eine QSK aus 10,3 Personen

Die zahlenmäßig am häufigsten vertretenen Berufsgruppen in den Qualitätssicherungskommissionen ist der Pflegedienst gefolgt vom ärztlichen Dienst. An dritter Stelle liegt die Berufsgruppe des Verwaltungsdienst (MA QM). Im Schnitt sind ca. 5 Berufsgruppen in der QSK je Krankenhaus vertreten (MA QM).

² Anm.: Es zählt die Qualitätsstrategie der Einrichtung oder auch jene des Trägers, die für die Einrichtung gilt.

³ Anm.: Qualitätsziele leiten sich aus der Qualitätsstrategie ab und sollen den allgemeinen Kriterien (spezifisch, messbar, erreichbar, realistisch, terminisiert) genügen.

Abbildung 2.2:
QSK-Vertreterinnen und -Vertreter nach Berufsgruppen



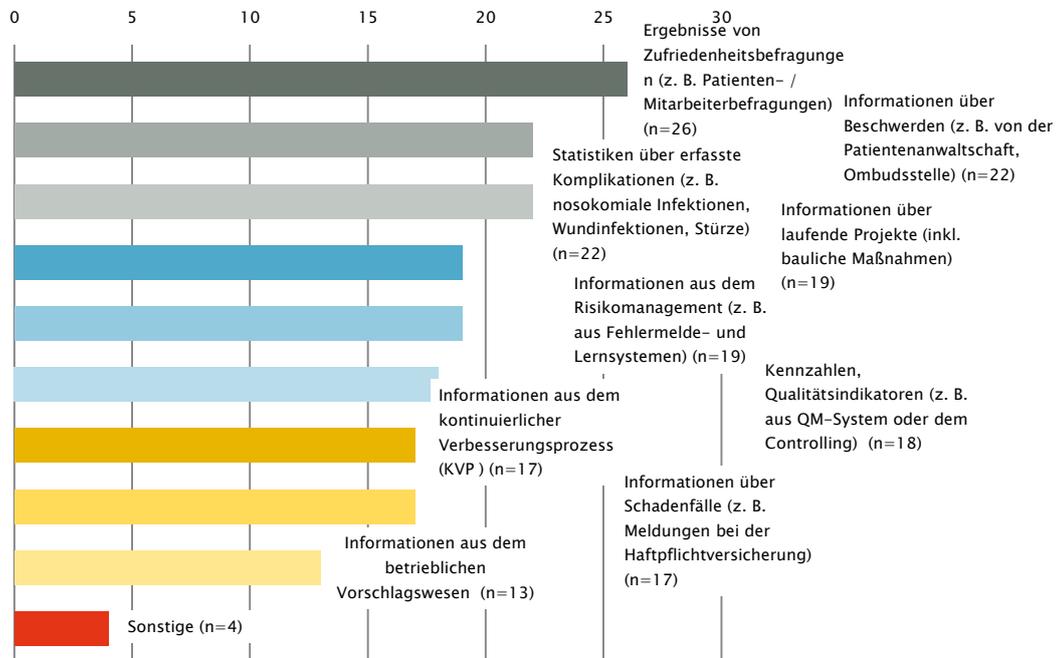
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In 14 Krankenhäusern (56 %) gibt es für die QSK eine Geschäftsordnung⁴ (MA QM).

Nachfolgende Abbildung gibt Auskunft über die Informationsquellen für die QSK. Am häufigsten erhält die QSK Informationen aus Ergebnissen von Zufriedenheitsbefragungen, Statistiken über erfasste Komplikationen (z. B. nosokomiale Infektionen, Wundinfektionen, Stürze) und Informationen über Beschwerden (z. B. von der Patientenanwaltschaft, Ombudsstellen). „Sonstige“ Informationen wurden von 4 Krankenhäusern als Antwortmöglichkeit gewählt.

⁴ Anm.: Die Geschäftsordnung eines Gremiums ist die schriftliche Zusammenfassung aller Verfahrensregelungen, nach denen Sitzungen und Versammlungen dieses Gremiums abzulaufen haben.

Abbildung 2.3:
Informationen, die die QSK regelmäßig erhält

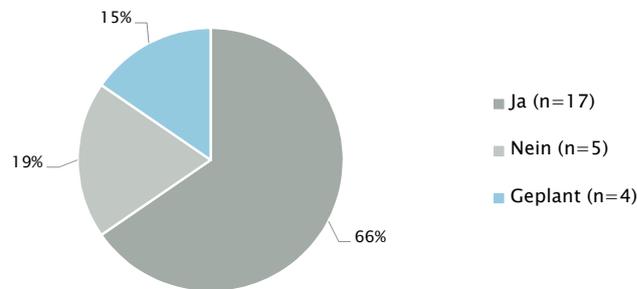


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Protokolle zu regelmäßigen Sitzungen der QSK werden in 20 Einrichtungen verfasst (MA QM), in diesen Einrichtungen finden Sitzungen meist vierteljährlich statt. Empfehlungen der QSK werden in 17 Einrichtungen (66 %) auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert bearbeitet, geplant ist dies in 4 Einrichtungen (15%) (MA QM).

Abbildung 2.4:

In wie vielen Einrichtungen werden die Empfehlungen der QSK auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert bearbeitet?



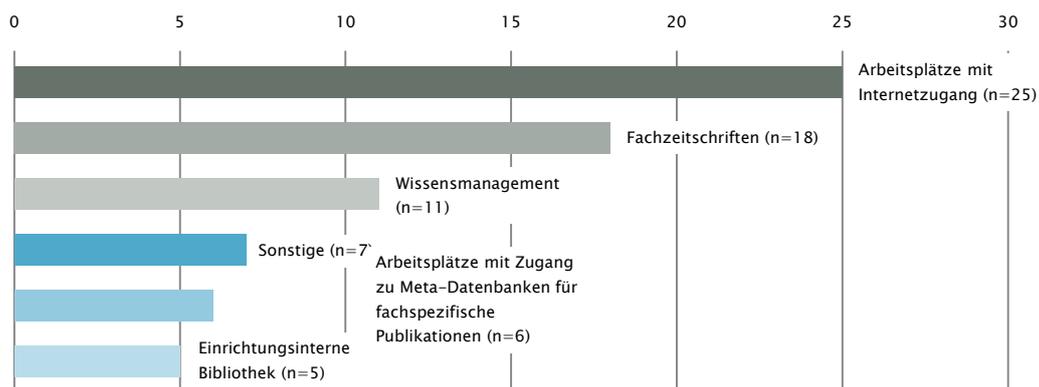
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

2.2.2 Informationswesen

In den Einrichtungen wird primär durch Arbeitsplätze mit Internetzugang und Fachzeitschriften sichergestellt, dass der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist (MA QM). Unter dem Punkt „Sonstige“ wurden von 7 Krankenhäusern u.a. folgende genannt: (Arbeitsplätze mit Zugang zu Meta-Datenbank für fachspezifische Publikationen und einrichtungsinterne Bibliothek)

Abbildung 2.5:

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



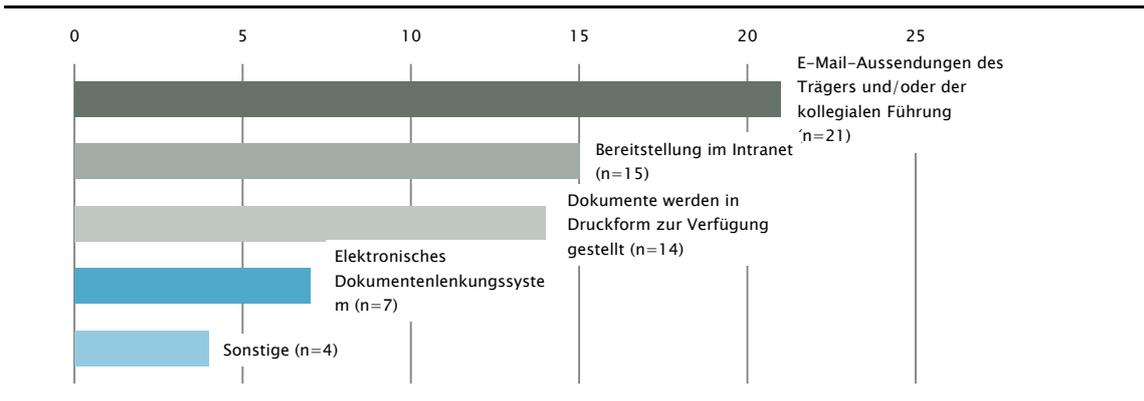
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Krankenhäuser stellen vor allem über E-Mail Aussendung des Trägers, Bereitstellung im Intranet und Dokumente werden in Druckform zur Verfügung gestellt sicher, dass ihre

Mitarbeiter/innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert sind. Außerdem wurden u.a. aushangspflichtige Gesetze und interne Fortbildungen genannt (MA QM).

Abbildung 2.6:

Wie wird in den Einrichtungen sichergestellt, dass die Mitarbeiter/innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert sind?



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

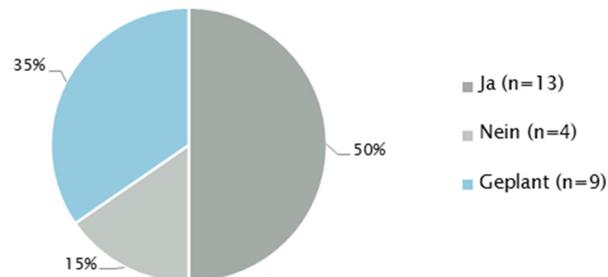
2.2.3 Dokumentenmanagement/Datenschutz

In allen Einrichtungen werden Mitarbeiter/innen nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert. (MA QM). In 13 (50 %) der Häuser gibt es eine strukturierte Dokumentenlenkung⁵, in 9 Häusern (35 %) ist die Etablierung geplant. (MA QM).

⁵ Anm.: Unter Lenkung von Dokumenten versteht man das geregelte Erstellen, Prüfen, Aktualisieren, Freigeben, Verteilen, Rückziehen und Archivieren von Dokumenten. Dadurch soll sichergestellt werden, dass alle Unterlagen, die in der Einrichtung verwendet werden, auf dem gültigen Stand und an den Stellen verfügbar sind, wo sie gebraucht werden.

Abbildung 2.7:

Gibt es in den Einrichtungen eine strukturierte Dokumentenlenkung?



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In allen Einrichtungen sind patientenbezogene Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (MA QM), unter anderem folgendermaßen: Passwörter, Regelung durch eine Verfahrensanweisung, Zugriffsberechtigungen je nach Abteilung eingeschränkt

Ebenso sind in allen Einrichtungen patientenbezogene Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt (MA QM), unter anderem folgendermaßen: regelmäßige Backups, servicersseitiger Backup, regelm. Datensicherung, standardisierter Ablauf

Sensible Betriebsmittel, wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, werden in 20 von 26 Einrichtungen diebstahlgeschützt aufbewahrt (MA QM).

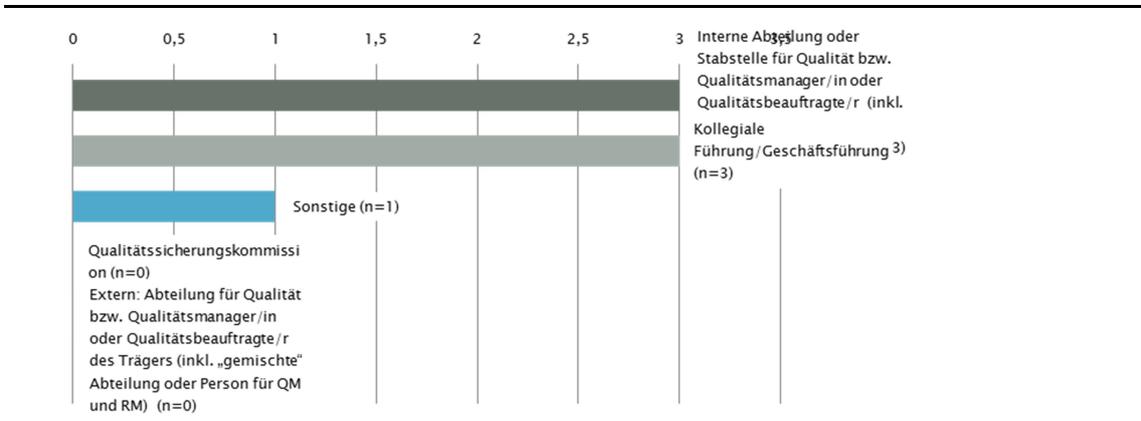
2.2.4 Einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit

Die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit gestaltet sich in den Spitälern unterschiedlich. In 19 Häusern wird diese Aufgabe von mehreren Stellen gleichzeitig wahrgenommen, in den anderen 7 Häusern von einer Stelle.

Koordinierende Stellen

In 3 Häusern sind ausschließlich interne Abteilungen bzw. Stabsstellen für Qualität oder Qualitätsmanager/innen bzw. Qualitätsbeauftragte (inkl. „gemischte“ Abteilung oder Person für QM und RM) für die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit zuständig. 3 Häusern übernimmt diese Aufgabe ausschließlich die Kollegiale Führung/Geschäftsführung, in einem Haus wurde sonstige genannt.

Abbildung 2.8:
Einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit in den Einrichtungen?



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Vollzeitäquivalente und Köpfe für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit in den Krankenhäusern

14 Häuser (54 %) können angeben, wie viele Vollzeitäquivalente (VZÄ)⁶ für die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit in ihren Einrichtungen besetzt sind. In Summe wurden 20,3 VZÄ rückgemeldet. Die 20,3 VZÄ verteilen sich auf insgesamt auf 30 Personen (Köpfe). Die Angaben reichen von 1 Person bis hin zu 6 Personen pro Haus.

12 Häuser (46 %), die ihre VZÄ nicht ermitteln können, können jedoch angeben auf wie viele Personen (Köpfe) sich die einrichtungswerte Koordination der Qualitätsarbeit in ihrer Einrichtung verteilt. Die Angaben reichen von 1 Person/Personen bis hin zu 9 Personen pro Haus. In Summe wurden 64 Personen (Köpfe) genannt, der Median liegt bei 6 Personen.

In Summe sind in den 26 rückmeldenden Krankenhäusern 94 Personen (Köpfe) u. a. mit der einrichtungswerten Koordination der Qualitätsarbeit betraut. Im Durchschnitt sind es ca. 3,62 Personen je Haus, der Median liegt bei 2 Personen.

⁶ 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.

2.2.5 Qualitäts-Ansprechpersonen in Abteilungen und QM-Ausbildungen

22 Krankenhäuser (85 %) geben an, in den Abteilungen Ansprechpersonen für Qualitätsarbeit⁷ definiert zu haben (MA QM). Davon 15 Häuser in allen Abteilungen 3 Häuser in vielen Abteilungen (in mehr als der Hälfte aller Abteilungen) und 4 Häuser in einigen Abteilungen (in weniger als der Hälfte aller Abteilungen).

Abbildung 2.9:

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



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

22 Krankenhäuser (85 %) geben an, dass in ihren Häusern Mitarbeiter/innen mit spezieller Qualitätsmanagement-Ausbildung⁸ beschäftigt sind.

14 Krankenhäuser können eine genaue Angabe der Zahl von Mitarbeiter/innen machen, die eine spezielle Qualitätsmanagement-Ausbildung haben. Insgesamt wurden 39 Personen genannt. Der Durchschnitt liegt bei 2,79 Personen pro Haus, der Median liegt bei 2 Personen. 8 Krankenhäuser, die eine genaue Angabe zu der Anzahl der Mitarbeiter/innen mit spezieller Qualitätsmanagement-Ausbildung machen können, haben mehr als 1 Person angegeben.

In 8 Krankenhäusern war die genaue Zahl der Mitarbeiter/innen mit einer Qualitätsmanagement-Ausbildung nicht ermittelbar. Die Einrichtungen gaben daher eine Schätzung ab. Diese betrug in 6 Häusern 1–5 Personen, in 1 Haus 6–10 Personen und 1 Haus 11–20 Personen

⁷ Anm.: AnsprechpartnerInnen und Ansprechpartner sind von der KOFÜ/Leitung nominiert und die Aufgaben sind in der Stellenbeschreibung verankert. Bei einer Universitätsklinik ist der Begriff der "Abteilung" mit dem einer "Klinik" gleichzusetzen.

⁸ Anm.: Mit spezieller Ausbildung ist ein abgeschlossene Diplom (z. B. Qualitätsbeauftragte/r, Qualitätsmanager/in, Auditor/in, etc.) oder eine der gleichzusetzenden, zumindest einwöchigen Ausbildung gemeint.

2.3. Qualitätsmodelle

17 Krankenhäuser (65 %) hatten im Jahr 2015 ein allgemeines Qualitätsmodell implementiert bzw. geplant. Gefragt wurde nach folgenden Qualitätsmodellen:

- » 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)

Tabelle 2.1:

Allgemeine Qualitätsmodelle (Implementierungsstand und Reichweite)

KH-Typen / Implementierungsstand	Teile der Einrichtung	Gesamte Einrichtung
Qualitätsmodell implementiert	3	4
Qualitätsmodell in Planung	0	10

Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

2.3.1 Allgemeines Qualitätsmodell

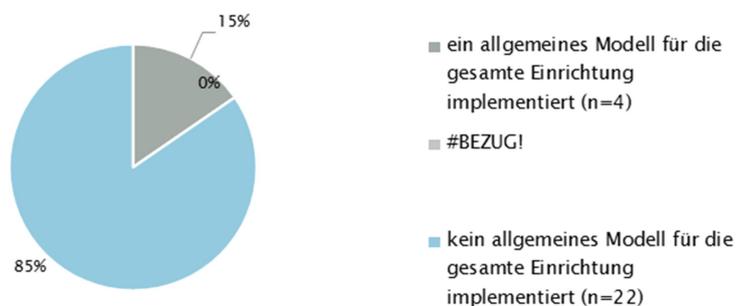
4 Häuser(15 %) haben zumindest eines der angeführten Modelle träger- oder einrichtungseigenes QM-System (z.B. AUVA QM-System), ISO, EFQM, KTQ, JCI bzw. Qualitätsmodell für **ihres gesamtes Haus** implementiert.

Das Modell KTQ ist für die gesamte Einrichtung in 2 Häuser und das Modell ISO ist für die gesamte Einrichtung in 2 Häuser implementiert.

3 Häuser ohne Modell für die gesamte Einrichtung, haben zumindest ein allgemeines Modell für Teile des Hauses implementiert. 2 Häuser haben das Modell ISO und 1 Haus QM-System (z.B. AUVA QM-System).

Abbildung 2.10:

Ist in den Einrichtungen ein allgemeines Qualitätsmodell für die gesamte Einrichtung implementiert?



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Weitere 10 Häuser die bisher noch kein allgemeines Modell hatten – weder für die gesamte noch für Teile der Einrichtung – planen die Einführung eines solchen. In den meisten Fällen für die Jahre 2016 bis 2019. Die verbleibenden Spitäler hatten im Jahr 2015 kein allgemeines Qualitätsmodell weder für die gesamte noch für Teile der Einrichtung implementiert und dies auch nicht geplant.

Träger- oder krankenhauseigenes QM-System

Im Jahr 2015 hatten 1 Krankenhäuser ein träger- oder krankenhauseigenes QM-System implementiert für die gesamte Einrichtung. Die Einführung eines träger- oder krankenhauseigenen QM-Systems ist in keinem Haus geplant.

European Foundation for Quality Management (EFQM)

Im Jahr 2015 hatten keine Krankenhäuser das Qualitätsmodell EFQM implementiert. 2 Häuser hatte die Einführung von EFQM für die gesamte Einrichtung im Jahr 2017 geplant.

Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)

Im Jahr 2015 hatten 2 Krankenhäuser KTQ organisationsweit implementiert. Die Einführung von KTQ ist in 1 Haus für die gesamte Einrichtung geplant.

Joint Commission International (JCI)

Im Jahr 2015 hatte kein Krankenhaus das Qualitätsmodell JCI implementiert. Die Einführung von JCI ist in keinem Haus geplant.

International Organisation for Standardisation (ISO)

Im Erhebungsjahr hatten 2 Spitäler das Qualitätsmodell ISO implementiert, in 2 Krankenhäusern organisationsweit und in 2 Häusern in Teilen der Organisation: Folgende Abteilungen wurden genannt: Pflegedirektion und Geburtshilfe.

In 7 Krankenhäusern war zum Zeitpunkt der Datenerfassung eine ISO-Einführung bzw. – Ausweitung in Planung, in allen Häusern für die gesamte Organisation und in keinem Haus für Teile der Organisation. Die voraussichtliche Einführung ist für die Jahre 2017 und 2018 vorgesehen.

2.3.2 Spezielle Qualitätsmodelle

9 Häuser (35 %) gaben an, mindestens ein spezielles Qualitätsmodell⁹ implementiert zu haben.

Das Modell DocCert mit Eusoma-Kriterien wurde von 1 Haus implementiert, GMP (Good Manufacturing Practice) von keinem Haus, Best Health Austria in 6 Häusern und EMAS (Eco-Management and Audit Scheme) in keinem Haus, und das Modell OnkoZert von keiner Einrichtung.

5 Krankenhäuser gaben an, mindestens ein „Sonstiges“ spezielles Qualitätsmodell implementiert zu haben. Genannt wurden u. a. folgende Modelle und Bereiche: Risikomanagement für Station und OP-Bereich, DocCert mit Kriterien der Österreichische Zertifizierungskommission, ÖAK-Zertifikat Mammadiagnostik, ÖNormen 15883 1 und Validierungsbestätigung Endoskopie.

2.4 Qualitätsarbeit

2.4.1 Prozesse

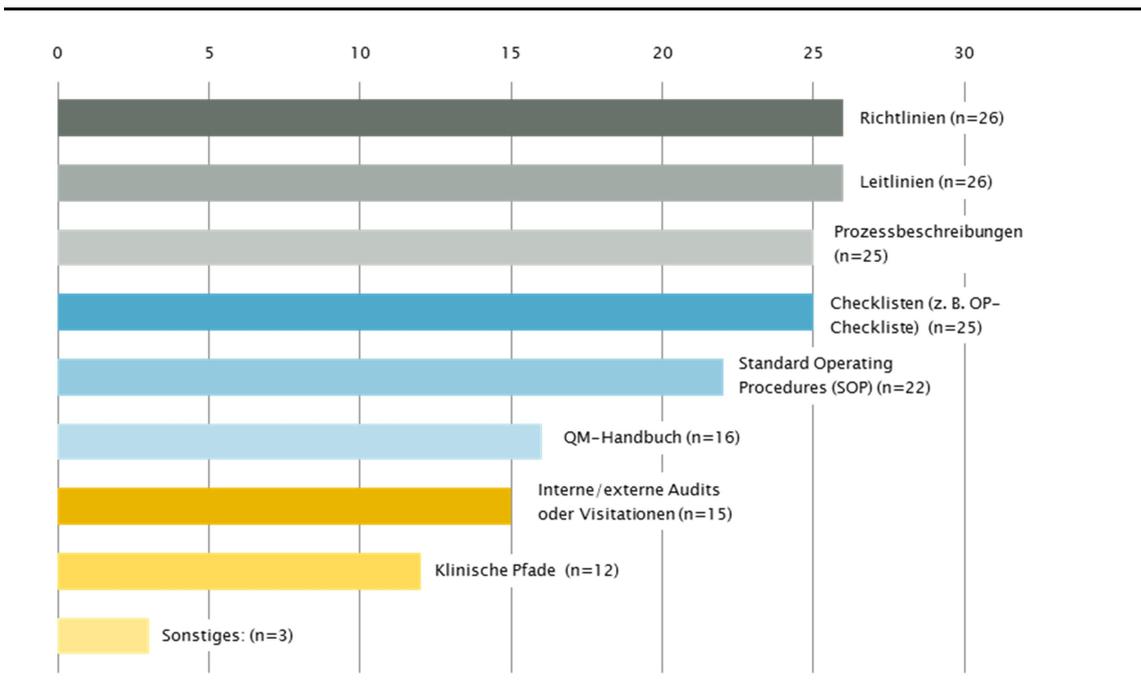
Richtlinien, Leitlinien und klinische Pfade sind Standards, die idealtypische Abläufe und Verfahrensweisen beschreiben.

Am häufigsten sind in den Krankenhäusern Leitlinien, Richtlinien (26 Häuser), Prozessbeschreibungen (25 Häuser) Checklisten z. B. OP-Checkliste, (25 Häuser) und Standard Operating Procedures SOP (22 Häuser) in Verwendung.

⁹ Anm.: Gesetzlich vorgeschriebene Zertifizierungen/Validierungen von ausgewählten Bereichen (z B. Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte) sind hier nicht gemeint.

21 Häuser geben an, alle genannten Instrumente im Einsatz zu haben (MA QM). Interne/externe Audits oder Visitationen werden in 15 Häusern durchgeführt, klinische Pfade sind in 12 Häusern und QM-Handbücher in 16 Häusern in Verwendung (MA QM). Die genannten Instrumente werden meist mehrheitlich in vielen Abteilungen bzw. einigen Abteilungen verwendet.

Abbildung 2.11:
Häufigkeit der Anwendung und Reichweite von Richtlinien, Leitlinien und klinischen Pfaden



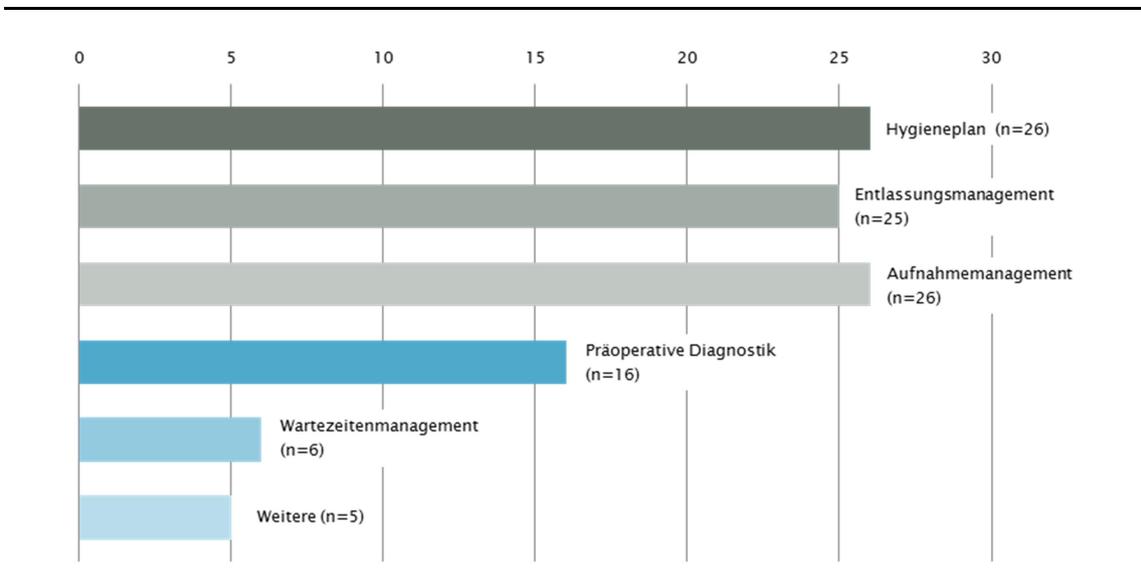
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

„Sonstige“ weitere Instrumente kommen in 3 Einrichtungen zum Einsatz.

Schlüsselprozesse und Notfallplan

Die häufigsten angegebenen Schlüsselprozesse sind Aufnahmemanagement, (26 Häuser), Hygieneplan (25 Häuser) Entlassungsmanagement (25 Häuser), Präoperative Diagnostik (16 Häuser) und Wartezeitenmanagement (5 Häuser) (MA QM)

Abbildung 2.12:
Welche Schlüsselprozesse sind in den Einrichtungen entsprechend dem Leistungsspektrum definiert?



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Weitere Schlüsselprozesse wurden von 5 Einrichtungen angemerkt, u. a. folgende: Patientenbeschwerden managen, Infrastruktur betreiben, Vorfälle und Risiken managen, Dokumente lenken, Pflegeprozess, medizinischer Behandlungsprozess, Therapieplanung, Qualität und Risikomanagement Prozess: Patient Medizin Verwaltung, punktuell Wartezeitmanagement u.v.m.

Schriftlicher Plan für medizinische Notfälle

23 Einrichtungen (88 %) haben einen schriftlichen Plan für medizinische Notfälle (Notfallplan), in dem die getroffenen Vorkehrungen festgehalten und erläutert sind (MA QM). In 21 Einrichtungen wurden die Mitarbeiter/innen über die Inhalte des Notfallplans nachweislich unterwiesen (MA QM).

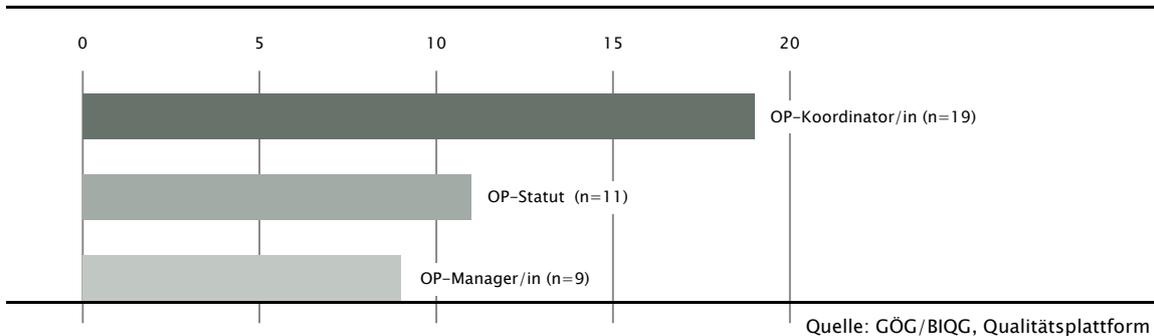
Strukturiertes OP-Management

26 Akutkrankenhäusern besitzen eine OP-Einheit¹⁰ (lt. Kostenstellenstatistik 2015), davon haben 19 Häuser angeben ein strukturiertes OP-Management zu verwenden. Praktisch wird das OP-Management folgendermaßen umgesetzt (Mehrfachnennungen): 11 Krankenhäuser haben ein

¹⁰ Anm.: Ziel des OP-Managements sind der optimale Einsatz vorhandener Ressourcen in Verbindung mit der Optimierung der Leistungsqualität und hohe Patientenakzeptanz.

eigenes OP-Statut 19 Häuser einen OP-Koordinator/in und 9 Häuser eine/n OP-Manager/in. Die Einführung eines strukturierten OP-Managements haben 3 Krankenhäuser geplant.

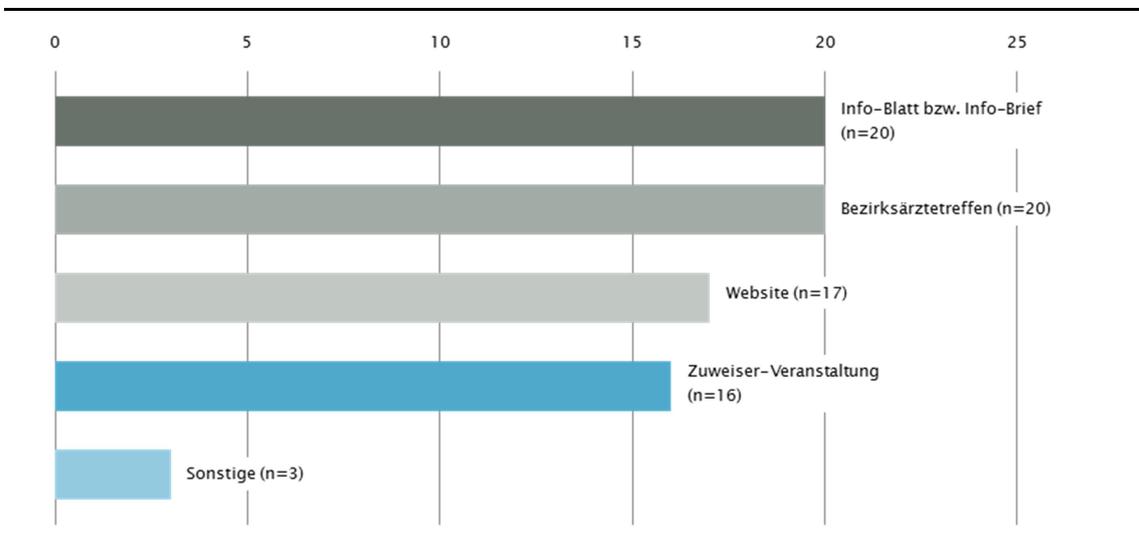
Abbildung 2.13:
Umsetzung des OP-Managements



Information über Aufnahme-Modalitäten

25 Krankenhäuser informieren ihre Zuweiser über die Aufnahme-Modalitäten in ihren Häusern folgendermaßen: 20 Häuser mittels Info-Blatt bzw. eines Info-Brief , 17 Krankenhäuser tun dies über die Webseite , 20 Häuser im Rahmen von Bezirksärztetreffen und 16 Häuser über eigene Zuweiser-Veranstaltungen „Sonstige“ Möglichkeiten zur Informationsweitergabe nutzen 3 Krankenhäuser. Ein Haus informiert ihren Zuweiser nicht über die Aufnahme-Modalitäten ihrer Einrichtungen.

Abbildung 2.14:
Wie werden die Zuweiser über Aufnahmemodalitäten informiert?

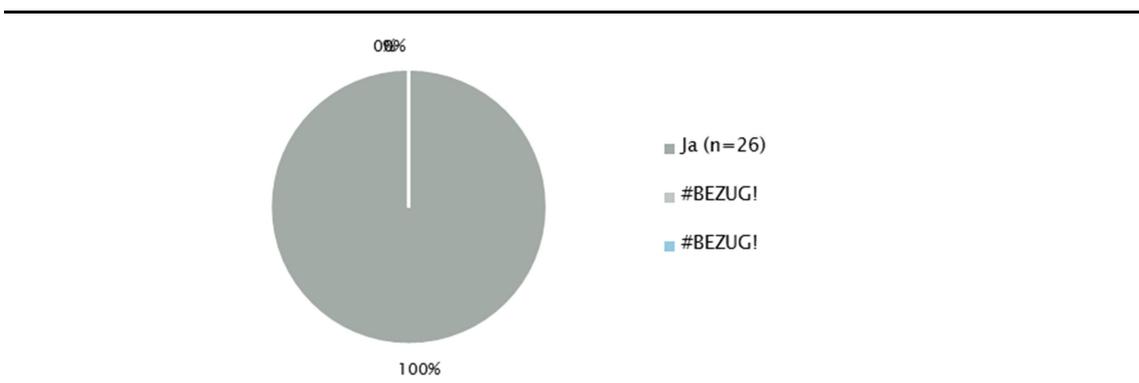


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Strukturiertes Aufnahmemanagement und Indirektes Entlassungsmanagement

Ein strukturiertes Aufnahmemanagement¹¹ ist in allen Einrichtungen implementiert.

Abbildung 2.15:
Ist in den Einrichtungen ein strukturiertes Aufnahmemanagement implementiert?

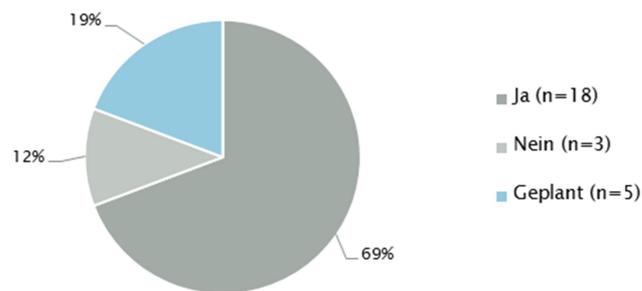


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

¹¹ Anm.: Darunter wird ein strukturierter Aufnahmeprozess unter Einhaltung bestimmter Mindeststandards verstanden.

Ein indirektes Entlassungsmanagement¹² ist in 18 Krankenhäusern implementiert, die Einführung ist in 5 Häusern geplant.

Abbildung 2.16:
Ist ein indirektes Entlassungsmanagement implementiert)



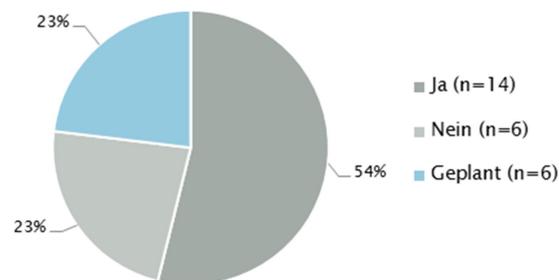
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

2.4.2 Bericht über die Qualitätsarbeit

14 Krankenhäuser (54 %) erstellen – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung (Qualitätsplattform) – einen eigenen Bericht über die Qualitätsarbeit (einrichtungseigene Bericht oder z. B. als Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes). Bei 6 weiteren Häusern ist dies in Planung (MA QM).

¹² 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 Entlassungsmanagement integraler Bestandteil des Pflegeprozesses, im zweiten Fall (speziell gewidmeter Dienstposten) durchlaufen Patientinnen/Patienten den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne von Case Management quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen.

Abbildung 2.17:
Erstellen die Einrichtungen – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung – regelmäßig einen Bericht über die Qualitätsarbeit?



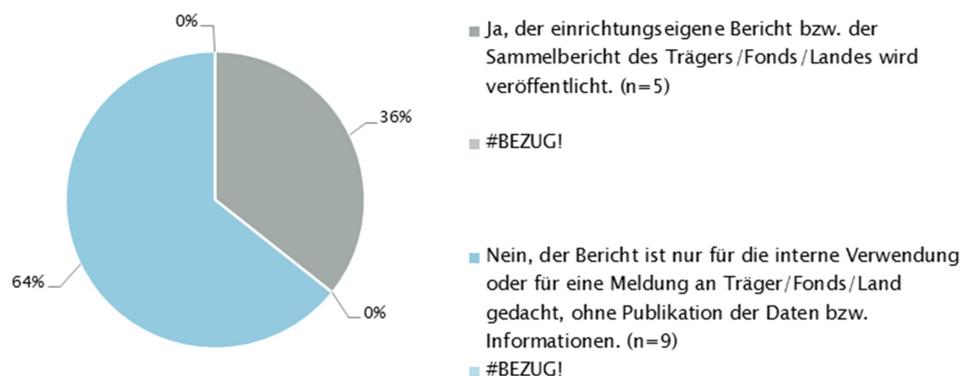
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Von den 14 Einrichtungen veröffentlichen 5 Einrichtungen die Qualitätsberichte.

5 Häuser (36 %) stellen ihre hauseigenen Berichte bzw. den Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes der Öffentlichkeit zu Verfügung. Kein weiteres Haus erstellt den Bericht in zwei unterschiedlichen Versionen – einen für die Öffentlichkeit, einen für die interne Verwendung.

9 Krankenhäuser (64 %) veröffentlichen den Qualitätsbericht nicht, ist somit nur für die interne Verwendung bzw. für eine Meldung an den/das Träger/Fonds/Land gedacht.

Abbildung 2.18:
Werden die Qualitätsberichte veröffentlicht?



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Von 14 Einrichtungen, die eigene Qualitätsberichte erstellen, erfolgt dies von allen Häusern jährlich.

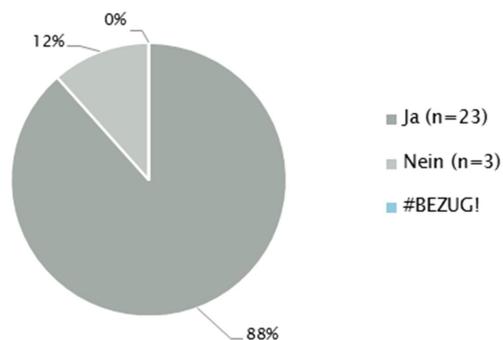
2.4.3 Patientenorientierung

Patientenrechte

In 23 Einrichtungen (88 %) werden Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht (z. B. Patientencharta) (MA QM), dies geschieht folgendermaßen: Patienteninformationen (19 Häuser), mündlich bzw. mittels Broschüren/Infoblatt (11 und 14 Häuser), Webseite (8 Häuser), Anlaufstelle / Büro für Patienten Anliegen (8 Häuser) und Plakate/Informationstafeln (7 Häuser).

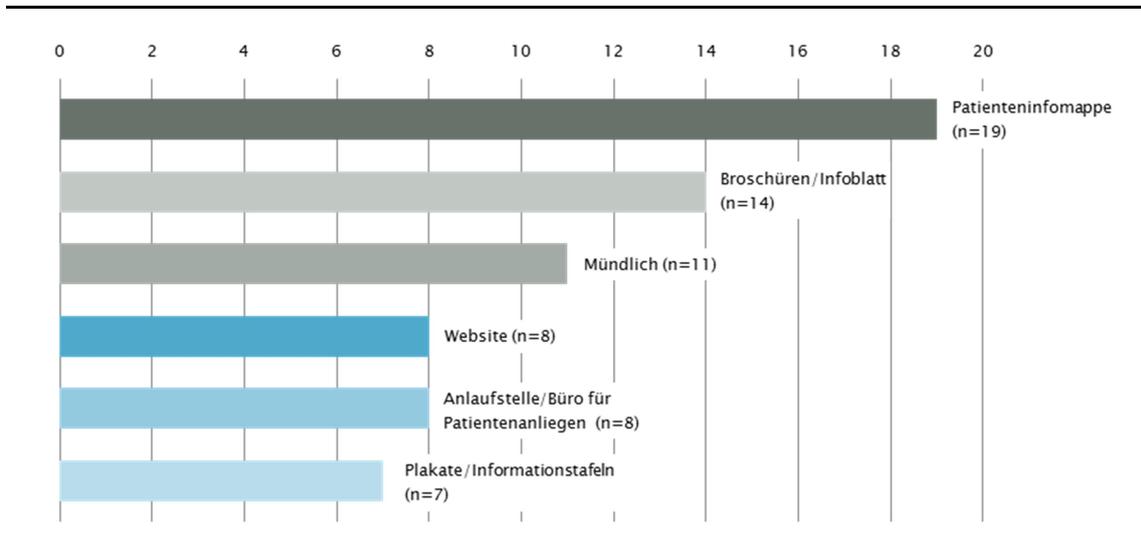
Abbildung 2.19:

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



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Abbildung 2.20:
Wie werden die Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte aufmerksam gemacht?



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

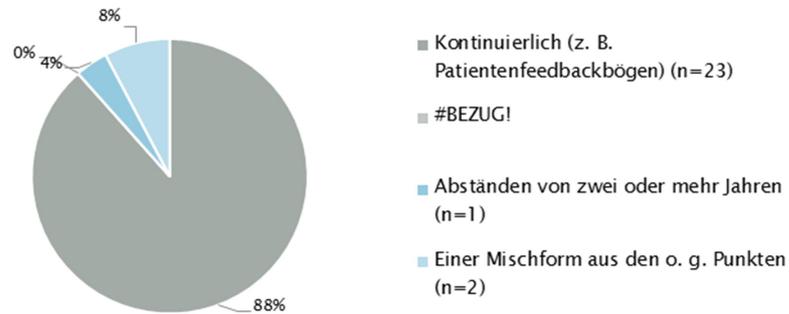
Regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter/innen zum Thema „Patientenrechte“ finden in 11 Krankenhäusern statt (42 %). In 3 Häusern (12 %) sind solche geplant.

Patientenbefragungen

Patientenbefragungen werden in allen Krankenhäusern durchgeführt (MA QM).

88 Prozent führen die Befragungen kontinuierlich durch, 4 Prozent in Abständen von zwei oder mehr Jahren und 8 Prozent der Häuser in einer Mischform aus den genannten Möglichkeiten.

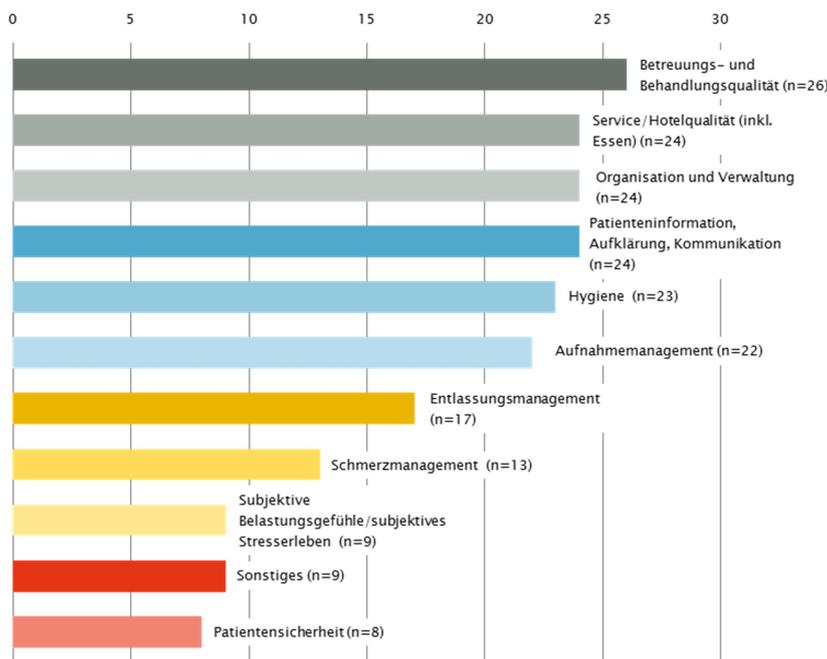
Abbildung 2.21:
In welchen Intervallen erfolgen die Patientenbefragungen?



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Am häufigsten werden Patientinnen und Patienten zu den Themen Betreuungs- und Behandlungsqualität, Patienteninformation, Aufklärung, Kommunikation, Organisation und Verwaltung, Service/Hotelqualität, Hygiene und Aufnahmemanagement befragt.

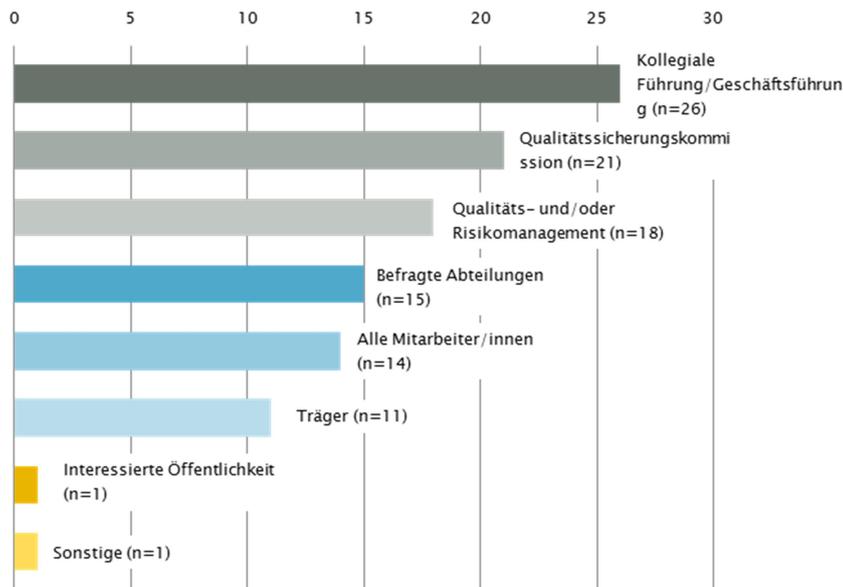
Abbildung 2.22:
Themengebiete von Patientenbefragungen



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Ergebnisse aus den Patientenbefragungen ergehen am häufigsten an die kollegiale Führung. Weiters werden die Ergebnisse auch häufig an die Qualitätssicherungskommission und an das Qualität oder Risikomanagement rückgemeldet.

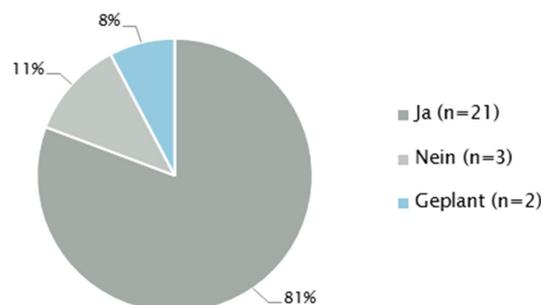
Abbildung 2.23:
Ergebnisse der Patientenbefragungen ergehen an folgende Stellen



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses leiten 21 Krankenhäuser (81 %) strukturiert Maßnahmen ab und 2 Einrichtungen (8 %) planen dies (MA QM).

Abbildung 2.24:
Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Barrierefreie Erreichbarkeit

Alle Krankenhäuser sind barrierefrei erreichbar.

Information über die Erreichbarkeit und Barrierefreiheit ihrer Einrichtung sind bei 10 Häusern öffentlich verfügbar (Webseite, Informationsfolder u. ä.) und 6 Häuser planen Informationen hierzu öffentlich verfügbar zu machen (MA QM).

2.4.4 Mitarbeiterorientierung

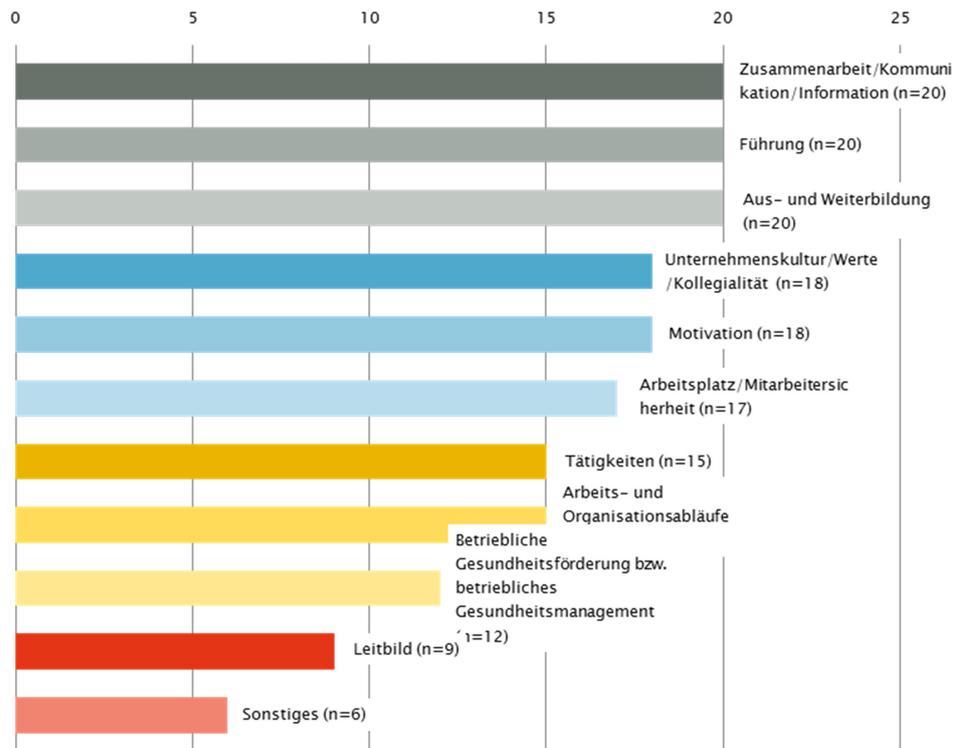
Mitarbeiterbefragung

21 Krankenhäuser (89 %) führen Mitarbeiterbefragungen durch (MA QM). In 90 Prozent der Fälle werden alle Mitarbeiter/innen befragt, in 10 Prozent Mitarbeiter/innen in einigen ausgewählten Bereichen.

In 5 Krankenhäusern (81 %) werden die Mitarbeiterbefragungen jährlich durchgeführt, in den anderen Häusern erfolgen diese in längeren Abständen oder unregelmäßig.

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

Abbildung 2.25:
Themengebiete von Mitarbeiterbefragungen

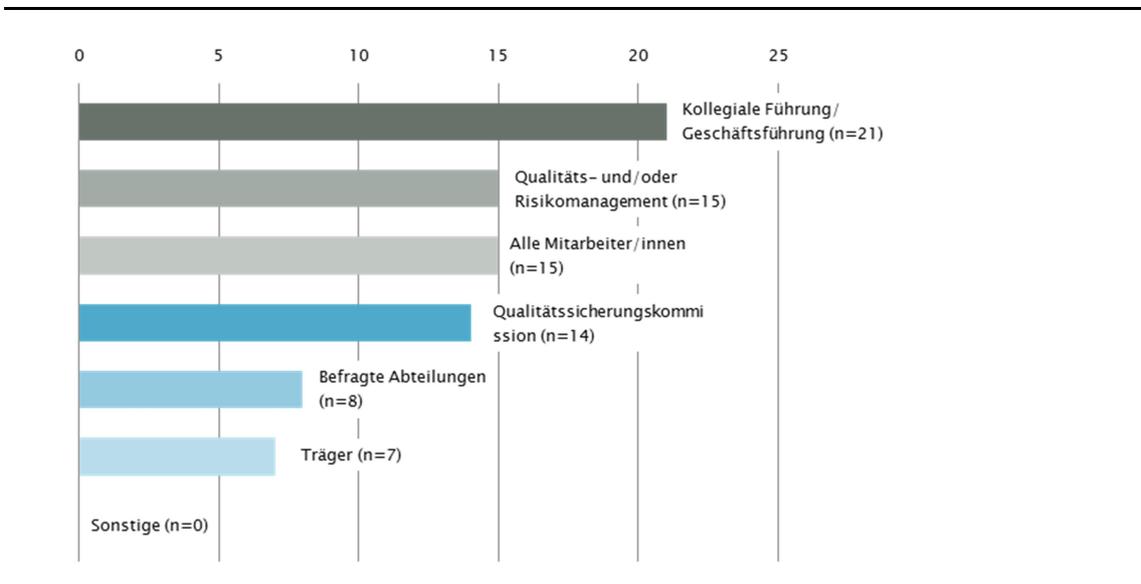


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Ergebnisse aus den Mitarbeiterbefragungen ergehen am häufigsten an die kollegiale Führung bzw. das Qualität-Risikomanagement. Weiters werden die Ergebnisse auch an alle Mitarbeiter und Qualitätssicherungskommission rückgemeldet.

Abbildung 2.26:

Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen ergeben an folgende Stellen



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Aus den Befragungen werden in allen Häusern auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet.

Strukturierte Mitarbeitergespräche, Personalentwicklungskonzept und Erhebung des Qualifizierungsbedarfes

In 24 Krankenhäusern (92 %) werden strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt (MA QM). In 15 dieser werden mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, ansonsten nur in einigen Bereichen strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt. Die Gespräche erfolgen bei 10 Häusern einmal im Jahr, bei den restlichen Häusern in längeren Abständen bzw. unregelmäßig.

In 13 Einrichtungen (50 %) gibt es ein Personalentwicklungskonzept, in 5 Einrichtungen (19 %) ist ein solches geplant (MA QM). Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche der Mitarbeiter/innen werden in 20 Krankenhäusern regelmäßig ermittelt, 3 Einrichtungen planen in Zukunft eine Ermittlung (MA QM).

Strukturierte Erfassung der Fort- und Weiterbildung

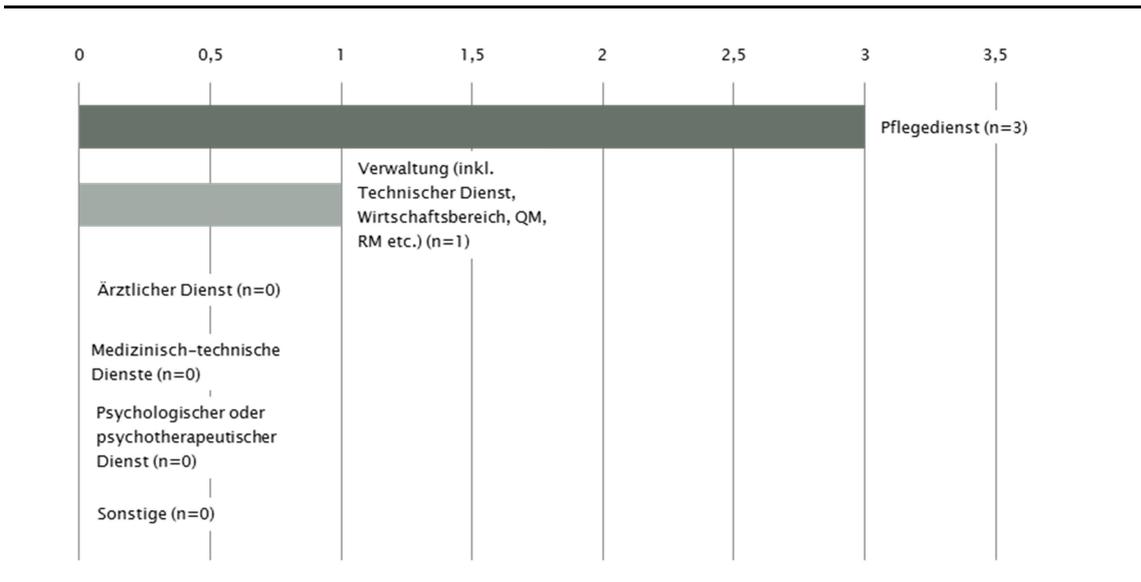
In 25 Krankenhäusern (96 %) werden die Fort- und Weiterbildungen¹³ der Mitarbeiter/innen strukturiert erfasst. 1 Haus erfasst die Fort- und Weiterbildung Ihrer Mitarbeiter/innen derzeit

¹³ Anm.: Die Frage bezieht sich auf Fort- und Weiterbildung generell und nicht nur auf QM-Fort-/Weiterbildungen.

nicht (MA QM). 22 Krankenhäuser erfassen Fort- und Weiterbildungen für alle Mitarbeiter/innen. In 3 Krankenhäuser werden diese für einzelne Mitarbeitergruppen erfasst, am häufigsten für Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes.

Abbildung 2.27:

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



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

23 von 26 Krankenhäusern haben eine zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen (z.B. Fortbildungsbeauftragte/r im Krankenhaus oder des Trägers). 16 Einrichtungen haben dies für alle Mitarbeitergruppen implementiert. 7 für einzelne Mitarbeitergruppen implementiert, davon am häufigsten für die Berufsgruppen des Pflegedienstes, des ärztlichen Dienstes, der Verwaltung und des medizinisch technischen Dienstes.

Einschulung medizinischer Geräte

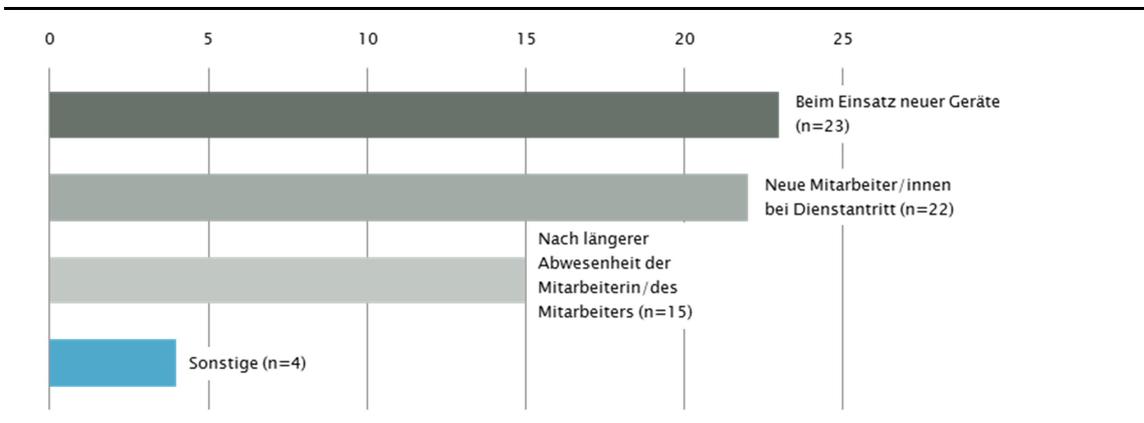
In 24 Einrichtungen (80 %) werden Mitarbeiter/innen auf die Anwendung medizinischer Geräte eingeschult, in 2 Einrichtungen ist dies geplant (MA QM).

Die Einschulungen finden am Häufigsten bei dem Einsatz neuer Geräte, neue Mitarbeiter bei Dienstantritt und nach längerer Abwesenheit der Mitarbeiter statt.

Zusätzlich wurde unter „Sonstige“ folgende Angaben getätigt: bei Bedarf Nachschulung, bei neuen gesetzlichen Grundlagen, Fortbildung und regelmäßige Auffrischungen.

Abbildung 2.28:

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



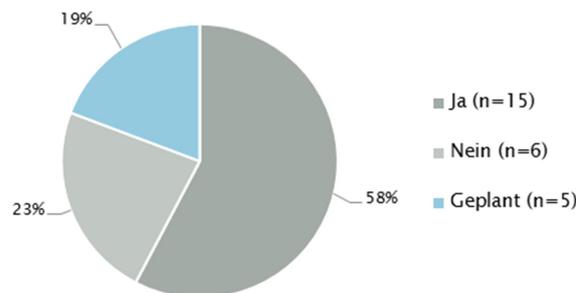
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Betriebliche Gesundheitsförderung / Betriebliches Gesundheitsmanagement

In 15 Krankenhäusern ist ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. zum betrieblichen Gesundheitsmanagement bereits etabliert, in 5 Häusern ist ein solches geplant.

Abbildung 2.29:

Ist ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. zum betrieblichen Gesundheitsmanagement etabliert?



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Viele unterschiedliche konkrete verhaltensbezogene bzw. verhältnisbezogene Maßnahmen wurden gemeldet.

Folgende verhaltensbezogene Maßnahmen werden von den Häusern unter anderem gesetzt: Arbeitsmedizinische Untersuchungen, Fitness Check, Evaluierung psychischer Belastungen mit externen Arbeitspsychologen, Bewegungsprogramme, Ernährungsprogramme, Fit 4 for work.

Folgen verhältnisbezogene Maßnahmen werden von den Einrichtungen unter anderem gesetzt: Employee Assistance Programm, Angebot im Ausbildungsprogramm, Angebote im Ausbildungskatalog, Ergonomie am Arbeitsplatz (Beratung und Umsetzung durch Sicherheitsfachkraft)

Folgende verhaltensbezogene Maßnahmen werden von den Häusern unter anderem geplant: Aktionstage zur Gesunde Ernährung am Arbeitsplatz, Gesunde Ernährung am Arbeitsplatz, Rauchfrei werden.

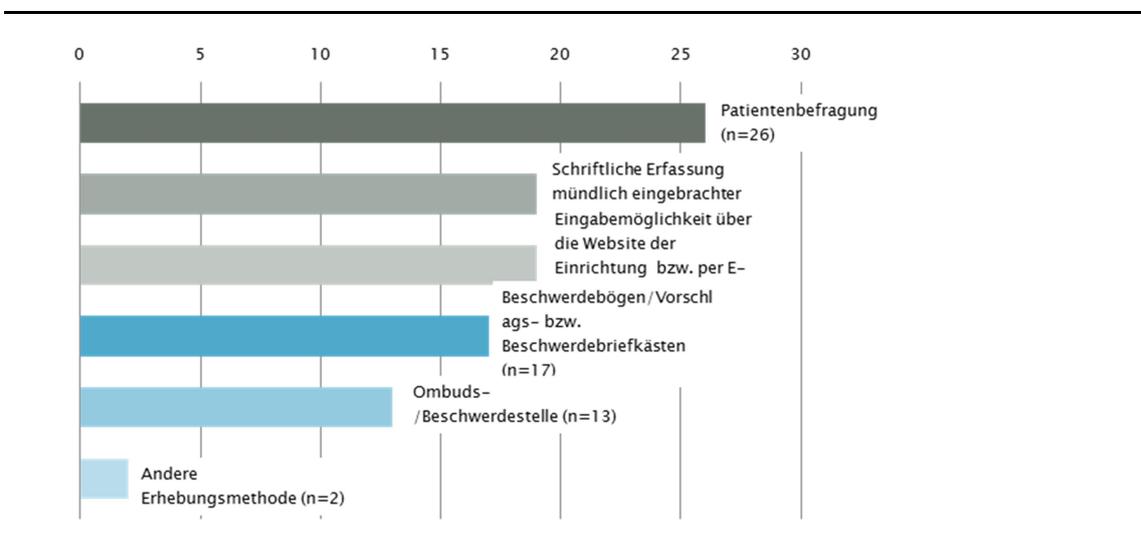
2.4.5 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden

Erheben von Patientenbeschwerden und -vorschlägen

Krankenhäuser erheben auf verschiedene Arten die Vorschläge und Beschwerden ihrer Patientinnen und Patienten. Am Häufigsten (26 Häuser) kommen Patientenbefragungen zum Einsatz. „Andere“ genannte Erhebungsmethoden sind: Eingabemöglichkeiten über die Website der Einrichtung bzw. E-Mail, Beschwerdebögen/Vorschlags bzw. Beschwerdebriefkästen, schriftliche Erfassung mündliche eingebrachte Beschwerden, Ombuds-/Beschwerdestelle.

Abbildung 2.30:

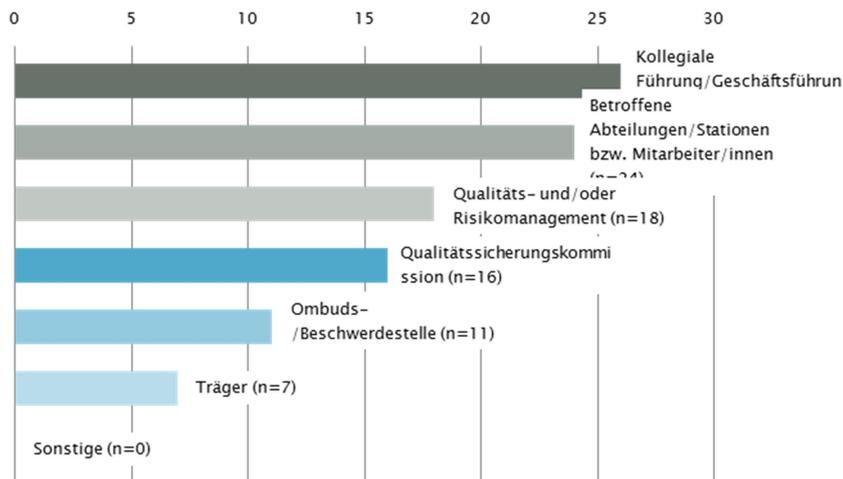
Wie werden Vorschläge und Beschwerden der Patientinnen und Patienten erhoben?



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Informationen über die erhobenen Vorschläge und Beschwerden ergehen in den Krankenhäusern primär an die kollegiale Führung/Geschäftsführung, betroffene Abteilungen/Stationen bzw. Mitarbeiter, Qualität und/oder Risikomanagement und Qualitätssicherungskommission.

Abbildung 2.31:
Informationen zu Vorschlägen und Beschwerden der Patientinnen und Patienten ergehen an folgende Stellen



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In 23 Häusern erhalten Patientinnen und Patienten eine individuelle Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden (mit Ausnahme von anonymen Meldungen). Am häufigsten erhalten Patientinnen aus Vorschlägen und Beschwerden, die über die Website bzw. per E-Mail eingereicht werden (19 Häusern) und aus sonstigen schriftlich eingebrachten Vorschlägen und Beschwerden (17 Häusern).

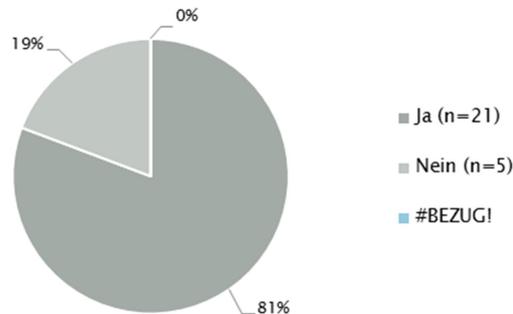
Strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement

Das strukturierte Beschwerde-/Feedbackmanagement umfasst den Prozess des strukturierten Erfassens der Vorschläge und Beschwerden, der individuellen Rückmeldungen an die Vorschlags- bzw. Beschwerdeneinbringer/innen und der Auswertung sowie Analyse der Vorschläge und Beschwerden, um ggf. Verbesserungsmaßnahmen zu identifizieren, zu planen, umzusetzen und auf Wirksamkeit hin zu überprüfen.

21 Krankenhäuser (81 %) haben ein strukturiertes Beschwerdemanagement / Feedbackmanagement, d. h. ein systematisches Vorgehen zur Bearbeitung von Beschwerden, implementiert. 5 Häuser planen eine Einführung.

Abbildung 2.32:

Gibt es ein strukturiertes Beschwerdemanagement / Feedbackmanagement?



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

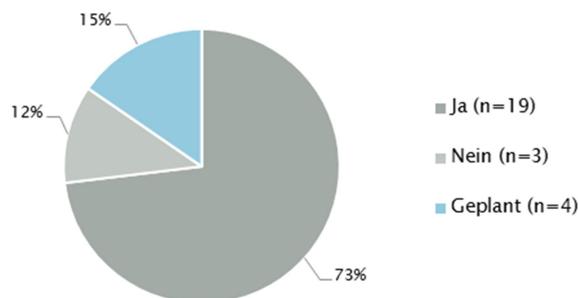
In 18 Krankenhäusern werden Patientinnen und Patienten im Bedarfsfall Informationen zu Patientenanzwtschaften (Länder), Ombuds-/Beschwerdestelle (Sozialversicherungsträger, KA-Träger), Schieds- und Schlichtungsstellen (Ärztckammern) bereitgestellt.

Betriebliches Vorschlagswesen / Ideenmanagement

19 Krankenhäuser (73 %) geben an, ein betriebliches Vorschlagswesen / Ideenmanagement¹⁴ für Mitarbeiter/innen eingerichtet zu haben, in 4 Häusern ist eine Einrichtung in Planung.

Abbildung 2.33:

Gibt es in den Einrichtungen ein betriebliches Vorschlagswesen / Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen?



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

¹⁴ Anm.: Das betriebliche Vorschlagswesen/Ideenmanagement stellt ein System der organisatorischen Behandlung und Belohnung von technischen und nicht technischen (z. B. kaufmännischen) Verbesserungen aus dem Kreis der Arbeitnehmer/innen mit dem Ziel dar, die Leistungen des Betriebs ständig zu verbessern.

2.4.6 Externe Qualitätssicherung

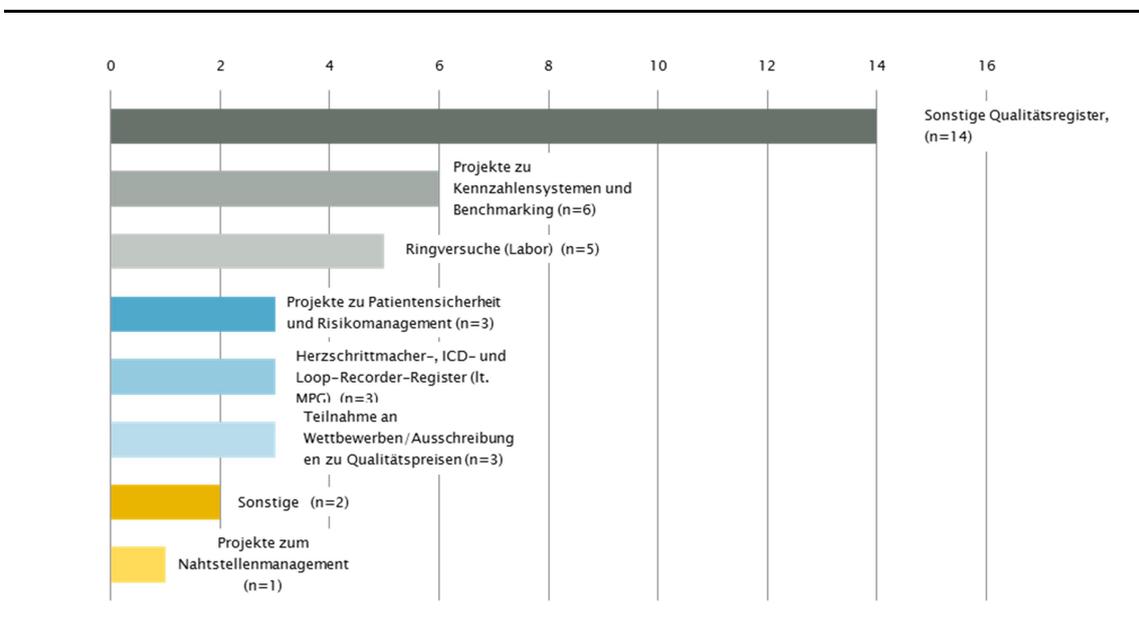
16 Krankenhäuser (62 %) nehmen an einrichtungsübergreifenden Registern und Qualitätsprojekten teil. Am Häufigsten nehmen Krankenhäuser an sonstige Qualitätsregister teil. Es werden folgende genannt: Geburtenregister, Tumorregister, Endoprothesenregister, Implantatsregister, Hämovigilanzregister, weiters zu Projekte zu Kennzahlensysteme und Benchmarking, Ringversuche (Labor), Projekte zur Patientensicherheit und Risikomanagement.

Die Krankenhäuser nehmen an den Wettbewerben/Ausschreibungen zu Qualitätspreisen teil. Folgende wurden genannt: Clinic Award, Pflege Award, CURA 2015 Pflege Management Projekt.

Abbildung 2.34:

Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Qualitätsprojekten

(XXX Nennungen von XXX Akutkrankenhäusern)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

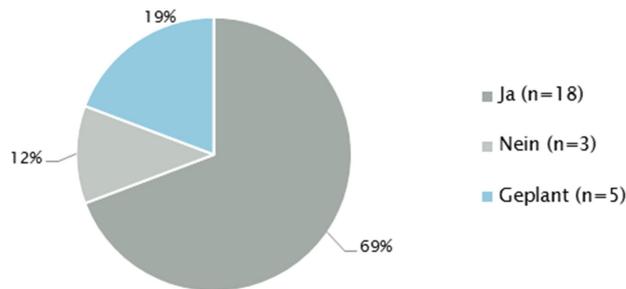
2.5 Risikomanagement, Patienten- und Mitarbeitersicherheit

Strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern und RM-Instrumente

In 18 Krankenhäusern (69 %) existiert ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement) und 5 Häuser (19 %) planen die Einrichtung eines strukturierten Vorgehens (MA QM).

Im Erhebungsjahr war in 18 Krankenhäusern (zumindest ein Instrument des Risikomanagements in Verwendung und in 5 Häusern war deren Einsatz in Planung. 3 Häuser hat/haben weder ein Instrument in Verwendung, noch planen die Implementierung eines solchen (MA QM).

Abbildung 2.35:
Sind Instrumente des Risikomanagements in Verwendung?



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Am häufigsten zum Einsatz kommen Checklisten für ein strukturiertes Vorgehen in besonders gefahreneigneten Situationen zum Einsatz, gefolgt von Haus-/trägerinternen Fehlermelde und Lernsysteme. Bei den in Planung befindlichen Instrumenten liegen Risikoanalysen voran.

Tabelle 2.2:
Instrumente des Risikomanagements

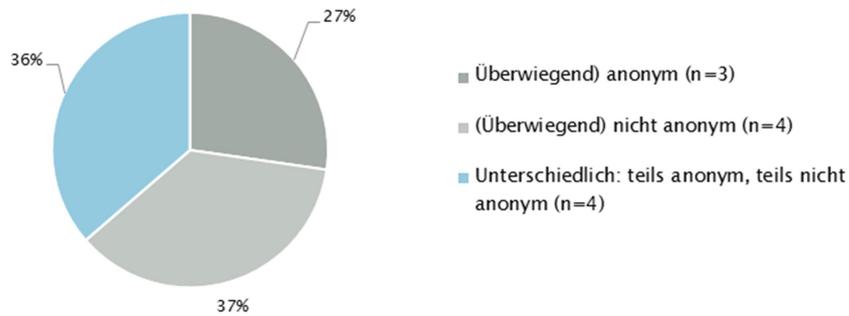
Instrument	In Verwendung	Geplant
Haus-/trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme	11	6
Übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at)	7	2
Risikoanalyse	7	8
Fehleranalyse	2	4
Checklisten für ein strukturiertes Vorgehen in besonders gefahreneigneten Situationen (z. B. OP-Checkliste der WHO)	21	1
Sonstige	2	1

Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In Fehlermelde- und Lernsysteme wird in 3 Häuser überwiegend anonym gemeldet, 4 Häuser melden nicht-anonym, 4 Häuser unterschiedlich, d.h. teils anonym, teils nicht anonym.

Abbildung 2.36:

Art der Meldung bei hausinternen/trägerinternen Fehlermelde- und Lernsystemen

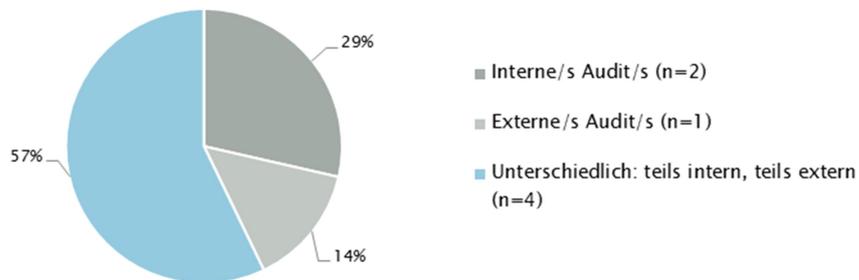


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Risikoanalysen werden in der Mehrheit der Häuser unterschiedlich durchgeführt 4 Häuser, führen dies durch teils interne bzw. teils externe Audits, 2 der Häuser führen diese mit Hilfe von internen Audits durch), 1 Haus führt die Risikoanalyse mittels externer Audits durch.

Abbildung 2.37:

Art der Durchführung von Risikoanalysen



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Bei den sonstigen Instrumenten wird am häufigsten Fallbesprechungen auf Grund von Fehlermeldungen und Meldung von Behandlungszwischenfällen implementiert.

Interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit

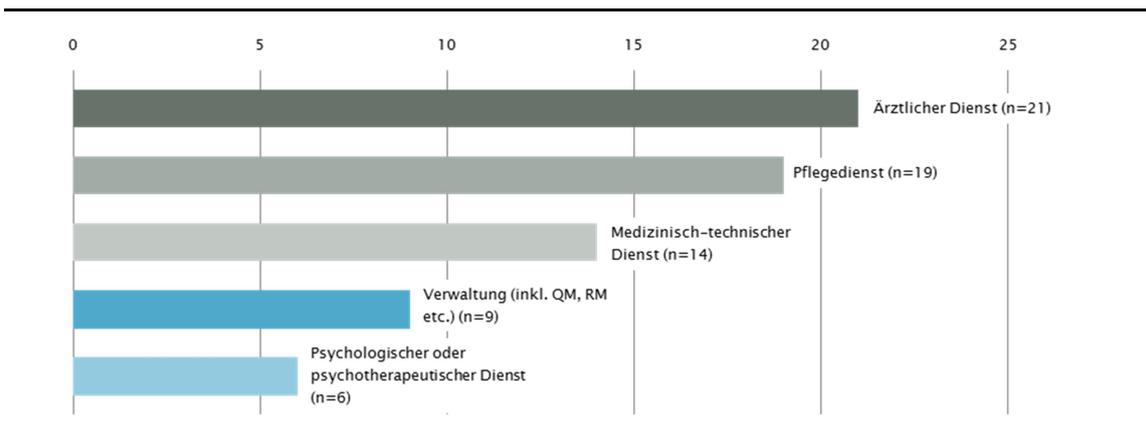
In 2 Einrichtungen (8 %) ist ein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit¹⁵ implementiert und 10 Häuser (38 %) planen die Implementierung. In 14 Krankenhäusern ist kein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit implementiert.

Standardisierte Informationsprozesse über individuelle Gefahrenpotentiale und Komplikationsrisiken von Patientinnen/Patienten

In 21 Einrichtungen (81 %) werden Mitarbeiter/innen mittels standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotentiale und Komplikationsrisiken von Patientinnen/Patienten informiert z. B. Allergien, Verwirrtheit (MA QM). Am häufigsten wird der ärztliche Dienst und der Pflegedienst davon benachrichtigt.

Abbildung 2.38:

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



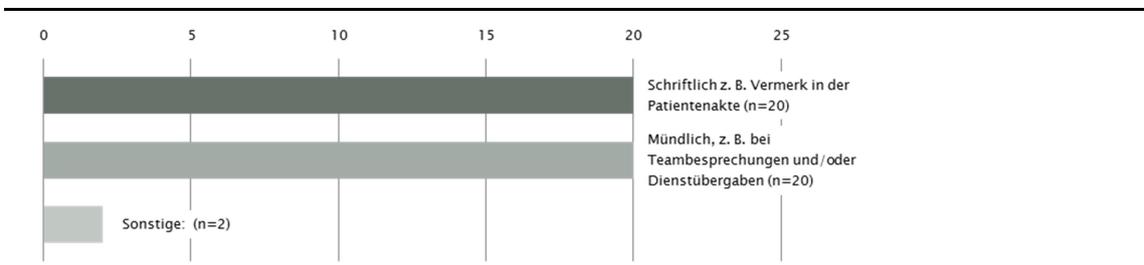
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Am häufigsten erfolgt die Information über individuelle Gefahrenpotentiale und Komplikationsrisiken der Patientinnen/Patienten schriftlich z.B Vermerk in der Patientenakte, mündlich, z. B. bei Teambesprechungen und/oder Dienstübergabe.

¹⁵ Anm.: Darunter werden EDV-Systeme verstanden, die Prozesse zur Patientenidentifikation, Arzneimittelvergabe, Dosierung oder Konzentration bzw. Zubereitung, zur richtigen Applikationsart sowie des richtigen Zeitpunkts und zur Dokumentation definieren und regeln.

Abbildung 2.39:

Wie werden Mitarbeiter/innen über individuelle Gefahrenpotentiale und Komplikationsrisiken von Patientinnen/Patienten informiert?



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige der Gesundheitsberufe

In 11 Einrichtungen (42 %) 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. 1 Haus plant die Implementierung von genannten Unterstützungsmaßnahmen. 14 Häuser (54 %) haben dies weder implementiert noch planen die Einführung von Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige ihrer Gesundheitsberufe.

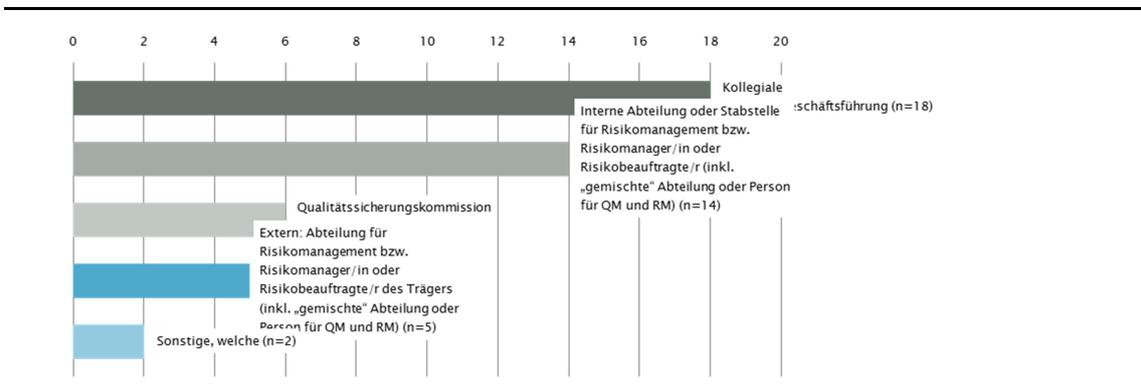
2.5.1 Einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements

Die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements gestaltet sich in den Krankenhäusern unterschiedlich. In 16 Häusern wird diese Aufgabe von einer Stelle wahrgenommen

Koordinierende Stellen

In 5 Krankenhäusern erfolgt die einrichtungsweite Koordination ausschließlich über eine interne Abteilung oder Stabstelle für Risikomanagement bzw. eine/n Risikomanager/in oder eine/einen Risikobeauftragte/n (inkludiert sind „gemischte Abteilungen“ oder Personen für QM und RM) In 8 Häusern übernimmt diese Aufgabe ausschließlich die Kollegiale Führung / Geschäftsführung), in 1 Haus/Häusern exklusiv die Qualitätssicherungskommission. 2 Häuser nannten „Sonstige“ als ausschließlich koordinierende Stelle

Einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements in den Krankenhäusern



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Vollzeitäquivalente und Köpfe für die einrichtungswerte Koordination

7 Häuser (27 %) geben an, wie viele Vollzeitäquivalente (VZÄ)¹⁶ für die einrichtungswerte Koordination des Risikomanagements besetzt sind.

In Summe wurden 8,3 VZÄ rückgemeldet. Die 8,3 ZÄ verteilen sich auf insgesamt 11 Personen (Köpfe) 19 Häuser (63 %) machen keine VZÄ-Angaben.

Auch jene Häuser, die keine VZÄ ermitteln konnten, gaben die Anzahl der Personen (70 Köpfe) an, die mit der einrichtungswerten Koordination von Qualitätsarbeit betraut sind. Die Angaben reichen von 1 bis hin zu 14 Personen. Durchschnittlich beschäftigen sich in 19 Häusern 3,7 verschiedene Personen (nicht VZÄ) mit der einrichtungswerten Koordination des Risikomanagements. Der Median liegt bei 3 Personen.

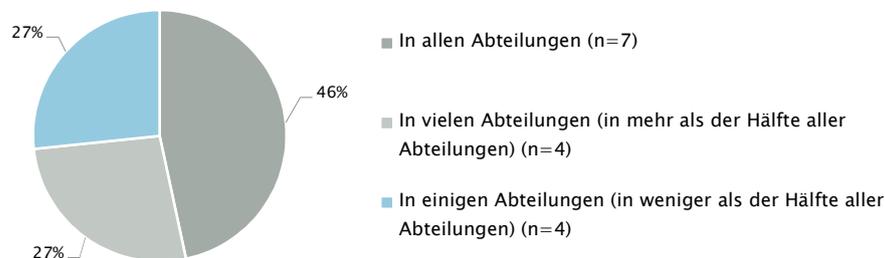
2.5.2 Risikomanagement-Ansprechpersonen in Abteilungen und RM-Ausbildung

15 Krankenhäuser (58 %) geben an, Ansprechpersonen für das Risikomanagement in Abteilungen definiert zu haben (MA QM). 7 Häuser davon haben Ansprechpersonen in allen Abteilungen.

¹⁶ 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. Diese Information wird automatisch aus der Kostenstellenstatistik übernommen.

Abbildung 2.40:

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



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

10 Krankenhäuser (38 %) geben an, dass in ihrem Haus Mitarbeiter/innen mit spezieller Risikomanagement-Ausbildung¹⁷ ermittelbar sind. Insgesamt sind dies 15 Personen. Der Durchschnitt liegt bei 1,5 Personen pro Haus, der Median bei 1 Personen. Die angegebene Personenzahl liegt zwischen 1 und 3 Personen pro Haus.

7 Krankenhäuser konnten nur die Zahl der Mitarbeiter/innen schätzen und gaben daher eine Schätzung ab.

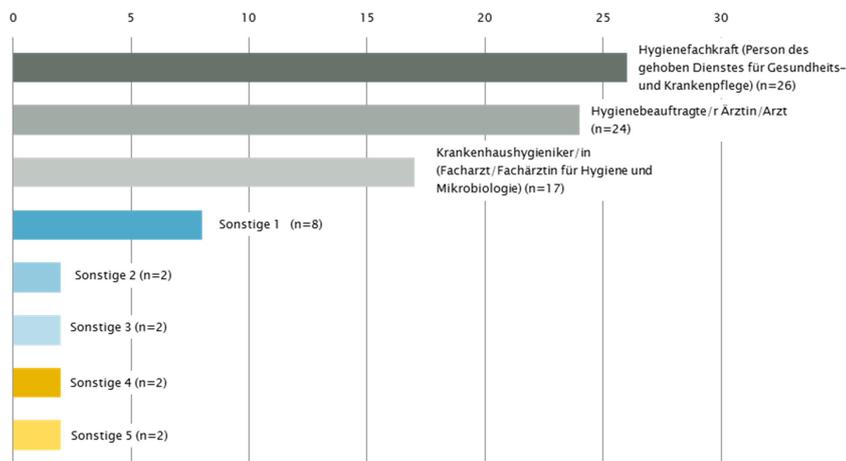
2.6 Krankenhaushygiene

2.6.1 Hygieneteam

Die Bestellung eines Hygieneteams in Krankenanstalten ist gesetzlich verankert. Es besteht in den Einrichtungen überwiegend aus Hygienefachkraft (Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege) und Hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt.

¹⁷ Anm.: Mit spezieller Ausbildung ist ein abgeschlossenes Diplom (z. B. Risikomanager/in) oder eine gleichzusetzende, zumindest einwöchige Ausbildung gemeint.

Abbildung 2.41:
Das Hygieneteam besteht in den Einrichtungen aus folgenden Mitgliedern



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Unter „Sonstige“ wurden für die Zusammensetzung des Hygieneteams zusätzlich noch folgende Berufsgruppen genannt: Hygienekontaktperson, Kontaktpersonen in allen Abteilungen, Pflegedirektion, Anästhesist und kollegiale Führung

Als Ausbildung für die/den Krankenhaushygieniker/in bzw. hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt wurde von 22 Häusern das österreichische Ärztekammerdiplom für Krankenhaushygiene oder in Ausbildung genannt.

Als Ausbildung für die Hygienefachkraft (Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege) wurde von 23 Häusern Sonderausbildung zur Hygienefachkraft gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz genannt.

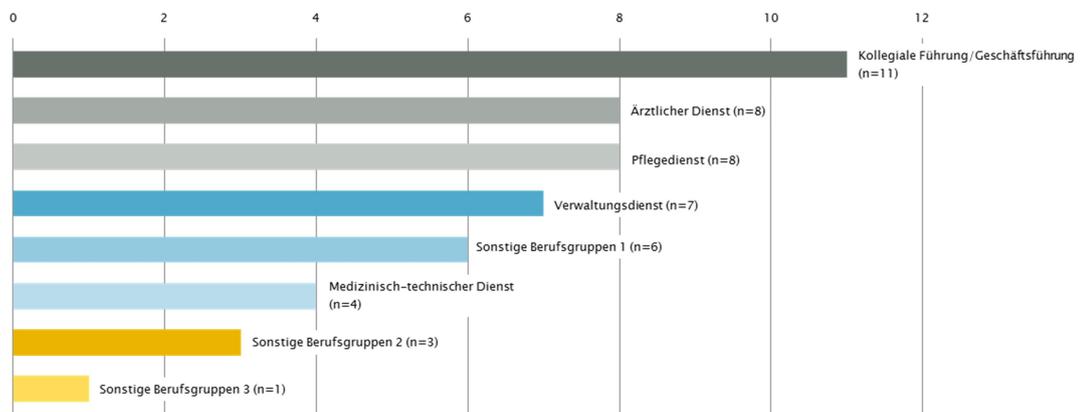
2.6.2 Hygienekommission

In 12 Häusern (46 %) ist zusätzlich zum Hygieneteam eine Hygienekommission eingerichtet. 2 Häuser planen die Implementierung einer Hygienekommission.

Am häufigsten besteht die Hygienekommission aus Vertretern der kollegiale Führung/Geschäftsführung, des ärztlichen Dienstes und des Pflegedienstes.

Abbildung 2.42:

Die Hygienekommission besteht in den Einrichtungen neben Personen des Hygieneteams noch aus folgenden Vertretern /Vertreterinnen:



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

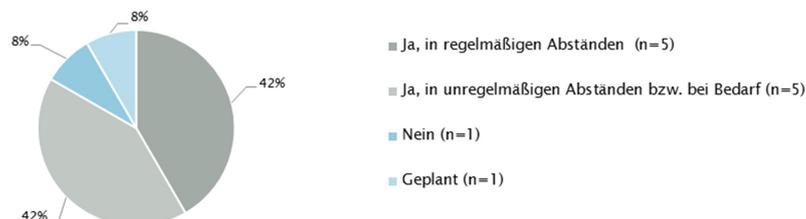
In Summe sind 11 Personen der Kollegialen Führung / Geschäftsführung für die Hygienekommission bestellt, 8 Personen des Ärztlichen Dienstes 7 Personen des Pflegedienstes, 7 des Verwaltungsdienstes und 4 Personen des Medizinisch-technischen Dienstes.

In 12 Häusern finden Treffen der Hygienekommission statt, davon in 11 Häusern in regelmäßigen Abständen. 5 Häuser berufen die Kommission einmal Mal pro Jahr ein, 4 Häuser zwei Mal im Jahr 2 Häuser viermal im Jahr. 1 Haus gibt an, dass die Treffen in unregelmäßigen Abständen bzw. bei Bedarf stattfinden.

In 10 Einrichtungen in denen keine Hygienekommission eingerichtet ist finden zum Teil Treffen zur Besprechung von Hygienebelangen mit dem Hygieneteam und der Kollegialen Führung und/oder weiteren Führungskräften statt. 5 Häuser geben bekannt, das die Treffen regelmäßig und 5 Häuser in unregelmäßig bzw. Bei Bedarf stattfinden

Abbildung 2.43:

Keine Hygienekommission eingerichtet: Finden Treffen zur Besprechung von Hygienebelangen mit dem Hygieneteam und der Kollegialen Führung und/oder weiteren Führungskräften statt?

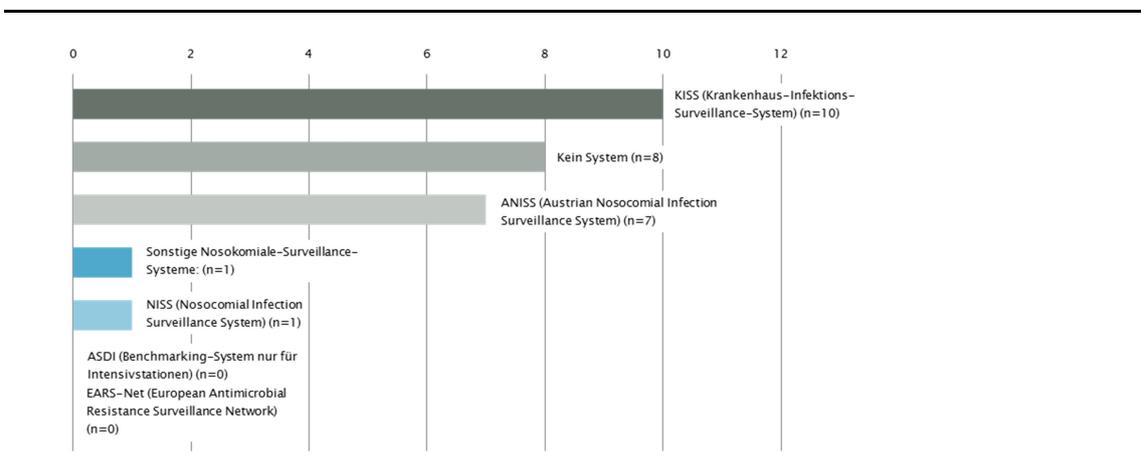


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

2.6.3 Überwachung nosokomialer Infektionen / Antibiotika-Verwendung und einrichtungsübergreifende Hygieneprojekte

Die Überwachung von nosokomialen Infektionen mittels eines Surveillance-Systems ist gesetzlich verankert. Am häufigsten werden in den Einrichtungen die Systeme KISS (Krankenhaussystem-Infektion-Surveillance System) und ANISS (Krankenhaus- Infektion-Surveillance System) verwendet.

Abbildung 2.44:
Welche Systeme zur Überwachung von nosokomialen Infektionen werden in den Einrichtungen verwendet?



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

1 Haus gab an ein „Sonstiges“ Surveillance-System zu verwenden. Hier wurden folgende Systeme genannt: Internes Erfassungssystem in Zusammenarbeit mit mikrobiologischem Institut.

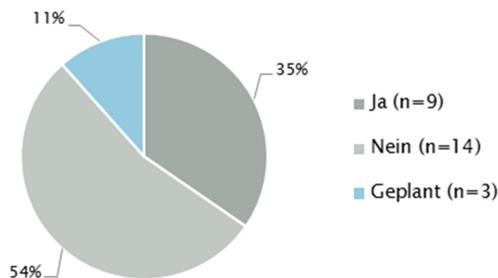
8 Häuser gaben an kein Surveillance-System im Haus etabliert zu haben. Begründet wurde dies durch folgende Ergänzungen: ein Partner wird seitens des Hauses gesucht, KISS geplant, selbst durchgeführte Erregerstatistik und Resistenzstatistik von def. Hygieneinstitut, Überwachung mit Infektionsprotokoll.

Zusätzlich zu den Surveillance-Systemen nimmt kein Haus an EARS-Net teil (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network). Das Ziel von EARS-Net ist die Erhebung valider Resistenzdaten für ausgewählte Erreger als Grundlage für die Darstellung von zeitlichen Entwicklungen sowie von Unterschieden zwischen Ländern und Regionen Europas.

Von 26 Krankenhäusern nehmen 9 Häuser an Hygieneprojekten teil und 3 Häuser planen die Teilnahme.

Abbildung 2.45:

Nehmen Einrichtungen an Hygieneprojekten teil, wie z. B. „Aktion saubere Hände“?



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Hygieneprojekte

Auf die Frage an welchen Hygieneprojekten die Einrichtungen teilnehmen wurden folgende Projekte genannt: „Saubere Hände“, Endoskopie Hygiene Projekt, Händehygienetag.

Antibiotikabbeauftragte/n bzw. Antibiotikakommission und Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung

Von 26 Krankenhäusern hat 1 Einrichtung einen Antibiotikabbeauftragte/n oder eine Antibiotikakommission und 1 Haus plant die Einrichtung einer solchen Kommission oder einer/eines Beauftragten. In 6 Krankenhäusern (23 %) werden Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung umgesetzt.

Erfassung des Antibiotika-Verbrauchs und Erhebung des Desinfektionsmittelverbrauchs

14 Häuser (54 %) erfassen den Verbrauch von Antibiotika. Jene Häuser, die den Antibiotika-Verbrauch erfassen gaben 7 Häuser an, dass der Verbrauch regelmäßig stationsbasiert erhoben wird und 1 Haus plant dies für die Zukunft.

In 15 Krankenhäusern wird der Desinfektionsmittelverbrauch, z. B. von Händedesinfektionsmitteln erhoben und 2 weitere Häuser planen die Erfassung umzusetzen. Von den Krankenhäusern, die den Desinfektionsmittelverbrauch erheben, erfassen 9 Häuser den Verbrauch jährlich und 6 Häuser in längeren Abständen.

2.6.4 Bericht über Hygiene

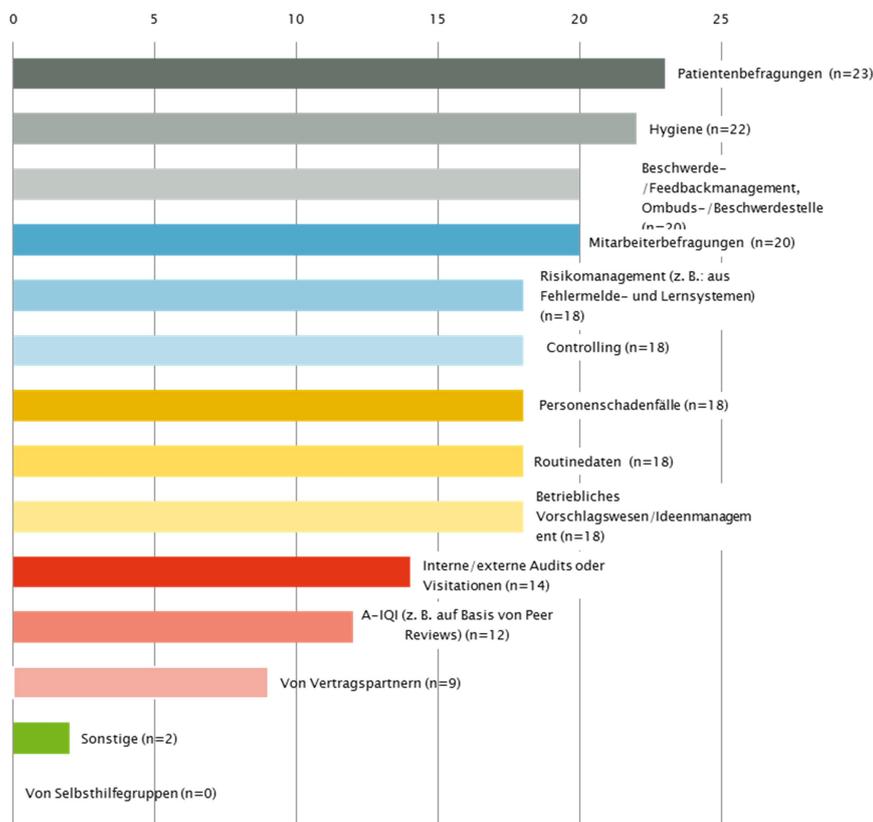
20 Krankenhäuser (77 %) erstellen einen Hygienebericht und 3 Häuser (12 %) planen die Erstellung. 19 Häuser veröffentlichen die Ergebnisse des Berichts nicht, das bedeutet der

Bericht ist nur für die interne Verwendung oder für eine Meldung an Träger/Fonds/Land gedacht. Alle Krankenhäuser die einen Hygienebericht erstellen, tun dies in jährlichen Abständen.

2.7 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

In Krankenhäusern werden kontinuierliche Verbesserungsprozesse initiiert, die auf unterschiedlichen Daten, Auswertungen oder Informationen basieren. Am häufigsten werden hierfür Daten aus Patientenbefragungen, Hygiene, Beschwerde-/Feedbackmanagement, Ombuds-/Beschwerdestelle und Mitarbeiterbefragung verwendet. (MA QM).

Abbildung 2.46: Daten, Auswertungen oder Informationen auf deren Basis kontinuierliche Verbesserungsprozesse initiiert werden



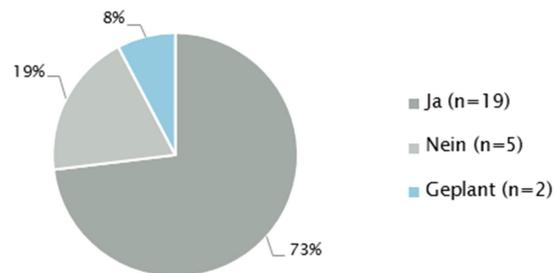
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Kategorie „Sonstige“ wurde von 2 Häusern genannt.

In 19 der Krankenhäuser ist das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses¹⁸ verankert, 2 Häuser planen die Implementierung eines solchen.

Abbildung 2.47:

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



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

¹⁸ Anm.: Der KVP 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.

