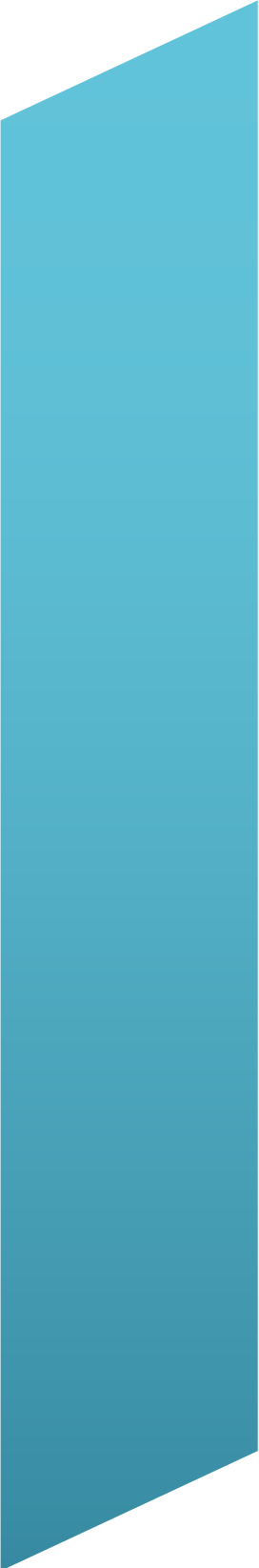


Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung



Qualitätssysteme in Krankenanstalten der Langzeitversorgung und Genesung/ Prävention

Berichtsjahr 2022

**Beschlossen durch den Ständigen Koordinierungsausschuss
im März 2024**

Impressum

Fachliche Begleitung durch die Fachgruppe Versorgungsprozesse und durch folgende weitere Expertinnen und Experten der Expertengruppe Qualitätsplattform (alphabetisch geordnet):

Margarita Amon, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Reinhard Berger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
Sophie Böhm, Pensionsversicherungsanstalt
Stefan Dorner, Stadt Wien, Magistratsabteilung 24
Roland Frank, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
Ernst Fürthaller, Oberösterreichischer Gesundheitsfonds
Helmut Klein, Österreichische Gesundheitskasse – Gesundheitszentrum Landstraße
Verena Nikolai, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Ulrike Stark, Gesundheitsfonds Steiermark
Esther Thaler, Burgenländische Krankenanstalten-Gesellschaft m.b.H.
Patrizia Theurer, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Andreas Weber, Pensionsversicherungsanstalt

Erstellt von Gesundheit Österreich GmbH / Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen:

Brigitte Domittner
Wolfgang Geißler
Matthias Gruber
Reinhard Kern
Karin Eglau

Projektassistentin:

Danijela Skeljic

Zitiervorschlag:

BMSGPK (2024): Qualitätssysteme in Krankenanstalten der Langzeitversorgung und Genesung/Prävention. Berichtsjahr 2022. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur
Stubenring 1, 1010 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,
vertreten durch SL Dr.ⁱⁿ Reich (BMSGPK, Sektion VII)

Erscheinungsdatum:

April 2024

Kurzfassung

Hintergrund

Seit 2010 betreibt die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur die Website www.qualitaetsplattform.at. Diese Website ermöglicht Krankenanstalten die Teilnahme an der regelmäßig stattfindenden, gesetzlich verpflichtenden Qualitätsberichterstattung. Hierfür werden mithilfe eines Onlinefragebogens (Selbstbewertung) verschiedene Qualitätsaspekte und die Erfüllung von Mindestanforderungen an das Qualitätsmanagement (vgl. B-ZK 2014) je Einrichtung erhoben.

2023 wurde die GÖG beauftragt, erstmals die verpflichtende Berichterstattung über Qualitätssysteme in den Einrichtungen der Langzeitversorgung und Genesung/Prävention (LV/GEN/PRÄ) für das Berichtsjahr 2022 durchzuführen. Zeitgleich fand auch die Berichterstattung für Krankenanstalten der Akutversorgung sowie der stationären Rehabilitation statt.

Methode

Da die Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ bislang nicht an der gesetzlich verpflichtenden Qualitätsberichterstattung teilgenommen hatten, wurde Anfang 2022 von der Expertengruppe Qualitätsplattform ein Fragebogen zur Erhebung der Qualitätssysteme in Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ entworfen. In einer nachfolgenden Piloterhebung, an der insgesamt 17 Einrichtungen der LV/GEN/PRÄ freiwillig teilnahmen, wurden die Einrichtungen gefragt, ob die gestellten Fragen für sie Gültigkeit und Relevanz haben. Nach der Berücksichtigung der erhaltenen Rückmeldungen wurde der Fragebogen mit der Expertengruppe Qualitätsplattform finalisiert und von der Fachgruppe Versorgungsprozesse, dem entscheidenden Gremium der Zielsteuerung-Gesundheit, abgenommen.

Anfang 2023 wurden alle 24 Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ kontaktiert und zur gesetzlich verpflichtenden Teilnahme an der Datenerhebung zum Datenjahr 2022 aufgefordert. Die Erhebungsphase wurde mit einer 100-prozentigen Teilnahmequote im Mai 2023 abgeschlossen. Die auf Selbstbewertungen der Einrichtungen basierenden Daten sind im vorliegenden Bericht auf aggregierter Ebene für alle Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ dargestellt.

Ergebnisse

Die Erhebung zeigt, dass die befragten 24 Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ im Rahmen ihrer Qualitätsarbeit vielfältige Maßnahmen setzen. Nachfolgende Tabelle gibt einen knappen Überblick¹ über ausgewählte wichtige Aktivitäten und den Grad ihrer Umsetzung in den Einrichtungen:

¹

Die ursprünglichen Fragen wurden gekürzt. Die vollständige Datenauswertung ist dem Kapitel 3 zu entnehmen.

Strategie & Struktur der Qualitätsarbeit	Leitbild	88 %
	Qualitätsstrategie*	79 %
	Geschäftsordnung für die Qualitätssicherungskommission*	67 %
	Ansprechpartner:innen für Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Arbeit in den Abteilungen/Bereichen*	54 %
	Datenschutzbeauftragte:r	100 %
	Digitalisierungsbeauftragte:r	50 %
	Beauftragte:r zur Einhaltung von Sicherheitsvorschriften der IT	96 %
	strukturierte Dokumentenlenkung*	92 %
	Projekte/Maßnahmen zur Optimierung der Dokumentationsqualität	75 %
	einrichtungsweites Qualitätsmodell	29 %

Prozesse	Konzept für einrichtungsinterne medizinische Notfälle*	83 %
	Schulungskonzept, um Mitarbeiter:innen für einrichtungsinterne medizinische Notfälle zu schulen*	79 %
	strukturiertes Aufnahmemanagement	83 %
	Erhebung des Ernährungsstatus von Patientinnen bzw. Patienten	88 %
	standardisierter Betreuungsprozess mangelernährter Patientinnen bzw. Patienten	50 %
	kontinuierlicher Verbesserungsprozess	71 %

Patientenorientierung & Beschwerdemanagement	Unterstützung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen bzw. Patienten	83 %
	Mitarbeiterschulungen zur patientenzentrierten Gesprächsführung	63 %
	Einbindung von Selbsthilfegruppen	25 %
	Mitarbeiterschulungen zum Thema Patientenrechte	54 %
	Patientenbefragungen*	79 %
	barrierefreier Zugang zur Einrichtung*	88 %
	öffentliche Informationen über die Erreichbarkeit und bauliche Barrierefreiheit (Website, Informationsfolder u. Ä.) *	79 %
	strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement	83 %
	strukturiertes Ableiten von Maßnahmen aus Vorschlägen und Beschwerden	92 %

Mitarbeiterorientierung	Mitarbeiterbefragungen*	75 %
	Strukturierte Mitarbeitergespräche*	92 %
	Personalentwicklungskonzept*	67 %
	Erhebung des Qualifizierungsbedarfs / der Qualifizierungswünsche der Mitarbeiter:innen*	92 %
	Erfassen von Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter:innen*	96 %
	zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter:innen	92 %
	betriebliche Gesundheitsförderung / betriebliches Gesundheitsmanagement	63 %
	betriebliches Vorschlagswesen / Ideenmanagement für Mitarbeiter:innen	71 %

Risikomanagement & Patienten- & Mitarbeitersicherheit	Risikomanagement*	54 %
	Verwendung von Risikomanagement-Instrumenten*	67 %
	interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit	13 %
	Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen	21 %
	Aus- und Fortbildungen zu Risikokommunikation für Mitarbeiter:innen	54 %
	strukturiertes Feedback an betroffene Patientinnen bzw. Patienten bei unerwünschten Ereignissen oder Fehlern	54 %
	Mitarbeiterschulungen/-fortbildungen zur Patientensicherheit	54 %
	Überwachung patientensicherheitsrelevanter Aspekte über Kennzahlen und/oder Indikatoren	63 %

Krankenhaus- hygiene	Orientierung der Krankenhaushygiene am bundesweiten Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene	96 %
	Hygienekommission (zusätzlich zum Hygieneteam)	29 %
	Teilnahme an Hygieneprojekten	46 %
	Erhebung des Desinfektionsmittelverbrauchs	67 %
	Erstellung eines Hygieneberichts	83 %

Impfstatus Mitarbeiter:innen	Plan zur Umsetzung der Impfempfehlungen für das Gesundheitspersonal	54 %
	Erhebung und Dokumentation der Immunität gegen Masern	42 %
	Erhebung und Dokumentation der Immunität gegen Varizellen	38 %
	Erhebung und Dokumentation des Impfschutzes gegenüber Pertussis	33 %
	Erhebung und Dokumentation der Durchimpfungsrate hinsichtlich saisonaler Influenza	38 %

Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (in der Tabelle mit einem Sternchen „*“ gekennzeichnet) definieren die grundlegenden Aspekte und Inhalte, die von den Krankenanstalten in der Qualitätsarbeit berücksichtigt werden sollen. Insgesamt 35 Fragen sind als solche definiert und im Fragebogen integriert². Die Auswertung zeigt, dass nur eine Einrichtung alle Mindestanforderungen an das Qualitätsmanagement erfüllt. Alle Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ erfüllen zumindest die Hälfte der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement².

Schlussfolgerungen

Der vorliegende Bericht gibt erstmals einen umfassenden Überblick über die Qualitätsarbeit in den Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ. Auf Basis der Ergebnisse sollen Einrichtungen und deren Träger eine Analyse durchführen, um Verbesserungspotentiale und/oder unerfüllte Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement zu identifizieren. Darauf aufbauend sollten gezielte Schritte unternommen und Maßnahmen geplant werden, um Verbesserungen einzuleiten und umzusetzen.

²

Die vollständige Liste der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement und die diesbezügliche Datenauswertung ist dem Kapitel 3.5 und dem Anhang 3 zu entnehmen.

Um Veränderungen in den Qualitätsaktivitäten der Einrichtungen zu erfassen, wird die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätsberichterstattung zukünftig auch in Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ regelmäßig durchgeführt. Vor jeder neuen Befragung wird der Fragebogen zum Qualitätssystem auf Basis der Rückmeldungen der Einrichtungen und den Erfahrungen aus der vorangegangenen Befragung überprüft und gegebenenfalls optimiert.

Schlüsselwörter

Qualitätsberichterstattung, Qualitätsplattform, Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement, Krankenanstalten, Langzeitversorgung, Genesung, Prävention

Summary

Background

In Austria, for long-term care and for recovery/prevention facilities dedicated as healthcare institutions are legally obliged to participate in a nationwide quality reporting of health care facilities. On behalf of the Federal Health Agency, information on various quality topics, such as quality models, patient and employee surveys, complaint management, and risk management is regularly collected on the web-based survey platform www.qualitaetsplattform.at. Additionally, minimum requirements for quality management, defined in 2014, are also integrated into the questionnaire.

In 2023, the Austrian Public Health Institute, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), carried out for the first time the reporting on quality systems in long-term care and in recovery/prevention facilities for the reporting year 2022. At the same time, quality reporting was also carried out for hospitals and inpatient rehabilitation clinics.

Method

As the long-term care and the recovery/prevention facilities had not previously taken part in the quality reporting, at the beginning of 2022 a questionnaire was designed by an expert group. Subsequently a pilot survey was carried out, in which a total of 17 facilities took part voluntarily. After taking into account the feedback received, the questionnaire was finalised. At the beginning of 2023, all 24 long-term care and recovery/prevention facilities were contacted and requested to participate in the mandatory quality reporting based on a facility's self-assessment. The survey was completed in May 2023 with a 100 percent participation rate.

The collected data were then anonymised, evaluated, and summarised in the present Austrian-wide report.

Results

The results show that the long-term care and the recovery/prevention facilities have implemented a wide range of initiatives as part of their quality work. For example, employee confidentiality regulations and the protection of patient-related (electronic) data are well established in all facilities. Most facilities also have a document control system or take measures to promote the health literacy of their patients. However, potential for improvement can be found in various areas, for example, only around half of the facilities have defined contact persons for quality management and/or risk management.

Minimum requirements for quality management define the basic aspects and content that health care facilities should consider in their quality work. A total of 35 questions are defined as such and integrated into the questionnaire. The evaluation shows that only one facility meets all the minimum requirements for quality management. On the other hand, all facilities for long-term

care and for recovery/prevention fulfil at least half of the minimum requirements for quality management.

Discussion

This report provides the first comprehensive overview of quality work in long-term care and in recovery/prevention facilities in Austria. Based on the results, facilities and their institutional owners should analyse the results in order to identify potential for improvement. Actions should then be planned, and steps taken to initiate and implement improvements.

Keywords

Quality reporting, quality platform, minimum requirements for quality management, facilities for long-term care and for recovery/prevention

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	VII
Inhalt	IX
Tabellen	X
Abkürzungen.....	XI
1 Einleitung	1
2 Methode	2
2.1 Erarbeitung des Fragebogens	2
2.2 Teilnehmende Krankenanstalten der Langzeitversorgung und Genesung/Prävention.....	2
2.3 Datenerhebung	4
2.4 Datenauswertung und Datendarstellung	4
3 Ergebnisse für das Berichtsjahr 2022	7
3.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit	7
3.2 Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit	8
3.3 Qualitätsmodelle.....	11
3.4 Qualitätsarbeit	12
3.4.1 Prozesse	12
3.4.2 Bericht über die Qualitätsarbeit	14
3.4.3 Patientenorientierung	15
3.4.4 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen bzw. Patienten.....	17
3.4.5 Mitarbeiterorientierung	18
3.4.6 Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit.....	20
3.4.7 Krankenhaushygiene	22
3.4.8 Impfstatus der Mitarbeiter:innen	24
3.4.9 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess	26
3.5 Ergebnisse hinsichtlich der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement	27
4 Diskussion, Limitationen und Schlussfolgerungen	29
Literatur	32
Anhang	35
Anhang 1	37
Anhang 2.....	71
Anhang 3.....	75

Tabellen

Tabelle 2.1:	Krankenanstanlen der LV/GEN/PRÄ, die von der Qualitätsberichterstattung ausgenommen waren, Berichtsjahr 2022	3
Tabelle 3.1:	Fragenblock 2. Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit; Anteil und Anzahl der Krankenanstanlen der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24).....	7
Tabelle 3.2:	Fragenblock 3. Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit; Anteil und Anzahl der Krankenanstanlen der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24).....	8
Tabelle 3.3:	Fragenblock 4. Qualitätsmodelle; Qualität der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24).....	11
Tabelle 3.4:	Fragenblock 5.1 Prozesse; Anteil und Anzahl der Krankenanstanlen der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24)	12
Tabelle 3.5:	Fragenblock 5.2 Bericht über die Qualitätsarbeit; Anteil und Anzahl der Krankenanstanlen der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24).....	14
Tabelle 3.6:	Fragenblock 5.3 Patientenorientierung; Anteil und Anzahl der Krankenanstanlen der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24).....	15
Tabelle 3.7:	Fragenblock 5.4 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden; Anteil und Anzahl der Krankenanstanlen der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24).....	17
Tabelle 3.8:	Fragenblock 5.5 Mitarbeiterorientierung; Anteil und Anzahl der Krankenanstanlen der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24).....	18
Tabelle 3.9:	Fragenblock 5.6 Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit; Anteil und Anzahl der Krankenanstanlen der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24).....	20
Tabelle 3.10:	Fragenblock 5.7 Krankenhaushygiene; Anteil und Anzahl der Krankenanstanlen der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24).....	22
Tabelle 3.11:	Fragenblock 5.8 Impfstatus der Mitarbeiter:innen; Anteil und Anzahl der Krankenanstanlen der LV/GEN/PRÄ, die die Anzahl mit „Ja“ beantworteten (N = 24).....	24
Tabelle 3.12:	Fragenblock 5.9 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP); Anteil und Anzahl der Krankenanstanlen der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24).....	26
Tabelle 3.13:	Erfüllungsgrad der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (MA an QM) (N = 24).....	27

Abkürzungen

AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BJ	Berichtsjahr
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B-ZK	Bundes-Zielsteuerungskommission
EFQM	European Foundation for Quality Management
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ISO	International Organization for Standardization
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KVP	kontinuierlicher Verbesserungsprozess
LV/GEN/PRÄ	Langzeitversorgung und Genesung/Prävention
MA	Mitarbeiter:in(nen)
N	Umfang der Grundgesamtheit
n	Teilmenge der Grundgesamtheit
pCC	proCum Cert GmbH
QM	Qualitätsmanagement
QSK	Qualitätssicherungskommission
RM	Risikomanagement
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)

1 Einleitung

Seit 2010 betreibt die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur die Qualitätsplattform unter der Adresse www.qualitaetsplattform.at. Dabei handelt es sich um eine überwiegend zugangsgeschützte Website, über die die regelmäßig stattfindende Qualitätsberichterstattung für Krankenanstalten ermöglicht wird. Einrichtungen werden dabei mithilfe eines Onlinefragebogens zu verschiedenen Qualitätsthemen und zur Erfüllung von Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (vgl. B-ZK 2014) befragt.

Seit der Novellierung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (vgl. KAKuG) im Jahr 2011 sind Krankenanstalten dazu verpflichtet, an der österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen. Bislang waren neben den Einrichtungen der Akutversorgung und der stationären Rehabilitation auch selbstständige Ambulatorien regelmäßig dazu aufgerufen, den Fragebogen zu den Qualitätssystemen auszufüllen. Für das Jahr 2023 wurde die GÖG von der Bundesgesundheitsagentur beauftragt, die verpflichtende Berichterstattung über Qualitätssysteme (Berichtsjahr 2022) auf die Krankenanstalten der Langzeitversorgung und Genesung/Prävention (im Bericht mit LV/GEN/PRÄ abgekürzt) auszuweiten. Zeitgleich fand auch die Befragung zu den Qualitätssystemen in den Einrichtungen der Akutversorgung sowie der stationären Rehabilitation statt.

Durch die österreichweite Qualitätsberichterstattung wird ein Überblick über systematische Qualitätsarbeit in Krankenanstalten geschaffen und deren Qualitätsentwicklung dokumentiert. Teilnehmende Einrichtungen, Krankenanstaltenträger und Vertreter:innen der Länder erhalten damit die Möglichkeit, sich mit aggregierten Ergebnissen (z. B. Österreich gesamt) zu vergleichen, um daraus etwaige Verbesserungen für die eigene(n) Einrichtung(en) abzuleiten. Die Ergebnisse aus der verpflichtenden Erhebung werden in österreichweiten Berichten veröffentlicht. Diese können im öffentlichen Servicebereich³ der Qualitätsplattform heruntergeladen werden.

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse aus der Befragung in Abschnitte analog zum Fragebogen nach strategischer und struktureller Verankerung der Qualitätsarbeit, den Qualitätsmodellen und der Qualitätsarbeit gegliedert. Anschließend sind die Ergebnisse der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (vgl. B-ZK 2014) beschrieben. Diese Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement wurden im Jahr 2011 definiert. Die Fragen sind integraler Bestandteil des Fragebogens und sind dort mit einem „*“ zur leichteren Identifikation gekennzeichnet.

3

<https://qualitaetsplattform.goeg.at/#/service/berichte>

2 Methode

Die Erhebung der Qualitätssysteme in Einrichtungen der LV/GEN/PRÄ erfolgt über die Beantwortung eines Onlinefragebogens, der den betroffenen Krankenanstalten über den zugangsgeschützten Bereich der Website www.qualitaetsplattform.at zur Verfügung gestellt wird.

2.1 Erarbeitung des Fragebogens

Die Erarbeitung eines ersten Fragebogenentwurfs basierte auf dem Fragebogen für Krankenanstalten der stationären Rehabilitation und fand Anfang des Jahres 2022 durch die Expertengruppe Qualitätsplattform⁴ (bestehend aus Vertreter:innen des BMSGPK, der Bundesländer, der Sozialversicherung und weiteren Fachexpertinnen und -experten) statt. Anschließend wurde im Sommer 2022 eine Piloterhebung durchgeführt, im Rahmen dessen alle Krankenanstalten der LANG/GEN/PRÄ kontaktiert und gefragt wurden, ob und inwieweit die Fragen aus dem Fragebogenentwurf für Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ grundsätzlich gültig und relevant sind. Insgesamt nahmen 17 Einrichtungen an der Piloterhebung freiwillig teil und gaben ihre Rückmeldung zum Fragebogen. Diese wurden gesammelt der Expertengruppe Qualitätsplattform vorgelegt und inhaltlich abgestimmt. Der daraus resultierende Fragebogen wurde in der Fachgruppe Versorgungsprozesse (vgl. BMSGPK) eingebracht und dort abgenommen. Der Fragebogen zur Erhebung der Qualitätssysteme in Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ umfasst rund 90 Fragen. Zum Teil existieren zusätzlich zu den Fragen noch untergeordnete vertiefende Fragen, die spezifische Aspekte detaillierter abfragen. Der Fragebogen kann auf der Website der Qualitätsplattform im öffentlich zugänglichen Servicebereich⁵ abgerufen werden.

2.2 Teilnehmende Krankenanstalten der Langzeitversorgung und Genesung/Prävention

Das BMSGPK führt und veröffentlicht eine Liste der bettenführenden Krankenanstalten in Österreich gemäß Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (vgl. KAKuG) über seine Webseite⁶. Jede Krankenanstalt ist auf Basis einer Krankenanstaltennummer entsprechend identifizierbar. Laut diesem Krankenanstaltenverzeichnis (vgl. BMSGPK 2023) gab es in Österreich mit Stand Oktober 2022 insgesamt 270 Krankenanstalten. Von diesen 270 Einrichtungen sind 31 Krankenanstalten dem Versorgungsektor der LV/GEN/PRÄ zugeordnet.

4

Alle Mitglieder der Expertengruppe Qualitätsplattform sind im Impressum angeführt.

5

vgl. <https://qualitaetsplattform.goeg.at/#/service/berichte>

6

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Krankenanstalten-und-selbststaendige-Ambulatorien-in-Oesterreich/Krankenanstalten-in-Oesterreich.html>

Sieben der gelisteten Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ nahmen aus nachfolgenden Gründen und in Abstimmung mit der Einrichtung und mit der Fachgruppe Versorgungsprozesse nicht an der gesetzlich verpflichtenden Qualitätsberichterstattung teil: Sechs Einrichtungen sind Teil eines Krankenhauses (Abteilung) und vollständig in das Qualitätssystem dieser übergeordneten Krankenanstalt integriert. Eine Einrichtung ist eine Krankenanstalt der Justizanstalt. Diese Einrichtung hat einen Sonderstatus und ist dem Bundesministerium für Justiz, Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen zugeordnet. Nachstehende Tabelle gibt einen Überblick über die genannten Einrichtungen, die von der Qualitätsberichterstattung ausgenommen sind.

Tabelle 2.1:
Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die von der Qualitätsberichterstattung ausgenommen waren, Berichtsjahr 2022

Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ laut Krankenanstaltenverzeichnis des BMSGPK	31
K211 Abteilung für chronische Kranke im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee – integriert in K205 Klinikum – Klagenfurt am Wörthersee (LKH Klagenfurt)	-1
K217 Abteilung für chronisch Kranke im Landeskrankenhaus Villach – integriert in K216 Landeskrankenhaus Villach	-1
K226 Abteilung für chronisch Kranke im Landeskrankenhaus Laas – integriert in K213 Landeskrankenhaus Laas	-1
K352 Sonderkrankenanstalt der Justizanstalt Wien-Josefstadt (Außenstelle Wilhelmshöhe)	-1
K615 Albert Schweitzer Klinik – integriert in K665 Albert Schweitzer Klinik	-1
K677 Pflegeanstalt für chronisch Kranke – integriert in K638.1 Landeskrankenhaus Hochsteiermark / Leoben	-1
K825 Pflegeabteilung des LKH Rankweil – integriert in K824 Landeskrankenhaus Rankweil	-1
Summe	24

Quelle und Darstellung: BMSGPK/GÖG, Qualitätsplattform

Diversität Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ

Die 24 Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die letztendlich zur Teilnahme an der Qualitätsberichterstattung aufgerufen waren, sind in ihrer Gesamtheit hinsichtlich der Bettenanzahl, der Mitarbeiteranzahl und der Leistungserbringung sehr inhomogen. So reichen die tatsächlich aufgestellten Betten von zehn bis 560 und die Anzahl der Mitarbeiter:innen in Vollzeitäquivalenten reicht von rund elf bis 734. 22 Einrichtungen fallen unter die Bezeichnung der Langzeitversorgung: Zehn Einrichtungen davon legen ihren Schwerpunkt laut Krankenanstaltenverzeichnis auf Innere Medizin oder Altenpflege, drei Einrichtungen auf Abhängigkeitserkrankungen, vier Einrichtungen auf Psychische Erkrankungen, eine Einrichtung auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen / von Frauen. Vier Einrichtungen der Langzeitversorgung haben als Versorgungsbereich „mehrere Schwerpunkte“ hinterlegt. Insgesamt zwei Einrichtungen sind Krankenanstalten der Genesung/Prävention. Davon hat eine Einrichtung als Versorgungsbereich „mehrere Schwerpunkte“ und eine weitere Einrichtung den Versorgungsbereich „Stoffwechselsystem und Verdauungsapparat“ abgedeckt.

Alten- und Pflegeheime bzw. geriatrische Zentren, die nicht dem KAKuG unterliegen, waren nicht aufgerufen, an der Qualitätsberichterstattung teilzunehmen.

2.3 Datenerhebung

Anfang des Jahres 2023 wurden die Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ und die dazugehörigen Krankenanstaltenträger kontaktiert und zur gesetzlich verpflichtenden Teilnahme an der Berichterstattung durch Befüllung des Fragebogens auf der Qualitätsplattform gebeten.

Nach Ablauf des dreimonatigen Erhebungszeitraums startete die Urgenzphase, bei der jene Einrichtungen kontaktiert wurden, die bis dato noch keine Informationen übermittelt hatten. Sie wurden per E-Mail und zum Teil telefonisch erneut zur Teilnahme aufgefordert und gebeten, die Daten auf der Qualitätsplattform einzutragen. Nachdem alle Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ den Fragebogen ausgefüllt und freigegeben hatten, wurde Ende Mai 2023 die Erhebung beendet.

Die Liste aller Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die an der Qualitätsberichterstattung teilnahmen, sind im Anhang 2 ausgewiesen. Zudem ist die Liste im öffentlichen Servicebereich auf der Website der Qualitätsplattform abrufbar.

2.4 Datenauswertung und Datendarstellung

Für die Darstellung der ausgewerteten Daten wurden vorwiegend Methoden der deskriptiven Statistik angewandt, d. h., es wurden Häufigkeiten und Prozentanteile berechnet. Als Auswertungstool kam vorwiegend ein webbasiertes System der GÖG zum Einsatz, welches die Auswertung und Darstellung mithilfe von Pivot-Tabellen zulässt.

In Fällen, in denen die Grundgesamtheit klein ist, wie es bei den Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ der Fall ist ($N = 24$), ist es wichtig, die berechneten Prozentsätze mit Bedacht zu interpretieren. Dies liegt daran, dass die Zustimmung oder Ablehnung einer einzelnen Einrichtung einen erheblichen Einfluss auf die prozentualen Anteile der Merkmalsausprägungen haben kann. Zum Beispiel kann allein die Zustimmung oder Ablehnung einer Einrichtung einer Ja/Nein-Frage eine Schwankung von plus/minus 4 Prozentpunkten verursachen.

Darstellung von Fragen mit Einfachauswahlmöglichkeit (Single-Choice-Fragen)

Zu Beginn eines Themenblocks werden die Fragen inklusive der Fragenummern, die mit „Ja“ oder „Nein“ (Einfachauswahlmöglichkeit) zu beantworten waren, in Tabellen gelistet. Des Weiteren werden darin die Anteile der Einrichtungen in Prozent (gerundet) und die Anzahl der Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ (XX KA), die die jeweilige Frage mit „Ja“ beantwortet haben, ausgewiesen.

Darstellung von Subfragen

Die Subfragen zur Beantwortung spezifischer Aspekte der Hauptfrage sind in den Tabellen eingerückt dargestellt. Dabei wird auf die reduzierte Teilmenge der Einrichtungen ($n = X$) hingewiesen.

Darstellung von Fragen mit Mehrfachantwortmöglichkeit (Multiple-Choice-Fragen)

Fragen mit Mehrfachantwortmöglichkeiten werden im Bericht in Textform wiedergegeben. Im Text wird die jeweilige Fragennummer in Klammer ausgewiesen. Die Anzahl der Einrichtungen, die die jeweiligen Antwortoptionen gewählt haben, werden zum überwiegenden Teil ausgewiesen (x Nennungen). Manche Antwortoptionen, die nur von wenigen Einrichtungen gewählt wurden, werden zum Teil nicht erwähnt. Sämtliche Antwortmöglichkeiten können im Fragebogen im Anhang 1 nachgelesen werden.

Angaben aus den Freitextfelder

Bei insgesamt sechs Fragen gab es die Möglichkeit, einen Text in ein Freitextfeld einzutragen. Diese Angaben wurden analysiert, kategorisiert und in den vorliegenden Bericht integriert.

Informationstexte

Im Fragebogen wurden einige Begriffe näher erläutert, z. B. Digitalisierungsbeauftragte:r. Außerdem wurden einige Fragen mit zusätzlichen Hinweisen versehen, um ein besseres und einheitliches Verständnis der Fragen sicherzustellen. Diese Informationen werden im Bericht in der Fußnote angezeigt.

Antwortmöglichkeit „Für die Einrichtung nicht relevant“

Wie bereits unter Punkt 2.2 näher erläutert, sind die Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ in ihrer Schwerpunktsetzung unterschiedlich. Dies wird berücksichtigt, indem bei fünf Fragen die Antwortoption „Nicht relevant für die Einrichtung“ hinzugefügt worden ist, wie zum Beispiel bei der Frage „Gibt es in der Einrichtung eine standardisierte Vorgehensweise zum Thema End-of-life?“. Dies ermöglicht den Einrichtungen, die Frage nur dann zu beantworten, wenn sie für sie relevant ist. Bei den entsprechenden Fragen wird im Text und in den Tabellen auf eine Fußnote mit Erklärungstext verwiesen.

Darstellung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement definieren die Mindestinhalte der Qualitätsarbeit (vgl. B-ZK 2014). Im Fragebogen sind insgesamt 35 Fragen als Mindestanforderungen an ein Qualitätsmanagement festgelegt, die jeweils mit einem Sternchen „*“ ausgewiesen sind. Die Bewertung zur Erfüllung von Fragen der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement basiert auf festgelegten Kriterien. Diese Kriterien können in der Tabelle im Anhang 3 nachgelesen werden und weisen zudem die Ergebnisse je Frage aus. Die zusammenfassende Auswertung über den Erfüllungsgrad der Mindestanforderungen wird im Kapitel 3.5 dargestellt.

Begriff Patient:in

Für Krankenanstalten der Langzeitversorgung und Prävention/Genesung ist der Begriff „Patient:in“ nur bedingt schlüssig, da die Personen meist nicht vorrangig medizinisch betreut werden. Zum Teil wären die Begriffe wie „Bewohner:in“, z. B. in Langzeitpflegeeinrichtungen, oder „Gast“, z. B. in Kureinrichtungen, treffender. Da die Einrichtungen jedoch als Krankenanstalten bewilligt sind und daher auch dem KuKAG unterliegen, wurde im Fragebogen und im vorliegenden Bericht der Begriff „Patient:in“ in Anlehnung an das Vorarlberger Patienten- und Klientenschutzgesetz § 2 (1) verwendet: „Patient im Sinne dieses Gesetzes ist eine Person, die Leistungen in einer Krankenanstalt in Anspruch nimmt oder in Anspruch genommen hat.“

3 Ergebnisse für das Berichtsjahr 2022

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Ergebnisse aller 24 Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ in Österreich dargestellt.

3.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit

Tabelle 3.1:

Fragenblock 2. Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit; Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
2.1	Ist in der Einrichtung ein Leitbild definiert? ⁷	88 % 21 KA
2.2	Ist in der Einrichtung eine Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt? ^{*8}	79 % 19 KA
2.2.4	Sind aus der Qualitätsstrategie konkrete Qualitätsziele abgeleitet? ^{*9} (n = 19)	84 % 16 KA

*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement
Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt.

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Bei den Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die nachweislich eine **Qualitätsstrategie** festgelegt haben, ist diese zum überwiegenden Teil vom Träger erarbeitet worden (12 von 19 Nennungen). Die Kommunikation der Qualitätsstrategie erfolgt in den Einrichtungen meist an mehrere Personengruppen: Zehn Einrichtungen kommunizieren die Qualitätsstrategie der oberen Führungsebene, acht Einrichtungen der mittleren Führungsebene und neun Einrichtungen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Form der Kommunikation erfolgt in den Einrichtungen über verschiedene Kanäle: Primär genannt werden Sitzungen (18 Nennungen), das Intranet (12 Nennungen) und das Dokumentenlenkungssystem (10 Nennungen). (Nr. 2.2.1; 2.2.2*; 2.2.3) In 14 Einrichtungen werden die Qualitätsziele aus der Qualitätsstrategie allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommuniziert, in 13 Einrichtungen sind Kennzahlen zur Messung, wie weit Qualitätsziele erreicht sind, festgelegt und zehn Einrichtungen überprüfen die Zielerreichung anhand von festgelegten Kennzahlen. (Nr. 2.2.4.1*)

7

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

8

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

9

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

3.2 Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit

Tabelle 3.2:

Fragenblock 3. Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit; Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
3.2	Gibt es eine Geschäftsordnung für die Qualitätssicherungskommission (QSK)?* ¹⁰	67 % 16 KA
3.5	Gibt es Protokolle zu den regelmäßigen Sitzungen der QSK?*	83 % 20 KA
3.6	Gibt es eine schriftliche Vorgabe , wie mit den Empfehlungen der QSK in der Einrichtung umzugehen ist?*	54 % 13 KA
3.9	Gibt es in den Abteilungen/Bereichen definierte Ansprechpartner:innen für Qualitäts- und/oder Risikomanagementarbeit?*	54 % 13 KA
3.14	Sind die Mitarbeiter:innen nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert?*	100 % 24 KA
3.15	Sind patientenbezogene (elektronische) Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (z. B. durch Passwörter)?*	100 % 24 KA
3.16	Sind patientenbezogene (elektronische) Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt?*	100 % 24 KA
3.17	Gibt es in der Einrichtung eine definierte Person (eine:n Datenschutzbeauftragte:n), die die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften (sowohl gesetzliche als auch einrichtungsinterne Vorgaben) sicherstellt?	100 % ¹¹ 24 KA ¹¹
3.18	Gibt es in der Einrichtung eine:n Digitalisierungsbeauftragte:n ? ¹²	50 % ¹¹ 12 KA ¹¹
3.19	Gibt es in der Einrichtung eine definierte Person (eine:n Beauftragte:n), die die Einhaltung von Sicherheitsvorschriften der IT (sowohl gesetzliche als auch einrichtungsinterne Vorgaben) sicherstellt?	96 % ¹¹ 23 KA ¹¹
3.20	Werden sensible Betriebsmittel , wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch, Suchtgiftvignetten oder papiergebundene Daten, diebstahlgeschützt aufbewahrt?*	100 % 24 KA
3.21	Gibt es in der Einrichtung eine strukturierte Dokumentenlenkung ?* ¹³	92 % 22 KA
3.22	Gibt es Projekte/Maßnahmen zur Optimierung der Dokumentationsqualität ?	75 % 18 KA

*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

¹⁰

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

¹¹

Die Antwortmöglichkeiten „Ja“ und „Ja, Überwachung der Vorschriften durch eine definierte Person des Trägers“ werden summiert dargestellt.

¹²

Die oder der Digitalisierungsbeauftragte erkennt die Möglichkeiten der Digitalisierung, berät und unterstützt bei der Entwicklung digitaler Geschäftsmodelle und/oder Prozesse und ist Ansprechpartner:in für digitale Themen. (Beschreibung angelehnt an jene der österreichischen Organisation für Standardisierung und Innovation; (Austrian Standards 2023)

¹³

Unter Lenkung von Dokumenten versteht man das geregelte Erstellen, Prüfen, Aktualisieren, Freigeben, Verteilen,

- » Die **Qualitätssicherungskommission (QSK)** ist gesetzlich verankert. Sie besteht in den Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ aus Vertreterinnen und Vertretern nachfolgender Berufsgruppen/Bereiche: Ärztlicher Dienst (24 Nennungen), Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (22 Nennungen), Verwaltungsdienst (21 Nennungen) und Gehobene medizinisch-technische Dienste (18 Nennungen), Mitglieder aus dem Qualitäts- und/oder Risikomanagement (15 Nennungen) und Hygieneteam (13 Nennungen). Fünf und weniger Nennungen erfolgten bei Vertreterinnen und Vertretern sonstiger Berufsgruppen, des Psychologischen Dienstes, der Träger, des Psychotherapeutischen Dienstes, des Betriebsrats / der Personalvertretung und der Sozial-/Heilpädagogik. (Nr. 3.1*)
- » In den Einrichtungen, in denen eine **Geschäftsordnung für die QSK** verankert ist, erhält die QSK am häufigsten regelmäßig Informationen vom Hygieneteam (22 Nennungen), über Beschwerden (z. B. von der Patientenadvokatur, Ombudsstelle) (20 Nennungen), über laufende Projekte (inklusive baulicher Maßnahmen) (20 Nennungen), über Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen (z. B. Patienten-, Mitarbeiter-, Zuweiserbefragungen) (18 Nennungen) und über Kennzahlen, Qualitätsindikatoren (z. B. QM-System, Controlling) (16 Nennungen). QSK-Sitzungen finden am häufigsten in halbjährlichen Abständen statt. (Nr. 3.3 – 3.4)
- » In 22 der 24 Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ erfolgt die einrichtungsweite **Koordination der Qualitäts- und Risikomanagementarbeit** nicht getrennt voneinander und wird oftmals von mehreren Stellen wahrgenommen, wie z. B. von der Kollegialen Führung/ (Geschäfts-)Leitung/Direktion (15 Nennungen), dem oder der Qualitätsmanager:in oder den Qualitätsbeauftragten (10 Nennungen), der Qualitätssicherungskommission (6 Nennungen), dem oder der Risikomanager:in oder den Risikomanagementbeauftragten (5 Nennungen), der Ärztlichen Leitung (5 Nennungen) oder der Pflegedienstleitung (4 Nennungen). In den beiden anderen Einrichtungen erfolgt die einrichtungsweite Koordination der Qualitäts- und Risikomanagementarbeit getrennt voneinander. (Nr. 3.7; 3.7.1)
- » Fixe Dienstposten in **Vollzeitäquivalenten**¹⁴ (VZÄ) für die einrichtungsweite Koordination von Qualitäts- und Risikomanagementarbeit sind in sieben Einrichtungen ermittelbar. Die Angaben reichen dabei von 0,5 bis 1,87 VZÄ, die sich immer auf eine oder zwei Personen aufteilen. (Nr. 3.8; 3.8.1; 3.8.2)
- » In den Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die **definierte Ansprechpartner:innen für Qualitäts- und/oder Risikomanagementarbeit**¹⁵ haben, melden acht Einrichtungen zurück, dass sie Ansprechpartner:innen in allen Abteilungen, in zwei Einrichtungen in mehr als der Hälfte der Abteilungen und in drei Einrichtungen in weniger als der Hälfte aller Abteilungen/Bereiche haben. (Nr. 3.9.1)

Zurückziehen und Archivieren von Dokumenten. Dadurch soll sichergestellt werden, dass alle Unterlagen, die in der Einrichtung verwendet werden, auf dem gültigen Stand und an jenen Stellen verfügbar sind, wo sie gebraucht werden.

14

Vollzeitäquivalente (VZÄ) sind die Maßeinheit für die fiktive Anzahl an Vollzeitbeschäftigten einer Organisationseinheit bei Umrechnung aller Teilzeit-Arbeitsverhältnisse in Vollzeit-Arbeitsverhältnisse. Beispiel: Drei Halbtagsstellen und zwei Ganztagsstellen ergeben 3,5 Vollzeitäquivalente.

15

Ansprechpartner:innen sind von der kollegialen Führung/(Geschäfts-)Leitung/Direktion nominiert und die Aufgaben sind in der Stellenbeschreibung verankert.

- » 17 der 24 Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ geben an, dass in ihrer Einrichtung Mitarbeiter:innen mit spezieller **Qualitätsmanagementausbildung**¹⁶ tätig sind, 13 Einrichtungen können deren genaue Zahl ermitteln und geben diese zwischen einer und neun Personen an. Vier Einrichtungen können keine genauen Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter:innen mit spezieller Qualitätsmanagementausbildung geben, schätzen diese jedoch zwischen einer und fünf Personen. (3.10; 3.10.1)
- » Zehn der 24 Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ geben an, dass in ihrer Einrichtung Mitarbeiter:innen mit spezieller **Risikomanagementausbildung**¹⁷ tätig sind, fünf Einrichtungen können deren genaue Zahl ermitteln und fünf wiederum schätzen (1–5 Personen). Sofern die genaue Zahl ermittelt werden kann, beträgt die Angabe zwischen einer und sieben Personen. (3.11; 3.11.1)
- » Bei der Frage, wie in den Einrichtungen sichergestellt wird, dass für alle Gesundheitsberufe der **Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft** gewährleistet ist, werden am häufigsten Arbeitsplätze mit Internetzugang (23 Nennungen), das Bereitstellen von Fachzeitschriften (19 Nennungen), Wissensmanagement und eine einrichtungsinterne (elektronische) Bibliothek (jeweils 10 Nennungen) genannt. (Nr. 3.12*)
- » Über aktuelle **Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen** werden Mitarbeiter:innen über verschiedene Informationskanäle informiert, vorrangig über Teambesprechungen (24 Nennungen), Fortbildungen (21 Nennungen) und E-Mail-Aussendungen des Trägers, der Kollegialen Führung und/oder der (Geschäfts-)Leitung/Direktion (19 Nennungen) sowie über die Bereitstellung im Intranet (u. a. Links zu Websites von Fachverbänden) (14 Nennungen). (Nr. 3.13*)

¹⁶

Mit Qualitätsmanagement-Ausbildung ist eine spezielle abgeschlossene Diplom-Ausbildung (z. B. Qualitätsbeauftragte:r, Qualitätsmanager:in, Auditor:in etc.) oder eine dieser gleichzusetzenden, zumindest viertägigen Ausbildung gemeint.

¹⁷

Damit ist eine spezielle abgeschlossene Diplom-Ausbildung (z. B. Risikomanager:in) oder eine dieser gleichzusetzenden, zumindest viertägigen Ausbildung gemeint.

3.3 Qualitätsmodelle

Tabelle 3.3:

Fragenblock 4. Qualitätsmodelle; Qualität der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
4.1	Ist ein Qualitätsmodell bzw. sind mehrere Qualitätsmodelle (ISO, EFQM, KTQ etc.) in der Einrichtung implementiert? ¹⁸	38 % 9 KA
4.1.2	Gibt es in der Einrichtung noch weitere Qualitätsmodelle, nach denen zertifiziert wird? (n = 9)	0% 0 KA

Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt.

Abkürzungen: ISO: International Organization Standardization; EFQM: European Foundation for Quality Management; KTQ: Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

Bei der Frage 4.1.1 „Welches **Qualitätsmodelle**“ in der gesamten Einrichtung bzw. für Teile der Einrichtung implementiert ist/sind, konnten nachfolgende Qualitätsmodelle genannt werden:

- träger- oder einrichtungseigenes QM-System (z. B. Q-Zert, AUVA-QM-System)
 - EFQM (European Foundation for Quality Management)
 - KTQ (inklusive pCC; Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)
 - JCI (Joint Commission International)
 - ISO (International Organization Standardization)
 - EN 15224 (Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung – Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen nach EN ISO 9001:2008)
- » Von den neun Einrichtungen, die zumindest ein Qualitätsmodell implementiert haben, geben sechs Einrichtungen an, ein träger-/einrichtungseigenes QM-System (z. B. Q-Zert, AUVA-QM-System) implementiert zu haben, vier davon in der gesamten Einrichtung, zwei in Teilen der Einrichtung. Drei der neun Einrichtungen mit einem Qualitätsmodell haben das Modell der ISO und eine Einrichtung hat das Modell KTQ in der gesamten Einrichtung integriert.
- » Insgesamt haben sieben von 24 (29 Prozent) Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ mindestens ein **Qualitätsmodell für die gesamte Einrichtung** implementiert.

18

Für eine positive Beantwortung ist eine Implementierung eines Qualitätsmodells ausreichend, eine Zertifizierung muss nicht vorliegen.

3.4 Qualitätsarbeit

3.4.1 Prozesse

Tabelle 3.4:

Fragenblock 5.1 Prozesse; Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.1.2	Ist ein Konzept für einrichtunginterne medizinische Notfälle ausgearbeitet?*	83 % 20 KA
5.1.3	Wird ein entsprechendes Notfall-Equipment in den jeweiligen Funktionseinheiten/Abteilungen bereitgehalten?	92 % 22 KA
5.1.3.1	Wird dieses Notfall-Equipment regelmäßig einer Prüfung unterzogen und dies im erforderlichen Maße dokumentiert? (n = 22)	100 % 22 KA
5.1.4	Gibt es ein Schulungskonzept , um Mitarbeiter:innen für einrichtunginterne medizinische Notfälle zu schulen?*	79 % 19 KA
5.1.4.1	Sind die Mitarbeiter:innen entsprechend ihrem Einsatzgebiet nachweislich geschult?*(n = 19)	63 % ¹⁹ 12 KA ¹⁹
5.1.6	Ist in der Einrichtung ein strukturiertes Aufnahmemanagement implementiert? ²⁰	83 % 20 KA
5.1.6.1	Orientiert sich das strukturierte Aufnahmemanagement an der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM)? (n = 20)	45 % 9 KA
5.1.7	Wird der Ernährungsstatus von Patientinnen bzw. Patienten bei der Aufnahme in die Einrichtung erhoben?	88 % 21 KA
5.1.8	Gibt es in der Einrichtung einen standardisierten Prozess zur Betreuung mangelernährter Patientinnen bzw. Patienten ?	50 % 12 KA
5.1.9	Ist in der Einrichtung ein indirektes Entlassungsmanagement implementiert, in dem Patientinnen bzw. Patienten den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne eines Case Managements quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen durchlaufen? ²¹ (n = 12)	67 % ²² 8 KA ²²
5.1.9.3	Orientiert sich das indirekte Entlassungsmanagement an der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM)? (n = 8)	50 % 4 KA

*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement
Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt.

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

19

Das Ergebnis bezieht sich ausschließlich auf die Antwortmöglichkeit „Ja, für alle Mitarbeiter:innen“.

20

Darunter wird ein strukturierter Aufnahmeprozess unter Einhaltung bestimmter Mindeststandards verstanden.

21

Entlassungsmanagement leistet entweder das Pflegepersonal der Abteilung (= direktes Entlassungsmanagement laut Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM) (vgl. BMSGPK 2018a) oder eine Person mit einem für das Entlassungsmanagement zweckgewidmeten Dienstposten (= indirektes Entlassungsmanagement laut BQLL AUFEM). Im ersten Fall ist das Entlassungsmanagement integraler Bestandteil des Pflegeprozesses, im zweiten Fall (speziell gewidmeter Dienstposten) durchlaufen Patientinnen bzw. Patienten den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne eines Case Managements quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen.

²² Zwölf Einrichtungen wählten bei dieser Frage die Antwortmöglichkeit „Für die Einrichtung nicht relevant“. Diese sind im Ergebnis nicht berücksichtigt.

- » Bei der Frage, welche **Leistungsprozesse/-abläufe** in der Einrichtung definiert sind, geben alle Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ Hygienemanagement und Aufnahmemanagement an. Weitere häufig genannte definierte Leistungsprozesse/-abläufe sind Entlassungsmanagement, Management von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und Sturzprävention (jeweils 18 Nennungen), Schmerzmanagement und Dekubitusprävention (jeweils 16 Nennungen). (Nr. 5.1.1*)
- » In jenen 19 Einrichtungen, die ein Schulungskonzept zur Mitarbeiterschulung von einrichtungsinternen **medizinischen Notfällen** haben, werden in 12 Einrichtungen alle Mitarbeiter:innen und in sieben Einrichtungen ein Teil der **Mitarbeiter:innen entsprechend ihrem Einsatzgebiet nachweislich geschult**. (Nr. 5.1.4*; 5.1.4.1*)
- » Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ informieren ihre Zuweiser:innen über die **Aufnahmemodalitäten** in ihren Häusern vorrangig über ein Info-Blatt bzw. Info-Brief (18 Nennungen), über direkte Kommunikation mit den Zuweiserinnen bzw. Zuweisern (15 Nennungen) und über die Website (14 Nennungen) bzw. informieren per E-Mail (12 Nennungen). (Nr. 5.1.5)
- » In den 21 Einrichtungen, in denen der **Ernährungsstatus** von Patientinnen bzw. Patienten erhoben wird, erfolgt dies in 20 Einrichtungen in allen Abteilungen bei der Aufnahme und in einer Einrichtung in mehr als der Hälfte aller Abteilungen im Zuge des Aufnahmeprozesses. (Nr. 5.1.7.1)
- » Bei der Frage, wie viele fixe Dienstposten in Vollzeitäquivalenten²³ (VZÄ) für das **indirekte Entlassungsmanagement** besetzt sind, reichen die Angaben dieser Einrichtungen von 0,01 VZÄ bis 1,83 VZÄ. Vorrangig übernimmt die Berufsgruppe des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege das indirekte Entlassungsmanagement (7 Nennungen), gefolgt von Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeitern (5 Nennungen). (Nr. 5.1.9.1; 5.1.9.2)

23

Vollzeitäquivalente (VZÄ) sind die Maßeinheit für die fiktive Anzahl an Vollzeitbeschäftigten einer Organisationseinheit bei Umrechnung aller Teilzeit-Arbeitsverhältnisse in Vollzeit-Arbeitsverhältnisse. Beispiel: Drei Halbtagsstellen und zwei Ganztagsstellen ergeben 3,5 Vollzeitäquivalente.

3.4.2 Bericht über die Qualitätsarbeit

Tabelle 3.5:

Fragenblock 5.2 Bericht über die Qualitätsarbeit; Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.2.1	Wird in der Einrichtung – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung (Qualitätsplattform) – ein eigener Bericht über die Qualitätsarbeit erstellt (einrichtungseigener Bericht oder z. B. auch ein Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes)?	58 % 14 KA
5.2.1.1	Wird dieser Bericht veröffentlicht? (n = 14)	0 % ²⁴ 0 KA ²⁴

Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt.

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Zwölf der 14 Einrichtungen, die zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung (Qualitätsplattform) – einen **eigenen Bericht über die Qualitätsarbeit** erstellen (ein einrichtungseigener Bericht oder z. B. auch ein Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes), erstellen diesen in jährlichen Abständen, zwei Einrichtungen in längeren Abständen. Keiner dieser Berichte wird von den Einrichtungen veröffentlicht und ist daher nur für die interne Verwendung oder für eine Meldung an Träger/Fonds/Land gedacht. (Nr. 5.2.1.1; 5.2.1.2)

²⁴

Die Antwortmöglichkeiten „Ja, der einrichtungseigene Bericht bzw. der Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes wird veröffentlicht.“ und „Ja, es gibt allerdings zwei Versionen – eine für die interne Verwendung und eine für die Öffentlichkeit“ werden summiert dargestellt.

3.4.3 Patientenorientierung

Tabelle 3.6:

Fragenblock 5.3 Patientenorientierung; Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.3.1	Werden Patientinnen bzw. Patienten durch spezifische Maßnahmen (z. B. Informationsbroschüren, Patienteninformationsmappe, Merkblätter) in der Gesundheitskompetenz unterstützt? ²⁵	83 % 20 KA
5.3.2	Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern regelmäßige Schulungen zur patientenzentrierten Gesprächsführung angeboten? ²⁶	63 % 15 KA
5.3.3	Werden bei der Neuerstellung von Patienteninformationen durch die Einrichtung selbst die Qualitätskriterien einer „guten Gesundheitsinformation“ berücksichtigt? ²⁷ (n = 14)	57 % ²⁸ 8 KA ²⁸
5.3.4	Werden in der Einrichtung Maßnahmen zur Einbindung von Selbsthilfegruppen gesetzt? ²⁹	25 % 6 KA
5.3.5	Werden Patientinnen bzw. Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht?*	96 % 23 KA
5.3.6	Werden für Mitarbeiter:innen regelmäßig Schulungen zum Thema Patientenrechte angeboten?	54 % 13 KA
5.3.7	Werden in der Einrichtung regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt?*	79 % 19 KA
5.3.7.2	Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturierte Maßnahmen abgeleitet?*(n = 19)	95 % 18 KA
5.3.8	Ist die Einrichtung barrierefrei zugänglich? ³⁰	88 % 21 KA
5.3.10	Sind Informationen über die Erreichbarkeit und bauliche Barrierefreiheit der Einrichtung öffentlich verfügbar (Website, Informationsfolder u. Ä.)?*	79 % 19 KA
5.3.11	Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern Schulungen/Fortbildungen zum Umgang mit Menschen mit Behinderung angeboten? (n = 15)	87 % ³¹ 13 KA ³¹

*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement
Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt.

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

25

Um die Gesundheit zu stärken sowie Krankheiten vorzubeugen und diese zu bewältigen, brauchen Menschen auch Informationen. Gesundheitskompetente Menschen sind meist in der Lage, Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Gesundheitskompetenz trägt wesentlich dazu bei, die Lebensqualität und Gesundheit zu erhalten und zu verbessern (vgl. Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz 2023a). Nicht gemeint sind die gesetzlich verpflichtend zu leistenden Aufklärungs- und Informationsaufgaben.

26

Patientenzentrierte Gesprächsführung umfasst vor allem eine Beziehung aufzubauen, das Gespräch zu strukturieren, der Patientin bzw. dem Patienten zuzuhören, Verständnis für die Patientenperspektive zu zeigen, die richtige Menge und Art von Informationen der individuellen Patientin bzw. dem individuellen Patienten zu vermitteln, genaues Erinnern und Verständnis von Informationen zu unterstützen, ein gemeinsames Verständnis zu erreichen und mit der Patientin bzw. dem Patienten gemeinsam eine Entscheidung zu finden (vgl. Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz 2023b).

27

(vgl. Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz 2023c)

28

Zehn Einrichtungen wählten bei dieser Frage die Antwortmöglichkeit „nicht zutreffend (es werden keine eigenen Patienteninformationen erstellt)“. Diese sind im Ergebnis nicht berücksichtigt.

- » In den Einrichtungen, die Patientinnen bzw. Patienten durch spezifische Maßnahmen (z. B. Informationsbroschüren, Patienteninformationsmappe, Merkblätter) in ihrer **Gesundheitskompetenz** unterstützen werden, nannten nachfolgende Maßnahmen am häufigsten: Informationsbroschüren/Infoblatt zu häufigen Diagnosen/Behandlungen (16 Nennungen), Plakate/Informationstafeln (14 Nennungen) und Patienteninformationsmappe (9 Nennungen). (Nr. 5.3.1.1)
- » In den Einrichtungen, die ihren Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern regelmäßig Schulungen zur **patientenzentrierten Gesprächsführung** anbieten, bieten diese vorrangig den Berufsgruppen des Ärztlichen Dienstes und der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (jeweils 12 Nennungen), des Gehobenen medizinisch-technischen Dienstes und des Psychologischen Dienstes (jeweils 9 Nennungen) an. (Nr. 5.3.2.1)
- » Von den Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die regelmäßige **Patientenbefragungen** durchführen, werden diese in elf Einrichtungen kontinuierlich (z. B. Patientenfeedbackbögen) durchgeführt und zusätzlich/oder in Abständen von zwei bis fünf Jahren. (Nr. 5.3.7.1)
- » Die Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ nennen bei der Frage nach weiteren Maßnahmen zur **Barrierefreiheit** – neben dem Barrierefreien Zugang – nachfolgende am häufigsten: Zugang zum Gebäude: z. B. Gehsteigkanten, Aufzüge, Rampen, Handläufe, Stufen (22 Nennungen), Einrichtung und Ausstattung: z. B. Sanitärräume, Haltegriffe/Handläufe, Sitzgelegenheiten, Orientierungssysteme und Beleuchtung, Möblierung (21 Nennungen), barrierefreie Stellplätze für Pkw bzw. Zufahrtswege für Fahrdienste und die Gebäudegestaltung innerhalb des Gebäudes: z. B. Stufen, Türschwellen, Türrahmen, Umkleidekabinen, Aufenthaltsräume (jeweils 20 Nennungen). (Nr. 5.3.9)

29

Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen zur gemeinsamen Bewältigung von Krankheiten oder psychischen und sozialen Problemen. Selbsthilfegruppen arbeiten themenbezogen. Die Mitglieder sind entweder selbst oder als Angehörige betroffen. Aufgaben: positive Veränderung der persönlichen Lebensumstände; Wirkung im sozial- und gesundheitspolitischen Umfeld (vgl. Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe). Maßnahmen können sich an den Kriterien für selbsthilfefreundliche Krankenhäuser orientieren, die in den meisten Bundesländern etabliert sind.

30

Barrierefreie Gebäude sind für alle Menschen ohne fremde Hilfe zugänglich. Wesentlich sind beispielsweise ein für alle zugänglicher Eingang (keine Stufen, ausreichend breit etc.), entsprechender große Aufzüge sowie gut beleuchtete Räumlichkeiten mit genügend großen Bewegungsflächen. (vgl. BMSGPK 2018b)

31

Neun Einrichtungen wählten bei dieser Frage die Antwortmöglichkeit „für die Einrichtung nicht relevant“. Diese sind im Ergebnis nicht berücksichtigt.

3.4.4 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen bzw. Patienten

Tabelle 3.7:

Fragenblock 5.4 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden; Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.4.1	Gibt es in der Einrichtung ein strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement ? ³²	83 % 20 KA
5.4.3	Bekommen Patientinnen bzw. Patienten eine individuelle Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden (Ausnahme anonyme Meldung)?	96 % 23 KA
5.4.4	Werden aus Vorschlägen und Beschwerden auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet ?	92 % 22 KA
5.4.5	Werden für Patientinnen bzw. Patienten im Bedarfsfall Informationen zu Patientenanwaltschaften (Länder), Ombuds-/Beschwerdestellen (Sozialversicherungsträger, Träger), Schieds- und Schlichtungsstellen (Ärztækammern) bereitgestellt ?	96 % 23 KA

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Alle 24 Einrichtungen erfassen **mündlich eingebrachte Beschwerden** schriftlich. Zudem werden noch nachfolgende Erhebungsmethoden genutzt: Patientenbefragung (19 Nennungen), Beschwerdebögen/Vorschlags- bzw. Beschwerdebriefkästen (18 Nennungen), Ombuds-/Beschwerdestelle und Eingabemöglichkeit über die Website der Einrichtung bzw. per E-Mail (jeweils 16 Nennungen). (Nr. 5.4.2)

32

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

3.4.5 Mitarbeiterorientierung

Tabelle 3.8:

Fragenblock 5.5 Mitarbeiterorientierung; Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.5.1	Werden in der Einrichtung regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durchgeführt?*	75 % 18 KA
5.5.1.3	Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet? (n = 18)	89 % 16 KA
5.5.2	Werden in der Einrichtung regelmäßig strukturierte Mitarbeitergespräche geführt?*	92 % 22 KA
5.5.3	Gibt es in der Einrichtung ein Personalentwicklungskonzept ?*	67 % 16 KA
5.5.4	Werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche der Mitarbeiter:innen regelmäßig ermittelt?*	92 % 22 KA
5.5.5	Werden Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter:innen oder einzelner Mitarbeitergruppen strukturiert erfasst ?* ³³	83 % ³⁴ 20 KA ³⁴
5.5.6	Gibt es eine zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter:innen?	88 % ³⁴ 21 KA ³⁴
5.5.8	Ist in der Einrichtung ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ein betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert?	63 % 15 KA
5.5.9	Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter:innen?	71 % 17 KA
5.5.10	Gibt es in der Einrichtung die Möglichkeit, dass bei Bedarf eine klinische Ethikberatung hinzugezogen wird (Nicht gemeint ist die Ethikkommission)? ³⁵	50 % 12 KA
5.5.11	Gibt es in der Einrichtung eine standardisierte Vorgehensweise zum Thema End-of-life ? ³⁶ (n = 16)	69 % ³⁷ 11 KA ³⁷

*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement
Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt.

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

33

Die Frage bezieht sich auf Fort- und Weiterbildung generell und nicht nur auf QM-Fort- und Weiterbildungen.

34

Das Ergebnis bezieht sich ausschließlich auf die Antwortmöglichkeit „Ja, für alle Mitarbeiter:innen“.

35

Ziel der klinischen Ethikberatung im Zuge der Patientenversorgung: Entscheidungsprozesse hinsichtlich ihrer ethischen Anteile transparent zu gestalten und an moralisch akzeptablen Kriterien auszurichten, d. h. „gute Entscheidungen“ in „guten Entscheidungsprozessen“ zu treffen. Dabei zielt die Ethikberatung auf die Stärkung der ethischen Kompetenz vor Ort ab. Sie trägt zur Qualitätssicherung in der Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten und Bewohnerinnen bzw. Bewohnern bei. Die Aufgaben umfassen u. a. die Durchführung individueller ethischer Fallbesprechungen (Ethik-Fallberatungen), die Erstellung von internen Leitlinien bzw. Empfehlungen (Ethik-Leitlinien) sowie die Organisation von internen und öffentlichen Veranstaltungen zu medizin- und pflegeethischen Themen (Ethik-Fortbildungen) (vgl. Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010).

36

Nähere Informationen vgl. beispielsweise die Leitlinie der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (vgl. Friesenecker et al. 2013) oder den Vorsorgedialog (vgl. Hospiz Österreich. Hospiz- und Palliative Care 2023).

- » Von den 18 Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die regelmäßig **Mitarbeiterbefragungen** durchführen, befragen diese alle Mitarbeiter:innen und nicht nur Mitarbeiter:innen bestimmter Mitarbeitergruppen oder einiger ausgewählter Abteilungen. Eine Einrichtung führt die Mitarbeiterbefragung einmal im Jahr durch, alle anderen 17 Einrichtungen in Abständen zwischen zwei und fünf Jahren. (Nr. 5.5.1.1; 5.5.1.2)
- » In den Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die **strukturierte Mitarbeitergespräche** regelmäßig durchführen, werden diese vom überwiegenden Teil der Einrichtungen mit allen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern durchgeführt. Eine Einrichtung gibt an, diese nur mit bestimmten Mitarbeitergruppen oder in einigen Bereichen (z. B. ausgewählten Abteilungen) durchzuführen. 14 der 22 Einrichtungen, die regelmäßig Mitarbeitergespräche durchführen, führen diese jährlich durch, acht Einrichtungen in Abständen zwischen zwei und fünf Jahren. (Nr. 5.5.2.1; 5.5.2.2)
- » 20 Einrichtungen, die die **Fort- und Weiterbildungen** der Mitarbeiter:innen strukturiert erfassen, tun dies für alle Mitarbeiter:innen und drei Einrichtungen für einzelne Mitarbeitergruppen. Genannt werden Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (3 Nennungen), Ärztlicher Dienst (2 Nennungen), Gehobene medizinisch-technische Dienste (1 Nennung) und Sozial-/Heilpädagogik (1 Nennung). (Nr. 5.5.5*; 5.5.5.1)
- » Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die zurückmelden, dass sie eine **zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung** der Mitarbeiter:innen haben, tun dies in 21 Einrichtungen für alle Mitarbeitergruppen und in einer Einrichtung für einzelne Mitarbeitergruppen. Als Mitarbeitergruppen werden von der einen Einrichtung der Ärztliche Dienst und Gesundheits- und Krankenpflegeberufe genannt. (Nr. 5.6.6; 5.5.6.1)
- » Medizinische Geräte gemäß Medizinproduktegesetz (vgl. MPG) sind in 21 der 24 Krankenanstalten im Einsatz. Die **Einschulung** der Mitarbeiter:innen in die Anwendung entsprechend der in ihrem Einsatzgebiet erforderlichen **medizinischen Geräte** ist gesetzlich vorgeschrieben. In jeweils 20 Einrichtungen werden Mitarbeiter:innen bei Dienstantritt (neue Mitarbeiter:innen) und beim Einsatz neuer Geräte geschult. Neun Einrichtungen geben an, Schulungen nach längerer Abwesenheit der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters durchzuführen, und zehn Einrichtungen verweisen auf „Sonstiges, z. B. bei Anwendungsfehlern“. (Nr. 5.5.7.1*)

3.4.6 Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit

Tabelle 3.9:

Fragenblock 5.6 Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit; Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.6.1	Gibt es in der Einrichtung ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement)?*	54 % 13 KA
5.6.2	Werden Instrumente des Risikomanagements in der Einrichtung verwendet?*(Mehrfachantworten möglich)	67 % 16 KA
5.6.2.1	<i>Welche Instrumente?</i> Einrichtungsinterne/trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme (Reporting- & Learning-Systeme) (n = 16)	63 % 10 KA
	Übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at) (n = 16)	13 % 2 KA
	Risikoanalyse (n = 16)	63 % 10 KA
	Risikoaudit (n = 16)	19 % 3 KA
	Fehleranalyse (z. B. anhand des London-Protokolls) (n = 16)	31 % 5 KA
	Andere Instrumente bzw. ein anderes Instrument, welches hier nicht angeführt wird? (n = 16)	13 % 2 KA
5.6.3	Ist in der Einrichtung ein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit implementiert (inkl. Interaktionsprüfung)? ³⁸	13 % 3 KA
5.6.4	Werden Mitarbeiter:innen mithilfe eines standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken bei Patientinnen bzw. Patienten informiert, z. B. über Allergien, Desorientierung?*	67 % 16 KA
5.6.5	Werden in der Einrichtung Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen durchgeführt? ³⁹	21 % 5 KA
5.6.6	Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern Aus- und Fortbildungen zu Risikokommunikation (Gesprächen) mit Patientinnen bzw. Patienten bzw. ihren Angehörigen angeboten? ⁴⁰	17 % ⁴¹ 4 KA ⁴¹
5.6.7	Sind in der Einrichtung Unterstützungsmaßnahmen (z. B. peer support groups und/oder professionelle Hilfe) für Angehörige der Gesundheitsberufe, die an Fehlern und Zwischenfällen beteiligt waren (second victim) , implementiert? (n = 20)	55 % ⁴² 11 KA ⁴²
5.6.8	Gibt es ein strukturiertes Feedback an betroffene Patientinnen bzw. Patienten, wenn unerwünschte Ereignisse oder Fehler analysiert und bearbeitet wurden?	54 % 13 KA
5.6.9	Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern regelmäßig Schulungen/Fortbildungen zur Patientensicherheit angeboten?	54 % 13 KA
5.6.10	Wenden Sie Kennzahlen und/oder Indikatoren zur Überwachung patientensicherheitsrelevanter Aspekte in der Einrichtung an, z. B. unerwünschte Arzneimittelereignisse (adverse drug events)?	63 % 15 KA

*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement
Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt.

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

38

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

- » Jene zwei Einrichtungen, die noch weitere **andere Instrumente des Risikomanagements** zurückmelden, welche nicht angeführt sind, nennen folgende: Fehlererfassungsblatt und die regelmäßige Fehleranalyse in den Teambesprechungen. (Nr. 5.6.2.1)
- » Aus- und Fortbildungen zur **Risikokommunikation** (Gesprächen) mit Patientinnen bzw. Patienten bzw. ihren Angehörigen werden in vier Einrichtungen für alle Mitarbeiter:innen und in neun Einrichtungen für einzelne Mitarbeitergruppen angeboten. (Nr. 5.6.6.)

39

In Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden retrospektiv Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet, mit dem Ziel, daraus zu lernen und Wiederholungen zu vermeiden. Insbesondere die Fokussierung auf kognitive und systemische Faktoren unterscheidet die M&M von der klassischen klinischen Fallkonferenz und dem Tumorboard (analog zur Transplantationskonferenz o. Ä.) mit dem Schwerpunkt auf der bestmöglichen (Weiter-)Behandlung von Patientinnen bzw. Patienten. Die M&M sind, wenn möglich, interprofessionell und interdisziplinär. Im besten Fall sind alle am Fall beteiligten Berufsgruppen und Disziplinen vertreten (z. B. auch Kardiotechniker:innen, Pathologinnen bzw. Pathologen, IT-Mitarbeitende) (vgl. Patientensicherheit Schweiz).

40

Unter Risikokommunikation werden allgemein zielgerichtete Kommunikationsprozesse verstanden, durch die die Öffentlichkeit bzw. Betroffene über Risiken (oder eingetretenen Schaden) informiert werden. Diese Kommunikationen beinhalten sowohl interne Kommunikationsprozesse (z. B. zwischen Leitung und Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern) als auch externe Kommunikation (insbesondere mit betroffenen Patientinnen bzw. Patienten, aber auch mit Medien). Ein wichtiges Ziel dieser Kommunikationen ist, nach einem Zwischenfall das Vertrauen der Patientinnen bzw. Patienten in ihre Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte bzw. jenes der Bevölkerung in die Einrichtung zu erhalten oder zurückzugewinnen. Je stärker die Gespräche an den Bedürfnissen der Patientin bzw. des Patienten orientiert sind, desto wahrscheinlicher kann dieses Ziel erreicht werden (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2017).

41

Das Ergebnis bezieht sich ausschließlich auf die Antwortmöglichkeit „Ja, für alle Mitarbeiter:innen“.

42

Vier Einrichtungen wählten bei dieser Frage die Antwortmöglichkeit „Für die Einrichtung nicht relevant“. Diese sind im Ergebnis nicht berücksichtigt.

3.4.7 Krankenhaushygiene

Tabelle 3.10:

Fragenblock 5.7 Krankenhaushygiene; Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.7.1	Orientiert sich die Krankenhaushygiene am bundesweiten Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene? ⁴³	96 % 23 KA
5.7.5	Gibt es in der Einrichtung zusätzlich zum Hygieneteam eine Hygienekommission ?	29 % 7 KA
5.7.5.3	Gibt es die Möglichkeit, im Anlassfall die Hygienekommission einzuberufen? (n = 7)	100 % 7 KA
5.7.6	Nimmt die Einrichtung an Hygieneprojekten teil, wie z. B. an der Aktion Saubere Hände, PPS (Punkt-Prävalenz-Untersuchung)?	46 % 11 KA
5.7.7	Werden in der Einrichtung Antibiotika verschrieben und/oder angewendet? (n = 19)	89 % ⁴⁴ 17 KA ⁴⁴
5.7.7.1	Gibt es in der Einrichtung eine:n Antibiotika-Beauftragte:n oder eine Antibiotika-Kommission? (n = 17)	47 % 8 KA
5.7.7.2	Werden in der Einrichtung Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung umgesetzt? (n = 17)	24 % 4 KA
5.7.7.3	Gibt es in der Einrichtung eine Erfassung des Antibiotika-Verbrauches? (n = 17)	47 % 8 KA
5.7.7.3.1	Wird in der Einrichtung regelmäßig stationsbasiert der Antibiotika-Verbrauch erhoben? (n = 8)	75 % 6 KA
5.7.8	Wird in der Einrichtung der Desinfektionsmittelverbrauch erhoben, z. B. von Hände-desinfektionsmitteln?	67 % 16 KA
5.7.9	Wird in der Einrichtung ein Hygienebericht erstellt? ⁴⁵	83 % 20 KA
5.7.9.1	Wird dieser Hygienebericht veröffentlicht? (n = 20)	0 % ⁴⁶ 0 KA ⁴⁶

Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt.

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

43

(vgl. BMSGPK 2021b)

44

5 Einrichtungen wählten bei dieser Frage die Antwortmöglichkeit „Für die Einrichtung nicht relevant“. Diese sind im Ergebnis nicht berücksichtigt.

45

Damit ist ein eigener Bericht über die Hygienearbeit oder auch ein Kapitel in einem anderen Bericht gemeint, z. B. in einem Qualitätsbericht.

46

Die Antwortmöglichkeiten „Ja, der einrichtungseigene Bericht bzw. der Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes wird veröffentlicht“ und „Ja, es gibt allerdings zwei Versionen (eine für die interne Verwendung und eine für die Öffentlichkeit)“ werden summiert dargestellt.

- » In den Einrichtungen setzt sich das **Hygieneteam** in der Einrichtung vorrangig aus nachfolgenden Mitgliedern zusammen⁴⁷: Hygienebeauftragte:r Ärztin bzw. Arzt (22 Nennungen), Hygienefachkraft (Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege;) (19 Nennungen), Krankenhaushygieniker:in (Fachärztin bzw. Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie) (4 Nennungen). Sieben Einrichtungen nennen unter „Sonstiges“ noch nachfolgende Mitglieder: Hygienekontaktperson(en), Hygienetechniker:in, Ärztliche Leitung, Geschäftsführung und technischer Dienst. Das Treffen des Hygieneteams findet täglich in zwei Einrichtungen statt, wöchentlich, monatlich oder vierteljährlich in jeweils fünf Einrichtungen, halbjährlich in vier Einrichtungen und in längeren Abständen in drei Einrichtungen. Das Hygieneteam bespricht die Belange oftmals mit mehreren Ansprechpersonen/Verantwortungsbereichen: Kollegialen Führung/(Geschäfts-)Leitung/Direktion (23 Nennungen), Stationspersonal (18 Nennungen), weiteren Führungskräften und einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (jeweils 15 Nennungen) und der Qualitätssicherungskommission (12 Nennungen). (Nr.5.7.2 – 5.7.4)
- » In den Einrichtungen, die zusätzlich zum Hygieneteam eine **Hygienekommission** haben, besteht diese neben den Personen des Hygieneteams noch aus Vertreterinnen bzw. Vertretern folgender Bereiche: Kollegiale Führung/(Geschäfts-)Leitung/Direktion (7 Nennungen), Ärztlicher Dienst (4 Nennungen), Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (4 Nennungen), Verwaltungsdienst (2 Nennungen), Gehobene medizinisch-technische Dienste (1 Einrichtung). Unter „sonstigen Berufsgruppen“ werden nachfolgende genannt: Personalvertretung, Pharmakologin bzw. Pharmakologe, Leitung Qualitäts- und Risikomanagement, Arbeitsmedizin, technischer Dienst / Betriebs-technik, Leitungen der Zentralküche, Wäscherei, Raumpflege, Hausaufsicht. Eine Einrichtung bezieht bei Bedarf nachfolgende Kräfte hinzu: Sicherheitsfachkraft, Abfallbeauftragte:n, Betriebsrat. Die Treffen der Hygienekommission finden in drei Einrichtungen vierteljährlich und in jeweils zwei Einrichtungen halbjährlich bzw. in längeren Abständen statt. (Nr. 5.7.5.1; 5.7.5.2)
- » Die Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die an **Hygieneprojekten** teilnehmen, nennen nachfolgende Projekte: Aktion saubere Hände, AUVÄ Händehygiene und Hautschutztage, Punkt-Prävalenz-Erhebung (PPS), KISS, Hand-KISS, Tag der Händehygiene. (Nr. 5.7.6)
- » In allen 16 Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, in denen der **Desinfektionsmittelverbrauch** erhoben wird, z. B. von Händedesinfektionsmittel, erfolgt dies jährlich. (Nr. 5.7.8.1)
- » Alle 20 Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die einen **Hygienebericht** erstellen, melden zurück, dass dieser nicht veröffentlicht wird, d. h. er dient ausschließlich für die interne Verwendung oder für eine Meldung an Träger/Fonds/Land. In 19 Krankenanstalten wird ein **Hygienebericht** jährlich erstellt und in einer Einrichtung in längeren Abständen. (Nr. 5.7.9.1; 5.7.9.2)

47

KAKuG § 8a. (3) In bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhaushygieniker bzw. der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören. (vgl. KAKuG)

3.4.8 Impfstatus der Mitarbeiter:innen

Tabelle 3.11:

Fragenblock 5.8 Impfstatus der Mitarbeiter:innen; Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die die Anzahl mit „Ja“ beantworteten (N = 24)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.8.1	Gibt es in der Einrichtung einen Umsetzungsplan, um die österreichweiten Impfeempfehlungen für das Gesundheitspersonal zu realisieren („Empfehlung zu Impfungen für das Gesundheitspersonal ⁴⁸)?	54 % 13 KA
5.8.1.1	Wenn nein: Gibt es eine schriftliche Vorgabe zum Thema Impfungen für Mitarbeiter:innen? (n = 11)	18 % 2 KA
5.8.1.2	Wenn ja: Sind aus dem Umsetzungsplan konkrete Ziele abgeleitet? (n = 13)	62 % 8 KA
5.8.2	Wird in der Einrichtung die aufrechte Immunität der Mitarbeiter:innen gegen Masern erhoben und dokumentiert? ⁴⁹	42 % 10 KA
5.8.3	Wird in der Einrichtung die aufrechte Immunität der Mitarbeiter:innen gegen Varizellen erhoben und dokumentiert? ⁵⁰	38 % 9 KA
5.8.4	Wird in der Einrichtung der aufrechte Impfschutz der Mitarbeiter:innen gegenüber Pertussis regelmäßig erhoben und dokumentiert? ⁵¹	33 % 8 KA
5.8.5	Gibt es in der Einrichtung eine schriftliche Vorgabe zur Sicherstellung der Durchführung von Auffrischungsimpfungen im jeweils empfohlenen Intervall hinsichtlich Pertussis ?	25 % 6 KA
5.8.6	Wird in der Einrichtung jährlich die Durchimpfungsrate gegen saisonale Influenza aller Mitarbeiter:innen erhoben und dokumentiert?	38 % 9 KA

Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt.

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » In den 13 Krankenanstalten mit einem Umsetzungsplan, um die **österreichweiten Impfeempfehlungen** zu realisieren, umfasst dieser in 13 Einrichtungen neu eintretende Mitarbeiter:innen, in neun Einrichtungen Auszubildende, Praktikantinnen bzw. Praktikanten und Zivildienstleistende, in acht Einrichtungen alle angestellten Mitarbeiter:innen (Stammpersonal) und in drei Einrichtungen dauerhaft eingesetzte „Leihmitarbeiter:innen“, z. B. für Sicherheitsfirmen und Reinigung. (Nr. 5.8.1; 5.8.1.3)
- » Alle zehn Einrichtungen, die die aufrechte Immunität der Mitarbeiter:innen gegen **Masern** erheben und dokumentieren, tun dies für mehrere Mitarbeitergruppen. Am häufigsten werden nachfolgende genannt: Ärztlicher Dienst, Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (jeweils 10

48

(vgl. BMSGPK 2021a)

49

Als Masernimmunität ist die dokumentierte zweimalige Lebendimpfung oder ein positiver Antikörnernachweis im Serum oder eine zurückliegende, laborbestätigte Maserninfektion definiert.

50

Als Varizellenimmunität bei Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern im Gesundheitswesen ist die dokumentierte zweimalige Impfung gegen Varizellen oder ein positiver Antikörnernachweis definiert.

51

Als aufrechter Pertussis-Impfschutz ist bis zum vollendeten 60. Lebensjahr das Vorliegen einer dokumentierten Pertussisimpfung innerhalb der letzten zehn Jahre, ab dem vollendeten 60. Lebensjahr das Vorliegen einer dokumentierten Pertussisimpfung innerhalb der letzten fünf Jahre definiert.

- Nennungen), Reinigungsdienst (9 Nennungen), Gehobene medizinisch-technische Dienste, Psychologischer Dienst und Verwaltung (jeweils 8 Nennungen). Eine Einrichtung beziffert die Immunitätsrate dieser Mitarbeitergruppen in Prozent. (Nr. 5.8.2; 5.8.2.1)
- » Alle neun Einrichtungen, die die aufrechte Immunität der Mitarbeiter:innen gegen **Varizellen** erheben und dokumentieren, tun dies immer für mehrere Mitarbeitergruppen. Am häufigsten werden nachfolgende genannt: Ärztlicher Dienst, Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und Reinigungsdienst (jeweils 9 Nennungen), Gehobene medizinisch-technische Dienste, Psychologischer Dienst und Verwaltung (jeweils 8 Nennungen). Eine Einrichtung macht Angaben zur aufrechten Immunität die jeweiligen Mitarbeitergruppen in Prozent. (Nr. 5.8.3; 5.8.3.1)
 - » Alle acht Einrichtungen, die die aufrechte Immunität der Mitarbeiter:innen gegen **Pertussis** erheben und dokumentieren, tun dies bei der Einstellung neuer Mitarbeiter:innen, drei Einrichtungen tun dies alle fünf bzw. zehn Jahre und im Anlassfall (z. B. Pertussiskrankheitsfall) erheben drei Einrichtungen den Impfschutz der Mitarbeiter:innen. In allen acht Einrichtungen wird der Impfschutz gegenüber Pertussis immer für mehrere Mitarbeitergruppen erhoben. Am häufigsten werden nachfolgende genannt: Ärztlicher Dienst, Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und Reinigungsdienst (jeweils 8 Nennungen), Gehobene medizinisch-technische Dienste, Psychologischer Dienst und Verwaltung (jeweils 7 Nennungen).). Eine Einrichtung beziffert die Immunitätsrate dieser Mitarbeitergruppen in Prozent. (Nr. 5.8.4; 5.8.4.1)
 - » Von den Einrichtungen, die die jährliche Durchimpfungsrate gegen **saisonale Influenza** aller Mitarbeiter:innen erheben und dokumentieren, können drei Einrichtungen die Durchimpfungsrate aller Mitarbeiter:innen gegen saisonale Influenza in der vergangenen abgeschlossenen Influenzasaison (Saison 2021/2022) in Prozent angeben. Die Angaben der Durchimpfungsrate beliefen sich in diesen Einrichtungen zwischen einem und 16 Prozent. (Nr. 5.8.6.1)

3.4.9 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Tabelle 3.12:

Fragenblock 5.9 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP); Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 24)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.9.1	Ist das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert? ⁵²	71 % 17 KA

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Auch wenn nur in 17 der 24 Einrichtungen ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess verankert ist, werden in allen Einrichtungen **Verbesserungen auf Basis von Daten/Auswertungen** initiiert. Folgende werden von den Einrichtungen am häufigsten genannt: Beschwerde-/Feedbackmanagement, Ombuds-/Beschwerdestelle (20 Nennungen), Patientenbefragungen und Hygienedaten (jeweils 18 Nennungen), Mitarbeiterbefragungen (16 Nennungen), interne/externe Audits oder Visitationen (15 Nennungen), Fälle von Personenschaden (14 Nennungen), Risikomanagement, z. B. aus Fehlermelde- und Lernsystemen, und Betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement (13 Nennungen). (Nr. 5.9.2*)
- » Bei der Frage, aus welchen weiteren Quellen **Informationen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess** einfließen, werden von den Einrichtungen Gespräche mit nachfolgenden Institutionen/Personen angegeben: Patientenvertretungen/Patientenanwaltschaften (22 Nennungen), sonstige Vertrags- und Kooperationspartner / Institutionen (16 Nennungen) und Zuweiser:innen oder andere Krankenanstalten, z. B. stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Akutkrankenhäuser, Langzeitversorgungseinrichtungen (jeweils 14 Nennungen). (Nr. 5.9.2; 5.9.3)

52

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. Der KVP bezieht sich auf die Produkt-, Prozess- und Servicequalität. Umgesetzt wird der KVP durch stetige kleine Verbesserungsschritte (im Gegensatz zu eher großen, sprunghaften, einschneidenden Veränderungen) in kontinuierlicher Teamarbeit.

3.5 Ergebnisse hinsichtlich der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wurden im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement festgelegt. Die Mindestanforderungen definieren Mindestinhalte in der Arbeit des Qualitätsmanagements, die der jeweilige Gesundheitsdiensteanbieter im Rahmen der Qualitätsarbeit berücksichtigen soll. Die dazu definierten Fragen wurden in den Fragebogen zur Erhebung der Qualitätssysteme in Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ integriert und mit einem Sternchen „*“ gekennzeichnet. Definierte Kriterien des BMSGPK legen fest, ab wann eine Mindestanforderung an Qualitätsmanagement als erfüllt betrachtet wird. Diese Kriterien sind in der Liste im Anhang 3 angeführt.

Der Fragebogen für die Erhebung der Qualitätssysteme in Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ (Berichtsjahr 2022) enthält insgesamt 35 Fragen zu den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement. Jedoch wird bei der Mindestanforderung 5.5.7.1 „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) vorab die Frage gestellt: 5.5.7 „Sind in der Einrichtung medizinische Geräte gemäß Medizinproduktegesetz im Einsatz?“. Bei jenen drei Einrichtungen, die angeben, keine medizinischen Geräte gemäß Medizinproduktegesetz im Einsatz zu haben, reduziert sich dadurch die Gesamtanzahl der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement von 35 auf 34.

Die Gesamtauswertung zeigt (vgl. Tabelle 3.13), dass nur eine der 24 Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ alle definierten Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement erfüllt. Mindestens 50 Prozent der Mindestanforderungen erfüllen alle 24 Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ. Nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über den Erfüllungsgrad der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement in den Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ.

Tabelle 3.13:
Erfüllungsgrad der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM) (N = 24)

Erfüllungsgrad der Mindestanforderungen an QM in % bzw. Fragenanzahl	100 % bzw. 35 oder 34 MA an QM	mind. 90 % bzw. 32 oder 31 MA an QM	mind. 80 % bzw. 28 oder 27 MA an QM	mind. 75 % bzw. 27 oder 26 MA an QM	mind. 50 % bzw. 18 oder 17 MA an QM
Anteil und Anzahl der Krankenanstalten (KA) mit dem genannten Erfüllungsgrad	4 % 1 KA	36 % 9 KA	58 % 14 KA	62 % 15 KA	100 % 24 KA

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

Folgende sieben Fragen zu den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement erfüllen alle Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ:

- » Nr. 3.12 Wie wird in der Einrichtung sichergestellt, dass für alle Gesundheitsberufe der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist?*
- » Nr. 3.13 Wie werden Mitarbeiter:innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert?*

- » Nr. 3.14 Sind die Mitarbeiter:innen nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert?*
- » Nr. 3.15 Sind patientenbezogene (elektronische) Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (z. B. durch Passwörter)?*
- » Nr. 3.16 Sind patientenbezogene (elektronische) Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt?*
- » Nr. 3.20 Werden sensible Betriebsmittel, wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch, Suchtgiftvignetten oder papiergebundene Daten, diebstahlgeschützt aufbewahrt?*
- » Nr. 5.1.1 Welche Leistungsprozesse/-abläufe sind in der Einrichtung schriftlich definiert?*

Nachfolgende Mindestanforderung an Qualitätsmanagement hat den niedrigsten Erfüllungsgrad:

- » Nr. 5.5.7.1 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?*

Antwortoptionen (Mehrfachantwortmöglichkeit):

1. Bei Dienstantritt (neue Mitarbeiter:innen)
2. Nach längerer Abwesenheit (der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters)
3. Beim Einsatz neuer Geräte
4. Sonstiges

Um diese Mindestanforderung zu erfüllen, ist es erforderlich, dass die Einrichtung alle drei Antwortoptionen bestätigt. Sie wird nur von neun der 21 Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ (43 Prozent), die angeben medizinische Geräte im Einsatz zu haben, erfüllt.

Alle Fragen zu den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement, die dazugehörigen Kriterien und die Ergebnisse je Frage sind in der Liste im Anhang 3 angeführt.

4 Diskussion, Limitationen und Schlussfolgerungen

Der vorliegende Bericht liefert erstmals einen Überblick über die Qualitätsarbeit der Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ. Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ sind bettenführende Krankenanstalten (vgl. Kapitel 2.2), die überwiegend Personen versorgen, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen und leisten somit nicht-akute Spezialversorgung. Alten- und Pflegeheime bzw. geriatrische Zentren, die nicht dem Krankenanstaltenrecht unterliegen, nahmen an der Qualitätsberichterstattung nicht teil.

Alle 24 Einrichtungen (100 %), die aufgefordert wurden an der Erhebung zu den Qualitätssystemen teilzunehmen, haben den Fragebogen vollständig ausgefüllt und für die GÖG zur Auswertung freigegeben. Die für Krankenanstalten verpflichtende Qualitätsberichterstattung wurde über die zugangsgeschützte Website www.qualitaetsplattform.at abgewickelt.

Die Ergebnisse zeigen, dass Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ viele und unterschiedliche Aktivitäten setzen, um die Qualität ihrer Arbeit sicherzustellen. Beispielsweise sind in allen Einrichtungen die Themen Verschwiegenheitspflichten der Mitarbeiter:innen sowie der Schutz von patientenbezogenen (elektronischen) Daten und von sensiblen Betriebsmitteln, z. B. Rezeptformulare, fest verankert. Der Großteil der Einrichtungen hat auch eine strukturierte Dokumentenlenkung oder fördert durch Maßnahmen die Gesundheitskompetenz ihrer Patientinnen und Patienten. Zudem sind in knapp drei Vierteln der Einrichtungen Mitarbeiter:innen tätig, die eine spezielle Qualitätsmanagementausbildung haben. Rund drei Viertel der Einrichtungen führen sowohl Patientens als auch Mitarbeiterbefragungen durch.

Verbesserungsmöglichkeiten können dennoch in verschiedenen Themenbereichen abgeleitet werden. Exemplarisch sollen hier die definierten Ansprechpartner:innen für Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Arbeit, die in etwa der Hälfte der Einrichtungen existieren, hervorgehoben werden. Der vermehrte Ausbau dieser Ansprechpersonen kann in den Einrichtungen sinnvoll sein, da sie eine wichtige Rolle bei der Koordination und Umsetzung von Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Arbeit übernehmen können. Ein weiterer Bereich, der besondere Aufmerksamkeit verdient, ist die Patienten- und Mitarbeitersicherheit. Nur etwas mehr als die Hälfte aller Einrichtungen berichten, ein Risikomanagement, d. h. ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern, implementiert zu haben. Hier könnten von den Einrichtungen zudem vermehrt Maßnahmen ergriffen werden, wie zum Beispiel die verstärkte Nutzung von Risikomanagementinstrumenten oder vermehrtes Anbieten von Mitarbeiterschulungen zur besseren Kommunikation von Risiken sowie zur Förderung der Patientensicherheit. Zusätzliche Vorschläge wären, in Einrichtungen, in denen es im Rahmen der Versorgung relevant ist, einen Prozess zur Betreuung mangelernährter Patientinnen bzw. Patienten zu definieren, und die Möglichkeit, bei Bedarf eine klinische Ethikberatung hinzuzuziehen, zu implementieren.

Mitarbeiter:innen mit Patientenkontakt oder Kontakt zu infektiösem Material sollten ausreichend geimpft sein, um sowohl sich selbst als auch die betreuten Personen vor vermeidbaren Erkrankungen zu schützen. Das BMSGPK gibt regelmäßig Empfehlungen zu Impfungen für das Gesundheitspersonal heraus (vgl. BMSGPK 2021a). In rund der Hälfte der Einrichtungen ist bereits ein

Umsetzungsplan implementiert, um diese Impfpfehlungen zu realisieren. In diesem Zusammenhang unterstützt die Erhebung, Dokumentation und Auswertungen des Immunitätsgrads von Mitarbeiter:innen dabei, die Impfabdeckung zu erkennen und ggf. diese mit gezielten Maßnahmen zu erhöhen.

Nur eine Krankenanstalt der LV/GEN/PRÄ erfüllt alle Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement. Es wird empfohlen, dass alle anderen Einrichtungen eine gründliche Analyse durchführen, um zu ermitteln, warum sie Mindestanforderungen an das Qualitätsmanagement nicht erfüllen und wie sie diese in Zukunft durch gezielte Maßnahmen erfüllen können.

Aufgrund der Diversität der Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ (vgl. Punkt 2.2) sind genannte Verbesserungsvorschläge möglicherweise nicht für alle Einrichtungen geeignet und umsetzbar. Jedoch kann jede Einrichtung durch die Betrachtung der eigenen Ergebnisse Optimierungspotentiale für sich identifizieren. Anschließend sollen maßgeschneiderte Verbesserungsmaßnahmen entwickelt werden, die die Bedürfnisse und Gegebenheiten der Einrichtung berücksichtigen. Die regelmäßige Überwachung der Umsetzung und die Messung der Wirksamkeit von Qualitätsmaßnahmen in den Einrichtungen ist essenziell, um sicherzustellen, dass die gewünschten Verbesserungen erzielt und kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Limitationen

Wie bereits im Kapitel zur Methode (vgl. Kapitel 2) angeführt, handelt es sich bei der Qualitätsberichterstattung um eine Onlinebefragung der Einrichtungen. Die Qualitätsberichterstattung beruht somit auf einer Selbstbewertung durch qualifiziertes Personal der Einrichtungen. Diese Methode stellt ein einfaches und effektives Instrument dar, um Informationen zu verschiedenen Themen einzuholen, es sind ihr jedoch auch Grenzen gesetzt. So hängt die Qualität der Ergebnisse beispielsweise stark von der fachlichen Kompetenz und der Objektivität der bewertenden Personen ab.

Wie bereits erwähnt, unterscheiden sich die Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ sowohl in ihrer Größe als auch in der Art der erbrachten Leistungen zum Teil voneinander. Zudem ist die Grundgesamtheit der an der Qualitätsberichterstattung teilgenommenen Einrichtungen von 24 sehr klein. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss dies unbedingt berücksichtigt werden.

Anders als der Titel *Qualitätssysteme in Krankenanstalten der Langzeitversorgung und Genesung/Prävention* möglicherweise vermuten lässt, bildet der Bericht nicht alle Einrichtungen der Langzeitversorgung in Österreich ab, sondern nur jenen kleinen Teil, die als Krankenanstalt lt. KAKuG bewilligt und somit verpflichtet sind, an der Qualitätsberichterstattung teilzunehmen. Der Großteil der Alten- und Pflegeheime und Hospizeinrichtungen in Österreich wird im Bericht nicht erfasst. Unbestritten ist jedoch, dass auch diese Einrichtungen einen versorgungswirksamen Beitrag leisten und Qualitätsarbeit von zentraler Bedeutung ist. Daher wäre zu überlegen, ob eine ähnliche Berichterstattung auch für diesen Versorgungsbereich etabliert werden soll.

Schlussfolgerung

Der vorliegende Bericht bietet eine bundesweite Zusammenschau über die Qualitätssysteme in österreichischen Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ, die als Krankenanstalt lt. KAKuG bewilligt sind. Einrichtungen sowie deren Rechtsträger:innen oder Eigentümer:innen können durch den Vergleich mit den bundesweiten Ergebnissen potenzielle Verbesserungsmöglichkeiten für ihre eigene Qualitätsarbeit erkennen. Darüber hinaus erhalten Entscheidungsträger:innen im Gesundheitswesen einen Überblick, der als Entscheidungsunterstützung herangezogen werden kann.

Um langfristige Veränderungen in der Qualitätsarbeit der Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ zu dokumentieren, wird die gesetzlich vorgeschriebene Qualitätsberichterstattung regelmäßig durchgeführt. Vor der nächsten Befragung – die in fünf Jahren geplant ist – wird der Fragebogen zu den Qualitätssystemen in Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ von der GÖG in Abstimmung mit der eingerichteten Expertengruppe Qualitätsplattform geprüft, angepasst und optimiert. Die Anregungen aus den Einrichtungen, Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen sowie Empfehlungen und Erfahrungen, die aus der Arbeit im Rahmen der Qualitätsberichterstattung gewonnen worden sind, werden in diese Überarbeitung einfließen.

Literatur

- Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (2010): Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Ethik in der Medizin 22/2:149–153
- Austrian Standards (2023): Digital Officer / Digitalisierungsbeauftragte:r [online]. Austrian Standards. <https://www.austrian-standards.at/de/produkte-loesungen/zertifizierung/personenzertifizierung/P53%20Digital-officer> [Zugriff am 18.07.2023]
- 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
- BMSGPK Gesundheitsreform (Zielsteuerung–Gesundheit) [online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheit-sreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheit-sreform-(Zielsteuerung-Gesundheit).html) [Zugriff am 21.07.2023]
- BMSGPK (2018a): Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement – BQLL AUFEM [online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaets-sicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie-zum-Aufnahme-und-Entlassungsmanagement---BQLL-AUFEM.html> [Zugriff am 18.07.2023]
- BMSGPK (2018b): Richtlinie „Barriere:freie Unternehmen“. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Sektion IV, Gruppe A, Abteilung 6, Wien
- BMSGPK (2021a): Gesundheit. Impfen. Empfehlung für Gesundheitspersonal [online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Impfen/Impfempfehlungen-Allgemein/Empfehlung-f%C3%BCr-Gesundheitspersonal.html> [Zugriff am 20.07.2023]
- BMSGPK (2021b): Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BMSGPK (2023): Krankenanstalten in Österreich [online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Krankenanstalten-und-selbststaendige-Ambulatorien-in-Oesterreich/Krankenanstalten-in-Oesterreich.html> [Zugriff am 21.07.2023]

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017): Risikokommunikation [online]. BZgA. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/risikokommunikation/> [Zugriff am 19.07.2023]
- Friesenecker, B.; Fruhwald, S.; Hasibeder, W.; Hormann, C.; Hoffmann, M. L.; Krenn, C. G.; Lenhart-Orator, A.; Likar, R.; Pernerstorfer, T.; Pfausler, B.; Roden, C.; Schaden, E.; Valentin, A.; Wallner, J.; Weber, G.; Zink, M.; Peintinger, M. (2013): Therapiezieländerungen auf der Intensivstation. Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation. In: Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 48/4:216–223
- Hospiz Österreich. Hospiz- und Palliative Care (2023): VSD Vorsorgedialog [online]. Dachverband Hospiz Österreich. <https://www.hospiz.at/fachwelt/vorsorgedialog/> [Zugriff am 19.07.2023]
- KAKuG: Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl Nr. 1/1957, in der geltenden Fassung
- MPG: Bundesgesetz betreffend Medizinprodukte (Medizinproduktegesetz), BGBl Nr I 657/1996 in der geltenden Fassung
- Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe Die Selbsthilfe-Landschaft in Österreich [online]. ÖKUSS, BMSGPK, GÖG, FGÖ. https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/inline-files/oekuss_bild-der-sh.pdf [Zugriff am 28.07.2023]
- Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (2023a): Die Gesundheitskompetenz-Plattform für Österreich [online]. Gesundheit Österreich GmbH. <https://oepgk.at/> [Zugriff am 18.07.2023]
- Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (2023b): Gute Gesprächsqualität im Gesundheitssystem [online]. Gesundheit Österreich GmbH. <https://oepgk.at/gute-gespraechsqualitaet-im-gesundheitssystem/> [Zugriff am 18.07.2023]
- Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (2023c): Gute Gesundheitsinformation Österreich [online]. Gesundheit Österreich GmbH. <https://oepgk.at/gute-gesundheitsinformation-oesterreich/> [Zugriff am 18.07.2023]
- Patientensicherheit Schweiz Morbiditäts- und Mortalitäts-Konferenzen [online]. Patientensicherheit Schweiz. Stiftung für Patientensicherheit. <https://patientensicherheit.ch/forschung-entwicklung/mm-konferenzen/> [Zugriff am 19.07.2023]

Anhang

- Anhang 1: Fragebogen zum Qualitätssystem in Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ
- Anhang 2: Teilnehmende Krankenanstalten der Langzeitversorgung und Genesung/Prävention
- Anhang 3: Kriterien zur Erfüllung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement und Erfüllungsgrad

Anhang 1

Fragebogen zum Qualitätssystem in Krankenanstalten der Langzeitversorgung
und Genesung/Prävention

Fragebogen zum Qualitätssystem Krankenanstalt der Langzeitversorgung/Genesung/Prävention - Berichtsjahr 2022																													
1.	<p>Kontaktdaten</p> <p><i>Die personenbezogenen Informationen der Ansprechpersonen werden von der GÖG zur Kontaktaufnahme herangezogen, um das Abwickeln der Qualitätsberichterstattung zu ermöglichen. Dazu zählen Aussendungen von Informationen zur freiwilligen und verpflichtenden Erhebung, telefonische Rückfragen, Urgeizen u. Ä. Auf die eingetragenen Daten im Fragebogen zum Qualitätssystem (inkl. erhobene personenbezogene Daten) können berechnigte Personen (d. h. mit einem Lese- und/oder Schreibzugang zum Fragebogen Qualitätssystem) der Krankenanstalt, des zugehörigen Trägers bzw. Eigentümers und nominierte Vertreter:innen des jeweiligen Bundeslandes, der Sozialversicherung und des PRIKRAF zugreifen. Die Daten der genannten Ansprechpersonen können im Fragebogen während des Erhebungszeitraums durch zugangsberechtigte Personen (Schreibzugang Fragebogen Qualitätssystem) geändert werden. Nach Abschluss der Erhebung werden die Daten archiviert und können danach nicht mehr geändert werden.</i></p> <p><i>Im Fragebogen wird der Begriff "Patient/in" in Anlehnung an das Vorarlberger Patienten- und Klientenschutzgesetz § 2 (1) verwendet: "Patient im Sinne dieses Gesetzes ist eine Person, die Leistungen in einer Krankenanstalt in Anspruch nimmt oder in Anspruch genommen hat."</i></p>																												
Ansprechperson/en für Qualitätsfragen (als Kontakt für die GÖG)																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">1. Ansprechperson</th> <th colspan="2">2. Ansprechperson</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anrede</td> <td><input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr</td> <td>Anrede</td> <td><input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr</td> </tr> <tr> <td>Titel</td> <td><input type="text"/></td> <td>Titel</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Vorname</td> <td><input type="text"/></td> <td>Vorname</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Nachname</td> <td><input type="text"/></td> <td>Nachname</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>E-Mail</td> <td><input type="text"/></td> <td>E-Mail</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Telefon</td> <td><input type="text"/></td> <td>Telefon</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		1. Ansprechperson		2. Ansprechperson		Anrede	<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Anrede	<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Titel	<input type="text"/>	Titel	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
1. Ansprechperson		2. Ansprechperson																											
Anrede	<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Anrede	<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr																										
Titel	<input type="text"/>	Titel	<input type="text"/>																										
Vorname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>																										
Nachname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>																										
E-Mail	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>																										
Telefon	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>																										
Ansprechperson/en für Risikomanagement (als Kontakt für die GÖG)																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">1. Ansprechperson</th> <th colspan="2">2. Ansprechperson</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anrede</td> <td><input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr</td> <td>Anrede</td> <td><input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr</td> </tr> <tr> <td>Titel</td> <td><input type="text"/></td> <td>Titel</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Vorname</td> <td><input type="text"/></td> <td>Vorname</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Nachname</td> <td><input type="text"/></td> <td>Nachname</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>E-Mail</td> <td><input type="text"/></td> <td>E-Mail</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Telefon</td> <td><input type="text"/></td> <td>Telefon</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>		1. Ansprechperson		2. Ansprechperson		Anrede	<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Anrede	<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Titel	<input type="text"/>	Titel	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
1. Ansprechperson		2. Ansprechperson																											
Anrede	<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr	Anrede	<input type="radio"/> Frau <input type="radio"/> Herr																										
Titel	<input type="text"/>	Titel	<input type="text"/>																										
Vorname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>																										
Nachname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>																										
E-Mail	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>																										
Telefon	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>																										
2.	<p>Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit</p> <p><i>Führung/Verantwortlichkeiten: Die Verantwortung für das Qualitätsmanagement ist in der obersten Führungsebene/Leitung angesiedelt. Die oberste Führung definiert Qualitätsziele, stellt notwendige Ressourcen zur Verfügung, stellt die Umsetzung der Ziele sicher und entwickelt sie kontinuierlich weiter.</i></p>																												

2.1	Ist in der Einrichtung ein Leitbild definiert? <i>Es zählt ein Leitbild der Einrichtung oder auch ein Leitbild des Trägers, das für die Einrichtung gilt. Leitbilder für einzelne organisatorische Bereiche oder Berufsgruppen (z. B. Pflegeleitbild) sind hier nicht gemeint.</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
2.2	Ist in der Einrichtung eine Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
2.2.1	Die Qualitätsstrategie wurde erarbeitet:	<input type="radio"/> vom Träger <input type="radio"/> von der Einrichtung
2.2.2	Wem wird die Qualitätsstrategie kommuniziert? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Obere Führungsebene <input type="checkbox"/> Mittlere Führungsebene <input type="checkbox"/> Allen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern
2.2.3	In welcher Form wird die Qualitätsstrategie kommuniziert? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Intranet <input type="checkbox"/> Informationsveranstaltungen (durch den Träger und/oder einrichtungsintern) <input type="checkbox"/> Sitzungen <input type="checkbox"/> Qualitätsmanagement-Handbuch <input type="checkbox"/> Dokumentenlenkungssystem <input type="checkbox"/> E-Mail
2.2.4	Sind aus der Qualitätsstrategie konkrete Qualitätsziele abgeleitet?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<i>Qualitätsziele leiten sich aus der Qualitätsstrategie ab und sollen den allgemeinen Kriterien (spezifisch, messbar, erreichbar, realistisch, terminisiert) genügen.</i>	
2.2.4.1	Wie wirken sich die aus der Qualitätsstrategie abgeleiteten Ziele in der täglichen Arbeit aus (Mehrfachantworten möglich)?*	<input type="checkbox"/> Qualitätsziele werden allen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern kommuniziert. <input type="checkbox"/> Kennzahlen zur Messung, wie weit Qualitätsziele erreicht sind, sind festgelegt. <input type="checkbox"/> Zielerreichung wird anhand von festgelegten Kennzahlen überprüft.
3.	Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit	
	Qualitätssicherungskommission (QSK) (3.1-3.6) <i>Im Fragebogen wird der Begriff "Patient/in" in Anlehnung an das Vorarlberger Patienten- und Klientenschutzgesetz § 2 (1) verwendet: "Patient im Sinne dieses Gesetzes ist eine Person, die Leistungen in einer Krankenanstalt in Anspruch nimmt oder in Anspruch genommen hat."</i>	

3.1	Die QSK ist gesetzlich verankert. Sie besteht in der Einrichtung aus Vertreterinnen/Vertretern folgender Berufsgruppen/Bereiche:*(Mehrfachantworten möglich)	Anzahl der Mitglieder (nur Hauptmitglieder ohne Vertretungen)
	<input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst	Anzahl der Mitglieder (nur Hauptmitglieder ohne Vertretungen) <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	Anzahl der Mitglieder (nur Hauptmitglieder ohne Vertretungen) <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Gehobene medizinisch-technische Dienste	Anzahl der Mitglieder (nur Hauptmitglieder ohne Vertretungen) <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Verwaltungsdienst	Anzahl der Mitglieder (nur Hauptmitglieder ohne Vertretungen) <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Qualitäts- und/oder Risikomanagement	Anzahl der Mitglieder (nur Hauptmitglieder ohne Vertretungen) <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Psychologischer Dienst	Anzahl der Mitglieder (nur Hauptmitglieder ohne Vertretungen) <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Psychotherapeutischer Dienst	Anzahl der Mitglieder (nur Hauptmitglieder ohne Vertretungen) <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Sozial-/Heilpädagogik	Anzahl der Mitglieder (nur Hauptmitglieder ohne Vertretungen) <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Hygieneteam	Anzahl der Mitglieder (nur Hauptmitglieder ohne Vertretungen) <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Träger	Anzahl der Mitglieder (nur Hauptmitglieder ohne Vertretungen) <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Betriebsrat/Personalvertretung	Anzahl der Mitglieder (nur Hauptmitglieder ohne Vertretungen) <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Sonstige	Anzahl der Mitglieder (nur Hauptmitglieder ohne Vertretungen) <input type="text"/>
3.2	Gibt es eine Geschäftsordnung für die QSK?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<i>Die Geschäftsordnung eines Gremiums ist die schriftliche Zusammenfassung aller Verfahrensregelungen, nach denen Sitzungen und Versammlungen dieses Gremiums abzulaufen haben.</i>	

3.3	Welche Informationen bekommt die QSK regelmäßig? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen (z. B. Patienten-, Mitarbeiter-, Zuweiserbefragungen) <input type="checkbox"/> Kennzahlen, Qualitätsindikatoren (z. B. QM-System, Controlling) <input type="checkbox"/> Statistiken über erfasste Komplikationen (z. B. nosokomiale Infektionen, Wundinfektionen, Stürze) <input type="checkbox"/> Informationen über bundesweite Vorgaben oder Empfehlungen (z. B. Bundesqualitätsstandards und -leitlinien) <input type="checkbox"/> Informationen über Beschwerden (z. B. von der Patientenadvokatur, Ombudsstelle) <input type="checkbox"/> Informationen aus dem betrieblichen Vorschlagswesen/Ideenmanagement <input type="checkbox"/> Informationen aus dem Risikomanagement (z. B. aus Fehlermelde- und Lernsystemen) <input type="checkbox"/> Informationen vom Hygieneteam <input type="checkbox"/> Informationen aus dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) <input type="checkbox"/> Informationen über laufende Projekte (inkl. bauliche Maßnahmen) <input type="checkbox"/> Sonstige
3.4	Wie häufig finden die Sitzungen der QSK statt?	<input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> In längeren Abständen
3.5	Gibt es Protokolle zu den regelmäßigen Sitzungen der QSK?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3.6	Gibt es eine schriftliche Vorgabe, wie mit den Empfehlungen der QSK in der Einrichtung umzugehen ist?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Einrichtungsweite Koordination von Qualitäts- und Risikomanagement-Arbeit (3.7-3.11)		
3.7	Erfolgt die einrichtungsweite Koordination von Qualitäts- und Risikomanagement getrennt voneinander?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

3.7.1	Wer koordiniert die einrichtungsweite Qualitäts- und Risikomanagement-Arbeit? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Einrichtungsinterne Abteilung oder Stabsstelle <input type="checkbox"/> Qualitätsmanager:in oder Qualitätsbeauftragte:r <input type="checkbox"/> Risikomanager:in oder Risikomanagementbeauftragte:r <input type="checkbox"/> Ärztliche Leitung <input type="checkbox"/> Pflegedienstleitung <input type="checkbox"/> Sozial-/Heilpädagogische Leitung <input type="checkbox"/> Kollegiale Führung/(Geschäfts-)Leitung/Direktion <input type="checkbox"/> Qualitätssicherungskommission <input type="checkbox"/> Extern durch Träger <input type="checkbox"/> Extern durch Betreiber von Krankenanstalten (privatwirtschaftliches Unternehmen für Krankenanstaltenmanagement) <input type="checkbox"/> Sonstige
3.7.2	Wer koordiniert die einrichtungsweite Qualitätsmanagement-Arbeit? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Einrichtungsinterne Abteilung oder Stabsstelle <input type="checkbox"/> Qualitätsmanager:in oder Qualitätsbeauftragte:r <input type="checkbox"/> Risikomanager:in oder Risikomanagementbeauftragte:r <input type="checkbox"/> Ärztliche Leitung <input type="checkbox"/> Pflegedienstleitung <input type="checkbox"/> Sozial-/Heilpädagogische Leitung <input type="checkbox"/> Kollegiale Führung/(Geschäfts-)Leitung/Direktion <input type="checkbox"/> Qualitätssicherungskommission <input type="checkbox"/> Extern durch Träger <input type="checkbox"/> Extern durch Betreiber von Krankenanstalten (privatwirtschaftliches Unternehmen für Krankenanstaltenmanagement) <input type="checkbox"/> Sonstige

3.7.3	<p>Wer koordiniert die einrichtungsweite Risikomanagement-Arbeit? (Mehrfachantworten möglich)</p>	<input type="checkbox"/> Einrichtungsinterne Abteilung oder Stabsstelle <input type="checkbox"/> Qualitätsmanager:in oder Qualitätsbeauftragte:r <input type="checkbox"/> Risikomanager:in oder Risikomanagementbeauftragte:r <input type="checkbox"/> Ärztliche Leitung <input type="checkbox"/> Pflegedienstleitung <input type="checkbox"/> Sozial-/Heilpädagogische Leitung <input type="checkbox"/> Kollegiale Führung/(Geschäfts-)Leitung/Direktion <input type="checkbox"/> Qualitätssicherungskommission <input type="checkbox"/> Extern durch Träger <input type="checkbox"/> Extern durch Betreiber von Krankenanstalten (privatwirtschaftliches Unternehmen für Krankenanstaltenmanagement) <input type="checkbox"/> Sonstige
3.8	<p>Wie viele fixe Dienstposten in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) sind für die einrichtungsweite Koordination von Qualitäts- und Risikomanagement-Arbeit in der Einrichtung besetzt?</p> <p><i>Vollzeitaquivalente (VZÄ) sind die Maßeinheit für die fiktive Anzahl an Vollzeitbeschäftigten einer Organisationseinheit bei Umrechnung aller Teilzeit-Arbeitsverhältnisse in Vollzeit-Arbeitsverhältnisse. Beispiel: 3 Halbtagsstellen und 2 Ganztagsstellen ergeben 3,5 Vollzeitaquivalente.</i></p>	<input type="radio"/> Ermittelbar <input type="radio"/> Nicht ermittelbar <input type="radio"/> Keine
3.8.1	VZÄ	<input type="text"/>
3.8.2	Auf wie viele Personen (Köpfe) verteilen sich diese VZÄ?	<input type="text"/>
3.9	<p>Gibt es in den Abteilungen/Bereichen definierte Ansprechpartner:innen für Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Arbeit?*</p> <p><i>Ansprechpartner:innen sind von der kollegiale Führung/(Geschäfts-)Leitung/Direktion nominiert und die Aufgaben sind in der Stellenbeschreibung verankert.</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3.9.1	In wie vielen Abteilungen/Bereichen?	<input type="radio"/> In allen Abteilungen/Bereichen <input type="radio"/> In mehr als der Hälfte aller Abteilungen/Bereiche <input type="radio"/> In weniger als der Hälfte aller Abteilungen/Bereiche

3.10	<p>Wie viele Mitarbeiter:innen in der Einrichtung haben eine spezielle Qualitätsmanagement-Ausbildung?</p> <p><i>Mit Qualitätsmanagement-Ausbildung ist eine spezielle abgeschlossene Diplom-Ausbildung (z. B. Qualitätsbeauftragte:r, Qualitätsmanager:in, Auditor:in etc.) oder eine dieser gleichzusetzende, zumindest 4-tägige Ausbildung gemeint.</i></p>	<input type="radio"/> Genaue Zahl ermittelbar <input type="text" value=""/> <input type="radio"/> Genaue Zahl ist nicht ermittelbar und wird daher geschätzt: <input type="radio"/> Niemand
3.10.1	Geschätzt	<input type="radio"/> 1-5 Personen <input type="radio"/> 6-10 Personen <input type="radio"/> 11-20 Personen <input type="radio"/> > 20 Personen
3.11	<p>Wie viele Mitarbeiter:innen in der Einrichtung haben eine spezielle Risikomanagement-Ausbildung?</p> <p><i>Damit ist eine spezielle abgeschlossene Diplom-Ausbildung (z. B. Risikomanager:in) oder eine dieser gleichzusetzende, zumindest 4-tägige Ausbildung gemeint.</i></p>	<input type="radio"/> Genaue Zahl ermittelbar <input type="text" value=""/> <input type="radio"/> Genaue Zahl ist nicht ermittelbar und wird daher geschätzt: <input type="radio"/> Niemand
3.11.1	Geschätzt	<input type="radio"/> 1-5 Personen <input type="radio"/> 6-10 Personen <input type="radio"/> 11-20 Personen <input type="radio"/> > 20 Personen
Informationswesen (3.12-3.13)		
3.12	<p>Wie wird in der Einrichtung sichergestellt, dass für alle Gesundheitsberufe der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist?*</p> <p>(Mehrfachantworten möglich)</p>	<input type="checkbox"/> Wissensmanagement <i>Wissensmanagement beschäftigt sich mit dem Erwerb, der Entwicklung, dem Transfer, der Speicherung sowie der Nutzung von Wissen.</i> <input type="checkbox"/> Arbeitsplätze mit Internetzugang <input type="checkbox"/> Arbeitsplätze mit Zugang zu Meta-Datenbanken für fachspezifische Publikationen <input type="checkbox"/> Einrichtungsinterne (elektronische) Bibliothek <input type="checkbox"/> Medizinische Universitätsbibliothek <input type="checkbox"/> Bereitstellen von Fachzeitschriften <input type="checkbox"/> Sonstige
3.13	<p>Wie werden Mitarbeiter:innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert?*</p> <p>(Mehrfachantworten möglich)</p>	<input type="checkbox"/> Elektronisches Dokumentenlenkungssystem <i>Unter einem "elektronischen Dokumentenlenkungssystem" wird die datenbankgestützte Verwaltung elektronischer Dokumente verstanden.</i> <input type="checkbox"/> Bereitstellung im Intranet (u. a. Links zu Webseiten von Fachverbänden) <input type="checkbox"/> E-Mail-Aussendungen des Trägers, der kollegialen Führung und/oder der (Geschäfts-)Leitung/Direktion <input type="checkbox"/> Dokumente werden in Druckform/als Informationsmappe zur Verfügung gestellt <input type="checkbox"/> Teambesprechung <input type="checkbox"/> Fortbildungen <input type="checkbox"/> Sonstige

Dokumentenmanagement/Datenschutz (3.14-3.22)		
<p><i>Im Fragebogen wird der Begriff "Patient/in" in Anlehnung an das Vorarlberger Patienten- und Klientenschutzgesetz § 2 (1) verwendet: "Patient im Sinne dieses Gesetzes ist eine Person, die Leistungen in einer Krankenanstalt in Anspruch nimmt oder in Anspruch genommen hat."</i></p>		
3.14	Sind die Mitarbeiter:innen nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3.15	Sind patientenbezogene (elektronische) Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (z. B. durch Passwörter)?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3.16	Sind patientenbezogene (elektronische) Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3.17	Gibt es in der Einrichtung eine definierte Person (Datenschutzbeauftragte:r), die die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften (sowohl gesetzliche als auch einrichtungsinterne Vorgaben) sicherstellt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja, Überwachung der Vorschriften durch eine definierte Person des Trägers <input type="radio"/> Nein
3.18	Gibt es in der Einrichtung eine:n Digitalisierungsbeauftragte:n? <i>Die:Der Digitalisierungsbeauftragte erkennt die Möglichkeiten der Digitalisierung, berät und unterstützt bei der Entwicklung digitaler Geschäftsmodelle und/oder Prozesse und ist Ansprechpartner:in für digitale Themen. (Beschreibung angelehnt an der österreichischen Organisation für Standardisierung und Innovation, vgl. Austrian Standards)</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja, die Aufgabe wird durch eine definierte Person des Trägers übernommen <input type="radio"/> Nein
3.19	Gibt es in der Einrichtung eine definierte Person (Beauftragte:n), die die Einhaltung von Sicherheitsvorschriften der IT (sowohl gesetzliche als auch einrichtungsinterne Vorgaben) sicherstellt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Ja, Überwachung der Vorschriften durch eine definierte Person des Trägers <input type="radio"/> Nein
3.20	Werden sensible Betriebsmittel, wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch, Suchtgiftvignetten oder papiergebundene Daten, diebstahlgeschützt aufbewahrt?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3.21	Gibt es in der Einrichtung eine strukturierte Dokumentenlenkung?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<p><i>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 jenen Stellen verfügbar sind, wo sie gebraucht werden.</i></p>		
3.22	Gibt es Projekte/Maßnahmen zur Optimierung der Dokumentationsqualität?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

4.	Qualitätsmodelle	
4.1	Ist ein Qualitätsmodell bzw. sind mehrere Qualitätsmodelle (ISO, EFQM, KTQ etc.) in der Einrichtung implementiert? <i>Für eine positive Beantwortung reicht die Implementierung aus, es muss keine Zertifizierung vorliegen.</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
4.1.1	Welche Qualitätsmodelle?	
	<input type="checkbox"/> Träger- oder einrichtungseigenes QM-System (z. B. Q-Zert, AUVA QM-System)	<input type="radio"/> Gesamte Einrichtung <input type="radio"/> Teile der Einrichtung
	<input type="checkbox"/> EFQM (European Foundation for Quality Management)	<input type="radio"/> Gesamte Einrichtung <input type="radio"/> Teile der Einrichtung
	<input type="checkbox"/> KTQ (inkl. pCC) <i>(Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)</i>	<input type="radio"/> Gesamte Einrichtung <input type="radio"/> Teile der Einrichtung
	<input type="checkbox"/> JCI (Joint Commission International)	<input type="radio"/> Gesamte Einrichtung <input type="radio"/> Teile der Einrichtung
	<input type="checkbox"/> ISO (International Organization for Standardization)	<input type="checkbox"/> Gesamte Einrichtung <input type="checkbox"/> Teile der Einrichtung
	<input type="checkbox"/> EN 15224 (Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung - Qualitätsmanagementsysteme - Anforderungen nach EN ISO 9001:2008)	<input type="radio"/> Gesamte Einrichtung <input type="radio"/> Teile der Einrichtung
4.1.2	Gibt es in der Einrichtung noch weitere Qualitätsmodelle nach denen zertifiziert wird?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Welche?	
5.	Qualitätsarbeit	
5.1	Prozesse <i>Im Fragebogen wird der Begriff "Patient/in" in Anlehnung an das Vorarlberger Patienten- und Klientenschutzgesetz § 2 (1) verwendet: "Patient im Sinne dieses Gesetzes ist eine Person, die Leistungen in einer Krankenanstalt in Anspruch nimmt oder in Anspruch genommen hat."</i>	
5.1.1	Welche Leistungsprozesse/-abläufe sind in der Einrichtung schriftlich definiert?*(Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Aufnahmemanagement <input type="checkbox"/> Entlassungsmanagement <input type="checkbox"/> Hygienemanagement <input type="checkbox"/> Schmerzmanagement <input type="checkbox"/> Dekubitusprävention <input type="checkbox"/> Sturzprävention <input type="checkbox"/> Prävention von Mangelernährung <input type="checkbox"/> Management von Medikationssicherheit (z. B. Polypharmazie, PIM) <input type="checkbox"/> Management von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen <input type="checkbox"/> Sonstige:

5.1.2	Ist ein Konzept für einrichtungsinterne medizinische Notfälle ausgearbeitet?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.1.3	Wird ein entsprechendes Notfall-Equipment in den jeweiligen Funktionseinheiten/Abteilungen bereitgehalten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.1.3.1	Wird dieses Notfall-Equipment regelmäßig einer Prüfung unterzogen und dies im erforderlichen Maße dokumentiert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.1.4	Gibt es ein Schulungskonzept, um Mitarbeiter:innen für einrichtungsinterne medizinische Notfälle zu schulen?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.1.4.1	Sind die Mitarbeiter:innen entsprechend ihrem Einsatzgebiet nachweislich geschult?*	<input type="radio"/> Ja, alle Mitarbeiter:innen <input type="radio"/> Ja, ein Teil der Mitarbeiter:innen <input type="radio"/> Nein
5.1.5	Wie informieren Sie die Zuweiser:innen über die Aufnahme-Modalitäten der Einrichtung? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Webseite <input type="checkbox"/> Info-Blatt bzw. Info-Brief <input type="checkbox"/> Information per E-Mail <input type="checkbox"/> Zuweiserveranstaltung <input type="checkbox"/> Bezirksärztetreffen <input type="checkbox"/> Bezirkskoordinationstreffen <input type="checkbox"/> Direkte Absprache mit den Zuweiserinnen bzw. Zuweisern <input type="checkbox"/> Sonstige
5.1.6	Ist in der Einrichtung ein strukturiertes Aufnahmemanagement implementiert? <i>Darunter wird ein strukturierter Aufnahmeprozess unter Einhaltung bestimmter Mindeststandards verstanden.</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.1.6.1	Orientiert sich das strukturierte Aufnahmemanagement an der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM)? <i>Vgl. BQLL AUFEM</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.1.7	Wird der Ernährungsstatus von Patientinnen bzw. Patienten bei der Aufnahme in die Einrichtung erhoben?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.1.7.1	In wie vielen Abteilungen?	<input type="radio"/> In allen Abteilungen <input type="radio"/> In mehr als der Hälfte aller Abteilungen <input type="radio"/> In weniger als der Hälfte aller Abteilungen
5.1.8	Gibt es in der Einrichtung einen standardisierten Prozess zur Betreuung mangelernährter Patientinnen bzw. Patienten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

5.1.9	<p>Ist in der Einrichtung ein indirektes Entlassungsmanagement implementiert, in dem Patientinnen bzw. Patienten den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne eines Case Managements quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen durchlaufen?</p> <p><i>Entlassungsmanagement leistet entweder das Pflegepersonal der Abteilung (= direktes Entlassungsmanagement lt. Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM)) oder eine Person mit einem für das Entlassungsmanagement zweckgewidmeten Dienstposten (= indirektes Entlassungsmanagement lt. BQLL AUFEM). Im ersten Fall ist das Entlassungsmanagement integraler Bestandteil des Pflegeprozesses, im zweiten Fall (speziell gewidmeter Dienstposten) durchlaufen Patientinnen bzw. Patienten den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne eines Case Managements quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen.</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Für die Einrichtung nicht relevant
5.1.9.1	<p>Wie viele fixe Dienstposten in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) sind für das indirekte Entlassungsmanagement besetzt?</p>	<input type="text"/>
5.1.9.2	<p>Welche Berufsgruppe(n) übernimmt bzw. übernehmen das indirekte Entlassungsmanagement? (Mehrfachantworten möglich)</p>	<input type="checkbox"/> Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter:innen <input type="checkbox"/> Andere
5.1.9.3	<p>Orientiert sich das indirekte Entlassungsmanagement an der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM)?</p> <p><i>Vgl. BQLL AUFEM</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.2	<p>Bericht über die Qualitätsarbeit</p>	
5.2.1	<p>Wird in der Einrichtung – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung (Qualitätsplattform) – ein eigener Bericht über die Qualitätsarbeit erstellt (einrichtungseigener Bericht oder z. B. auch ein Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes)?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

5.2.1.1	Wird dieser Bericht veröffentlicht?	<input type="radio"/> Ja, der einrichtungseigene Bericht bzw. der Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes wird veröffentlicht. Link zum veröffentlichten Bericht: <input type="radio"/> Ja, es gibt allerdings zwei Versionen – eine für die interne Verwendung und eine für die Öffentlichkeit. Link zum veröffentlichten Bericht: <input type="radio"/> Nein, der Bericht ist nur für die interne Verwendung oder für eine Meldung an Träger/Fonds/Land gedacht, ohne Publikation der Daten bzw. Informationen.
5.2.1.2	Wie häufig wird der Bericht erstellt?	<input type="radio"/> Jährlich <input type="radio"/> In längeren Abständen
5.3 Patientenorientierung <i>Im Fragebogen wird der Begriff "Patient/in" in Anlehnung an das Vorarlberger Patienten- und Klientenschutzgesetz § 2 (1) verwendet: "Patient im Sinne dieses Gesetzes ist eine Person, die Leistungen in einer Krankenanstalt in Anspruch nimmt oder in Anspruch genommen hat."</i>		
5.3.1	Werden Patientinnen bzw. Patienten durch spezifische Maßnahmen (z. B. Informationsbroschüren, Patienteninformationsmappe, Merkblätter) in ihrer Gesundheitskompetenz unterstützt? <i>Definition Gesundheitskompetenz: Um die Gesundheit zu stärken und Krankheiten vorzubeugen und zu bewältigen, brauchen Menschen auch Informationen. Gesundheitskompetente Menschen sind meist in der Lage, Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Gesundheitskompetenz trägt wesentlich dazu bei, Lebensqualität und Gesundheit zu erhalten und zu verbessern. (vgl. Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz) Nicht gemeint sind die gesetzlich verpflichtend zu leistenden Aufklärungs- und Informationsaufgaben.</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.3.1.1	Durch welche Maßnahmen? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Informationsbroschüren/Infoblatt zu häufigen Diagnosen/Behandlungen <input type="checkbox"/> Plakate/Informationstafeln <input type="checkbox"/> Informationsfilme <input type="checkbox"/> Patienteninfomappe <input type="checkbox"/> Fragechecklisten für das Arztgespräch <input type="checkbox"/> Webseite <input type="checkbox"/> Videodolmetschen <input type="checkbox"/> Patientenschulungen <input type="checkbox"/> Sonstige:

5.3.2	<p>Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern regelmäßige Schulungen zur patientenzentrierten Gesprächsführung angeboten?</p> <p><i>Patientenzentrierte Gesprächsführung umfasst vor allem eine Beziehung aufzubauen, das Gespräch zu strukturieren, der Patientin/dem Patienten zuzuhören, Verständnis für die Patientenperspektive zu zeigen, die richtige Menge und Art von Informationen für die individuelle Patientin/den individuellen Patienten zu vermitteln, genaues Erinnern und Verständnis von Informationen zu unterstützen, ein gemeinsames Verständnis zu erreichen und mit der Patientin/dem Patienten gemeinsam eine Entscheidung zu finden. (vgl. Gute Gesprächsqualität im Gesundheitssystem)</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.3.2.1	<p>Wem wird die Schulung angeboten? (Mehrfachantworten möglich)</p>	<input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegeberufe <input type="checkbox"/> Gehobene medizinisch-technische Dienste <input type="checkbox"/> Psychologischer Dienst <input type="checkbox"/> Psychotherapeutischer Dienst <input type="checkbox"/> Sozial-/Heilpädagogik <input type="checkbox"/> Verwaltung (inkl. technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.) <input type="checkbox"/> Sonstige:
5.3.3	<p>Werden bei der Neuerstellung von Patienteninformationen durch die Einrichtung selbst, die Qualitätskriterien einer "guten Gesundheitsinformation" berücksichtigt?</p> <p><i>(vgl. Gute Gesundheitsinformation Österreich bzw. Kurzzusammenfassung)</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht zutreffend (es werden keine eigenen Patienteninformationen erstellt)
5.3.4	<p>Werden in der Einrichtung Maßnahmen zur Einbindung von Selbsthilfegruppen gesetzt?</p> <p><i>Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen zur gemeinsamen Bewältigung von Krankheiten oder psychischen und sozialen Problemen. SHGs arbeiten themenbezogen. Die Mitglieder sind entweder selbst oder als Angehörige betroffen. Aufgaben: positive Veränderung der persönlichen Lebensumstände; Wirkung im sozial- und gesundheitspolitischem Umfeld. (vgl. ÖKUSS) Maßnahmen können sich an den Kriterien für selbsthilfefreundliche Krankenhäuser orientieren, die in den meisten Bundesländern etabliert sind.</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.3.5	<p>Werden Patientinnen bzw. Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht?*</p> <p><i>(z. B. Patientencharta)</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.3.6	<p>Werden für Mitarbeiter:innen regelmäßig Schulungen zum Thema Patientenrechte angeboten?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

5.3.7	Werden in der Einrichtung regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.3.7.1	In welchen Intervallen erfolgen die Patientenbefragungen? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Kontinuierlich (z. B. Patientenfeedbackbögen) <input type="checkbox"/> Einmal im Jahr, innerhalb eines begrenzten Zeitraums <input type="checkbox"/> In Abständen von zwei bis fünf Jahren
5.3.7.2	Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.3.8	Ist die Einrichtung barrierefrei zugänglich?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Barrierefreie Gebäude sind für alle Menschen ohne fremde Hilfe zugänglich. Wesentlich sind beispielsweise ein für alle zugänglicher Eingang (keine Stufen, ausreichend breit etc.), entsprechend große Aufzüge sowie gut beleuchtete Räumlichkeiten mit genügend großen Bewegungsflächen. (vgl. Richtlinie „Barriere:freie Unternehmen“(BMSGPK)

5.3.9	Welche weiteren Maßnahmen zur Barrierefreiheit wurden in der Einrichtung bereits gesetzt?	<input type="checkbox"/> Barrierefreie Stellplätze für PKW bzw. Zufahrtswege für Fahrdienste <input type="checkbox"/> Zugang zum Gebäude: z. B. Gehsteigkanten, Aufzüge, Rampen, Handläufe, Stufen <input type="checkbox"/> Gebäudegestaltung innerhalb des Gebäudes: z. B. Stufen, Türschwellen, Türrahmen, Umkleidekabinen, Aufenthaltsräume <input type="checkbox"/> Einrichtung und Ausstattung: z. B. Sanitärräume, Haltegriffe/Handläufe, Sitzgelegenheiten, Orientierungssysteme und Beleuchtung, Möblierung <input type="checkbox"/> Information und Kommunikation: z. B. Texte in leicht verständlicher Sprache, Übersetzung in Fremdsprachen oder Gebärdensprache <input type="checkbox"/> Organisation der Informations- und Orientierungskette <p style="margin-left: 20px;"><i>Darunter sind organisatorische Maßnahmen zu verstehen, die eine lückenlose Orientierung bzw. einen lückenlosen Zugang zur Information ermöglichen, z. B. das taktile Leitsystem besteht nur bis zum Infopoint, daher muss organisatorisch dafür vorgesorgt werden, dass die blinde Person ab diesem Punkt eine Begleitung bekommt, oder es gibt beim Infopoint eine induktive Höranlage, dann muss organisatorisch sichergestellt werden, dass sich die hörbehinderte Person auch im restlichen Krankenhaus verständigen kann. Gleiches gilt für Gebärdensprachdolmetschung für gehörlose Personen.</i></p> <input type="checkbox"/> Sonstige:
5.3.10	Sind Informationen über die Erreichbarkeit und bauliche Barrierefreiheit der Einrichtung öffentlich verfügbar (Webseite, Informationsfolder u. ä.)?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.3.11	Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern Schulungen/Fortbildungen zum Umgang mit Menschen mit Behinderung angeboten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Für die Einrichtung nicht relevant
5.4	Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen bzw. Patienten <i>Im Fragebogen wird der Begriff "Patient/in" in Anlehnung an das Vorarlberger Patienten- und Klientenschutzgesetz § 2 (1) verwendet: "Patient im Sinne dieses Gesetzes ist eine Person, die Leistungen in einer Krankenanstalt in Anspruch nimmt oder in Anspruch genommen hat."</i>	

5.4.1	<p>Gibt es in der Einrichtung ein strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement?</p> <p><i>Das strukturierte Beschwerde-/Feedbackmanagement umfasst den Prozess des strukturierten Erfassens der Vorschläge und Beschwerden, der individuellen Rückmeldungen an die Vorschlags- bzw. Beschwerden-Einbringenden und die Auswertung sowie Analyse von Vorschlägen und Beschwerden, um ggf. Verbesserungsmaßnahmen zu identifizieren, zu planen, umzusetzen und auf Wirksamkeit hin zu überprüfen.</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.4.2	<p>Wie werden in der Einrichtung Vorschläge und Beschwerden der Patientinnen bzw. Patienten erhoben? (Mehrfachantworten möglich)</p>	<input type="checkbox"/> Beschwerdebögen/Vorschlags- bzw. Beschwerdebriefkästen <input type="checkbox"/> Eingabemöglichkeit über die Webseite der Einrichtung bzw. per E-Mail <input type="checkbox"/> Ombuds-/Beschwerdestelle <input type="checkbox"/> Patientenbefragungen <input type="checkbox"/> Schriftliche Erfassung mündlich eingebrachter Beschwerden <input type="checkbox"/> Andere Erhebungsmethode:
5.4.3	<p>Bekommen Patientinnen/Patienten eine individuelle Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden (Ausnahme anonyme Meldung)?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.4.4	<p>Werden aus Vorschlägen und Beschwerden auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.4.5	<p>Werden für Patientinnen/Patienten Informationen zu Patientenanwaltschaften (Länder), Ombuds-/Beschwerdestellen (Sozialversicherungsträger, Träger), Schieds- und Schlichtungsstellen (Ärztikammern) bereitgestellt?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.5	<p>Mitarbeiterorientierung</p>	
5.5.1	<p>Werden in der Einrichtung regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durchgeführt?*</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.5.1.1	<p>Mit welchen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern werden diese durchgeführt?</p>	<input type="radio"/> Mit allen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern <input type="radio"/> Mit bestimmten Mitarbeitergruppen oder in einigen Bereichen (z. B. ausgewählte Abteilungen)
5.5.1.2	<p>In welchen Intervallen erfolgen die Befragungen?</p>	<input type="radio"/> Einmal im Jahr <input type="radio"/> In längeren Abständen zwischen zwei und fünf Jahren
5.5.1.3	<p>Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

5.5.2	Werden in der Einrichtung regelmäßig strukturierte Mitarbeitergespräche geführt?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.5.2.1	Mit welchen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern werden diese geführt?	<input type="radio"/> Mit allen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern <input type="radio"/> Mit bestimmten Mitarbeitergruppen oder in einigen Bereichen (z. B. ausgewählte Abteilungen)
5.5.2.2	In welchen Intervallen erfolgen diese Gespräche?	<input type="radio"/> Einmal im Jahr <input type="radio"/> In längeren Abständen zwischen zwei und fünf Jahren
5.5.3	Gibt es in der Einrichtung ein Personalentwicklungskonzept?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.5.4	Werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche der Mitarbeiter:innen regelmäßig ermittelt?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.5.5	Werden Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter:innen strukturiert erfasst?*	<input type="radio"/> Ja, für alle Mitarbeiter:innen <input type="radio"/> Ja, für einzelne Mitarbeitergruppen <input type="radio"/> Nein
	<i>Die Frage bezieht sich auf Fort- und Weiterbildung generell und nicht nur auf QM-Fort- und -Weiterbildungen.</i>	
5.5.5.1	Für welche Mitarbeitergruppen? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegeberufe <input type="checkbox"/> Gehobene medizinisch-technische Dienste <input type="checkbox"/> Psychologischer Dienst <input type="checkbox"/> Psychotherapeutischer Dienst <input type="checkbox"/> Sozial-/Heilpädagogik <input type="checkbox"/> Verwaltung (inkl. technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.) <input type="checkbox"/> Sonstige
5.5.6	Gibt es eine zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter:innen?	<input type="radio"/> Ja, für alle Mitarbeitergruppen <input type="radio"/> Ja, für einzelne Mitarbeitergruppen <input type="radio"/> Nein
5.5.6.1	Für welche Mitarbeitergruppen? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegeberufe <input type="checkbox"/> Gehobene medizinisch-technische Dienste <input type="checkbox"/> Psychologischer Dienst <input type="checkbox"/> Psychotherapeutischer Dienst <input type="checkbox"/> Sozial-/Heilpädagogik <input type="checkbox"/> Verwaltung (inkl. technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.) <input type="checkbox"/> Sonstige

5.5.7	Sind in der Einrichtung medizinische Geräte gemäß Medizinproduktegesetz im Einsatz? <i>Vgl. Medizinproduktegesetz</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.5.7.1	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)	<input type="checkbox"/> Bei Dienstantritt (neuer Mitarbeiter:innen) <input type="checkbox"/> Nach längerer Abwesenheit (der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters) <input type="checkbox"/> Beim Einsatz neuer Geräte <input type="checkbox"/> Sonstiges, z. B. bei Anwendungsfehlern
5.5.8	Ist in der Einrichtung ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ein betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.5.9	Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter:innen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.5.10	Gibt es in der Einrichtung die Möglichkeit, dass bei Bedarf eine klinische Ethikberatung hinzugezogen wird? (Nicht gemeint ist die Ethikkommission.) <i>Ziel der klinischen Ethikberatung im Zuge der Patientenversorgung: Entscheidungsprozesse hinsichtlich ihrer ethischen Anteile transparent zu gestalten und an moralisch akzeptablen Kriterien auszurichten, d. h. "gute Entscheidungen" in "guten Entscheidungsprozessen" zu treffen. Dabei zielt Ethikberatung auf die Stärkung der ethischen Kompetenz vor Ort ab. Sie trägt zur Qualitätssicherung in der Versorgung von Patientinnen bzw. Patienten und Bewohnerinnen/Bewohnern bei. Die Aufgaben umfassen u.a. die Durchführung individueller ethischer Fallbesprechungen (Ethik-Fallberatungen); die Erstellung von internen Leitlinien bzw. Empfehlungen (Ethik-Leitlinien) sowie die Organisation von internen und öffentlichen Veranstaltungen zu medizin- und pflegeethischen Themen (Ethik-Fortbildungen). (vgl. Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.: Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Ethik Med 22 (2010): 149–153.)</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.5.11	Gibt es in der Einrichtung eine standardisierte Vorgehensweise zum Thema End-of-life? <i>Nähere information finden Sie beispielsweise in der Leitlinie der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin, (vgl. ÖGARI Leitlinie) oder dem Vorsorgedialog, (vgl. VSD)</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Für die Einrichtung nicht relevant
5.6	Risikomanagement/Patienten- und Mitarbeitersicherheit <i>Im Fragebogen wird der Begriff "Patient/in" in Anlehnung an das Vorarlberger Patienten- und Klientenschutzgesetz § 2 (1) verwendet: "Patient im Sinne dieses Gesetzes ist eine Person, die Leistungen in einer Krankenanstalt in Anspruch nimmt oder in Anspruch genommen hat."</i>	

5.6.1	Gibt es in der Einrichtung ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement)?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.6.2	Werden Instrumente des Risikomanagements in der Einrichtung verwendet?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.6.2.1	Welche Instrumente?	
	Einrichtungsinterne/trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme (Reporting & Learning-Systeme)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Risikoanalyse	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Risiko-Audit	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Wie wird dieses durchgeführt?	<input type="radio"/> Internes Audit <input type="radio"/> Externes Audit <input type="radio"/> Teils intern, teils extern
	Fehleranalyse (z. B. anhand des London-Protokolls)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Andere Instrumente bzw. ein anderes Instrument, welches hier nicht angeführt wird?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Welche andere?	
5.6.3	Ist in der Einrichtung ein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit implementiert (inkl. Interaktionsprüfung)? <i>Darunter werden EDV-Systeme verstanden, die Prozesse zur Patientenidentifikation, Arzneimittelvergabe, Dosierung oder Konzentration bzw. Zubereitung, zur richtigen Applikationsart sowie den richtigen Zeitpunkt und die Dokumentation und Interaktionsprüfung definieren und regeln.</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.6.4	Werden Mitarbeiter:innen mithilfe eines standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken bei Patientinnen bzw. Patienten informiert, z. B. über Allergien, Verwirrtheit?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

5.6.5	<p>Werden in der Einrichtung Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen durchgeführt?</p> <p><i>"In Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M) werden retrospektiv Komplikationen, ungewöhnliche Behandlungsverläufe und unerwartete Todesfälle aufgearbeitet mit dem Ziel, daraus zu lernen und Wiederholungen zu vermeiden. Insbesondere die Fokussierung auf kognitive und systemische Faktoren unterscheidet die M&M von der klassischen klinischen Fallkonferenz und dem Tumorboard (analog zur Transplantationskonferenz o. ä.) mit dem Schwerpunkt auf der bestmöglichen (Weiter-)Behandlung von Patienten." Die M&M ist wenn möglich interprofessionell und interdisziplinär. Im besten Fall sind alle am Fall beteiligten Berufsgruppen und Disziplinen vertreten (auch z. B. Kardiotechniker:innen, Patholog/innen, IT-Mitarbeitende). vgl. Leitfaden M&M Konferenzen, Stiftung Patientensicherheit Schweiz</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
-------	--	---

5.6.6	<p>Werden in der Einrichtung Aus- und Fortbildungen zu Risikokommunikation (Gespräche) mit Patientinnen bzw. Patienten bzw. ihren Angehörigen angeboten?</p> <p><i>Risikokommunikation wird allgemein als zielgerichtetes Kommunikationsprozesse definiert, die die Öffentlichkeit bzw. Betroffene über Risiken (oder eingetretenen Schaden) informieren. Diese Kommunikationen beinhalten interne Kommunikationsprozesse (z. B. zwischen Leitung und Mitarbeiter:innen) als auch externe Kommunikation (insbesondere mit betroffenen Patientinnen bzw. Patienten, aber auch Medien). Ein wichtiges Ziel dieser Kommunikationen ist es, nach einem Zwischenfall das Vertrauen der Patientinnen bzw. Patienten in seine Ärztinnen und Ärzte und Pflegekräfte bzw. der Bevölkerung in die Einrichtung zu erhalten oder zurückzugewinnen. Je stärker die Gespräche an den Bedürfnissen des Patienten orientiert sind, desto wahrscheinlicher kann dieses Ziel erreicht werden. Siehe Risikokommunikation, Lisa Meyer, Constanze Rossmann, Hans-Bernd Brosius. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 2018; Reden ist Gold. Kommunikation nach einem Zwischenfall. Arbeitskreis Kommunikation nach einem Zwischenfall Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. 2012</i></p>	<input type="radio"/> Ja, für alle Mitarbeiter:innen <input type="radio"/> Ja, für einzelne Mitarbeitergruppen <input type="radio"/> Nein
5.6.7	<p>Sind in der Einrichtung Unterstützungsmaßnahmen (z. B. peer support groups und/oder professionelle Hilfe) für Angehörige der Gesundheitsberufe, die an Fehlern und Zwischenfällen beteiligt waren („second victim“), implementiert?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Für die Einrichtung nicht relevant
5.6.8	<p>Gibt es ein strukturiertes Feedback an betroffene Patientinnen bzw. Patienten, wenn unerwünschte Ereignisse oder Fehler analysiert und bearbeitet wurden?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.6.9	<p>Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern regelmäßig Schulungen/Fortbildungen zur Patientensicherheit angeboten?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

5.6.10	Wenden Sie Kennzahlen und/oder Indikatoren zur Überwachung patientensicherheitsrelevanter Aspekte in der Einrichtung an, z. B. unerwünschte Arzneimittelereignisse (adverse drug events)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.7	Krankenhaushygiene	
	Allgemein (5.7.1)	
5.7.1	Orientiert sich die Krankenhaushygiene am bundesweiten Qualitätsstandard <i>Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene</i> ? <i>Vgl. Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaus-Hygiene</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Hygieneteam (5.7.2-5.7.4)	
5.7.2	Aus welchen Mitgliedern setzt sich das Hygieneteam in der Einrichtung zusammen? (Mehrfachantworten möglich) <i>KAKuG § 8a. (3) In bettenführenden Krankenanstalten ist ein Hygieneteam zu bilden, dem der Krankenhaushygieniker bzw. der Hygienebeauftragte, die Hygienefachkraft und weitere für Belange der Hygiene bestellte Angehörige des ärztlichen und des nichtärztlichen Dienstes der Krankenanstalt angehören.</i>	<input type="checkbox"/> Krankenhaushygieniker:in (Fachärztin/Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie) <input type="checkbox"/> Hygienebeauftragte:r Ärztin/Arzt <input type="checkbox"/> Hygienefachkraft (Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege) <input type="checkbox"/> Sonstige:
5.7.3	Wie häufig trifft sich das Hygieneteam?	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> In längeren Abständen
5.7.4	Mit wem bespricht das Hygieneteam Hygienebelange? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Kollegiale Führung/((Geschäfts-)Leitung/Direktion <input type="checkbox"/> Qualitätssicherungskommission <input type="checkbox"/> Weitere Führungskräfte <input type="checkbox"/> Stationspersonal <input type="checkbox"/> Einzelne Mitarbeiter:innen
	Hygienekommission (5.7.5)	
5.7.5	Gibt es in der Einrichtung zusätzlich zum Hygieneteam eine Hygienekommission?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

5.7.5.1	Die Hygienekommission besteht neben den Personen des Hygieneteams noch aus Vertreterinnen bzw. Vertretern folgender Bereiche. (Mehrfachantworten möglich)	Anzahl der Mitglieder
<input type="checkbox"/>	Kollegiale Führung/(Geschäfts-)Leitung/Direktion	Anzahl der Mitglieder <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Dienst	Anzahl der Mitglieder <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	Anzahl der Mitglieder <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Gehobene medizinisch-technische Dienste	Anzahl der Mitglieder <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Verwaltungsdienst	Anzahl der Mitglieder <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstige Berufsgruppe	Anzahl der Mitglieder <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstige Berufsgruppe	Anzahl der Mitglieder <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstige Berufsgruppe	Anzahl der Mitglieder <input type="text"/>
5.7.5.2	Wie oft finden die Treffen der Hygienekommission statt?	<input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> In längeren Abständen
5.7.5.3	Gibt es die Möglichkeit im Anlassfall die Hygienekommission einzuberufen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hygieneprojekte und Antibiotika-Verwendung (5.7.6-5.7.8) <i>Im Fragebogen wird der Begriff "Patient/in" in Anlehnung an das Vorarlberger Patienten- und Klientenschutzgesetz § 2 (1) verwendet: "Patient im Sinne dieses Gesetzes ist eine Person, die Leistungen in einer Krankenanstalt in Anspruch nimmt oder in Anspruch genommen hat."</i>		
5.7.6	Nimmt die Einrichtung an Hygieneprojekten teil, wie z. B. Aktion saubere Hände, PPS (Punkt-Prävalenz-Untersuchung)?	<input type="radio"/> Ja, an welchen: <input type="radio"/> Nein
	Welche?	
5.7.7	Werden in der Einrichtung Antibiotika verschreiben und/oder angewendet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Für die Einrichtung nicht relevant
5.7.7.1	Gibt es in der Einrichtung eine:n Antibiotika-Beauftragte:n oder eine Antibiotika-Kommission?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.7.7.2	Werden in der Einrichtung Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung umgesetzt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.7.7.3	Gibt es in der Einrichtung eine Erfassung des Antibiotika-Verbrauches?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

5.7.7.3.1	Wird in der Einrichtung regelmäßig stationsbasiert der Antibiotika-Verbrauch erhoben?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.7.8	Wird in der Einrichtung der Desinfektionsmittelverbrauch erhoben, z. B. von Händedesinfektionsmitteln?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.7.8.1	In welchen Intervallen?	<input type="radio"/> Jährlich <input type="radio"/> In längeren Abständen
Bericht über Hygiene (5.7.9)		
5.7.9	Wird in der Einrichtung ein Hygienebericht erstellt? <i>Damit ist ein eigener Bericht über die Hygienearbeit oder auch ein Kapitel in einem anderen Bericht gemeint, wie z. B. in einem Qualitätsbericht.</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.7.9.1	Wird dieser Hygienebericht veröffentlicht?	<input type="radio"/> Ja, der einrichtungseigene Bericht bzw. der Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes wird veröffentlicht. Link zum veröffentlichten Bericht: <input type="radio"/> Ja, es gibt allerdings zwei Versionen (eine für die interne Verwendung und eine für die Öffentlichkeit) Link zum veröffentlichten Bericht:. <input type="radio"/> Nein, der Bericht ist nur für die interne Verwendung oder für eine Meldung an Träger/Fonds/Land gedacht, ohne Publikation der Daten bzw. Informationen.
5.7.9.2	Wie häufig wird der Hygienebericht erstellt?	<input type="radio"/> Jährlich <input type="radio"/> In längeren Abständen
5.8 Impfstatus der Mitarbeiter:innen		
5.8.1	Gibt es in der Einrichtung einen Umsetzungsplan, um die österreichweiten Impfpfehlungen für das Gesundheitspersonal zu realisieren ("Empfehlung zu Impfungen für das Gesundheitspersonal")? <i>Vgl. Empfehlungen für Gesundheitspersonal</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.8.1.1	Gibt es eine schriftliche Vorgabe zum Thema Impfungen für Mitarbeiter:innen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.8.1.1.1	Welche schriftliche Vorgabe?	
5.8.1.2	Sind aus dem Umsetzungsplan konkrete Ziele abgeleitet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

5.8.1.3	<p>Welche Mitarbeiter:innen sind von dem Umsetzungsplan erfasst? (Mehrfachantworten möglich)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alle angestellten Mitarbeiter:innen (Stammpersonal) <input type="checkbox"/> Neu eintretende Mitarbeiter:innen <input type="checkbox"/> Auszubildende, Praktikantinnen bzw. Praktikanten, Zivildienstleistende <input type="checkbox"/> Dauerhaft eingesetzte "Leihmitarbeiter:innen", z. B. für Sicherheitsfirmen, Reinigung <input type="checkbox"/> Zeitweise eingesetzte "Leihmitarbeiter:innen", z. B. für Wartungen, Umbaumaßnahmen, Schulungen <input type="checkbox"/> Sonstige Mitarbeitergruppen
5.8.2	<p>Wird in der Einrichtung die aufrechte Immunität der Mitarbeiter:innen gegen Masern erhoben und dokumentiert?</p> <p><i>Als Masernimmunität ist die dokumentierte 2-malige Lebendimpfung oder positiver Antikörpernachweis im Serum oder zurückliegende, laborbestätigte Maserninfektion definiert.</i></p>	<p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</p>

5.8.2.1	Wie hoch ist der Anteil der jeweiligen Mitarbeiter:innen, die über eine aufrechte Immunität gegen Masern verfügen (Angabe in Prozent)?	Immunitätsrate bekannt?
	<input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Gehobene medizinisch-technische Dienste	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Hebammen	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Psychologischer Dienst	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Psychotherapeutischer Dienst	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Sozial-/Heilpädagogik	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Verwaltung	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Reinigungsdienst	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Sonstige Mitarbeitergruppe 1	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Sonstige Mitarbeitergruppe 2	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Sonstige Mitarbeitergruppe 3	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Sonstige Mitarbeitergruppe 4	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Sonstige Mitarbeitergruppe 5	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich

5.8.3	Wird in der Einrichtung die aufrechte Immunität der Mitarbeiter:innen gegen Varizellen erhoben und dokumentiert? <i>Als Varizellenimmunität bei Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen ist die dokumentierte, zweimalige Impfung gegen Varizellen oder ein positiver Antikörpernachweis definiert.</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
-------	--	---

5.8.3.1	Wie hoch ist der Anteil der jeweiligen Mitarbeiter:innen, die über eine aufrechte Immunität gegen Varizellen verfügen (Angabe in Prozent)?	Immunitätsrate bekannt?
	<input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Gehobene medizinisch-technische Dienste	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Hebammen	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Psychologischer Dienst	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Psychotherapeutischer Dienst	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Sozial-/Heilpädagogik	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Verwaltung	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Reinigungsdienst	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Sonstige Mitarbeitergruppe 1	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Sonstige Mitarbeitergruppe 2	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Sonstige Mitarbeitergruppe 3	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Sonstige Mitarbeitergruppe 4	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Sonstige Mitarbeitergruppe 5	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich

5.8.4	<p>Wird in der Einrichtung der aufrechte Impfschutz der Mitarbeiter:innen gegenüber Pertussis regelmäßig erhoben und dokumentiert?</p> <p><i>Als aufrechter Pertussis-Impfschutz ist bis zum vollendeten 60. Lebensjahr das Vorliegen einer dokumentierten Pertussisimpfung innerhalb der letzten 10 Jahre, ab dem vollendeten 60. Lebensjahr das Vorliegen einer dokumentierten Pertussisimpfung innerhalb der letzten 5 Jahre definiert.</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.8.4.1	<p>Wie oft wird der Impfschutz erhoben und dokumentiert?</p>	
	<input type="checkbox"/> Bei der Einstellung neuer Mitarbeiter:innen	
	<input type="checkbox"/> In folgenden Abständen	<input type="radio"/> alle 5 Jahre <input type="radio"/> alle 10 Jahre <input type="radio"/> in längeren Abständen
	<input type="checkbox"/> Im Anlassfall (Pertussis Erkrankungsfall)	

5.8.4.2	Wie hoch ist der Anteil der jeweiligen Mitarbeiter:innen, die über einen aufrechten Impfschutz gegen Pertussis verfügen (Angabe in Prozent)?	Immunitätsrate bekannt?
	<input type="checkbox"/> Ärztlicher Dienst	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpflegeberufe	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Gehobene medizinisch-technische Dienste	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Hebammen	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Psychologischer Dienst	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Psychotherapeutischer Dienst	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Sozial-/Heilpädagogik	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Verwaltung	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Reinigungsdienst	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Sonstige Mitarbeitergruppe 1	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Sonstige Mitarbeitergruppe 2	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Sonstige Mitarbeitergruppe 3	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Sonstige Mitarbeitergruppe 4	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
	<input type="checkbox"/> Sonstige Mitarbeitergruppe 5	<input type="radio"/> Ja, <input type="text"/> Prozent <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
5.8.5	Gibt es in der Einrichtung eine schriftliche Vorgabe zur Sicherstellung der Durchführung von Auffrischungsimpfungen im jeweils empfohlenen Intervall hinsichtlich Pertussis?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

5.8.6	Wird in der Einrichtung jährlich die Durchimpfungsrate gegen saisonale Influenza aller Mitarbeiter:innen erhoben und dokumentiert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.8.6.1	Wie hoch war die Durchimpfungsrate aller Mitarbeiter:innen gegen saisonale Influenza in der vergangenen abgeschlossenen Influenzasaison (Saison 2021/2022) (Angabe in Prozent)?	<input type="radio"/> Prozent <input type="text" value=""/> <input type="radio"/> Keine genaue Angabe möglich
5.9 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) <i>Im Fragebogen wird der Begriff "Patient/in" in Anlehnung an das Vorarlberger Patienten- und Klientenschutzgesetz § 2 (1) verwendet: "Patient im Sinne dieses Gesetzes ist eine Person, die Leistungen in einer Krankenanstalt in Anspruch nimmt oder in Anspruch genommen hat."</i>		
5.9.1	Ist das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert? <i>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.</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.9.2	Auf Basis welcher Daten/Auswertungen werden kontinuierliche Verbesserungen initiiert? (Mehrfachantworten möglich)*	<input type="checkbox"/> Patientenbefragungen <input type="checkbox"/> Mitarbeiterbefragungen <input type="checkbox"/> Interne/externe Audits oder Visitationen <input type="checkbox"/> Beschwerde-/Feedbackmanagement, Ombuds-/Beschwerdestelle <input type="checkbox"/> Risikomanagement, z. B. aus Fehlermelde- und Lernsystemen <input type="checkbox"/> Fälle von Personenschaden <input type="checkbox"/> Hygienedaten <input type="checkbox"/> Routinedaten, z. B. Abrechnungsdaten, Patientendaten, Kostendaten, Leistungsdaten <input type="checkbox"/> Controlling, z. B. Aufzeichnungen, Auswertungen, Berichte oder Planungen der Controlling-Abteilung, Balanced Scorecard (BSC) <input type="checkbox"/> Betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement <input type="checkbox"/> Patient-reported outcome measures (PROMs) <input type="checkbox"/> Sonstige

5.9.3	Welche weiteren Informationen fließen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess ein? Gespräche mit ... (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Patientenvertretungen/Patientenanwaltschaften <input type="checkbox"/> Sozialen Diensten/Pflegeheimen <input type="checkbox"/> Zuweiserinnen/Zuweiser <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen <input type="checkbox"/> Andere Krankenanstalten, z. B. stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Akutkrankenhäuser, Langzeitversorgungseinrichtungen <input type="checkbox"/> Sonstige Vertrags- und Kooperationspartner/Insitutionen
6. Anmerkungen (optional) <i>Im Fragebogen wird der Begriff "Patient/in" in Anlehnung an das Vorarlberger Patienten- und Klientenschutzgesetz § 2 (1) verwendet: "Patient im Sinne dieses Gesetzes ist eine Person, die Leistungen in einer Krankenanstalt in Anspruch nimmt oder in Anspruch genommen hat."</i>		
6.1	Ihre Anmerkungen und Anregungen (optional):	
7. Dateneingabe freigeben		
7.1	Daten für die Gesundheit Österreich GmbH freigeben <i>Der Fragebogen kann erst freigegeben werden, wenn er korrekt und vollständig ausgefüllt wurde.</i> <i>Um den Fragebogen nach freigegebener Dateneingabe während des Erhebungszeitraums erneut bearbeiten zu können, setzen Sie den Punkt "Dateneingabe freigeben" auf "NEIN" und klicken Sie auf speichern.</i> <i>Achtung: NACH dem Ende des Erhebungszeitraums ist eine Bearbeitung oder Änderung der Daten nicht mehr möglich.</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Anhang 2

Teilnehmende Krankenanstalten der Langzeitversorgung und
Genesung/Prävention, Berichtsjahr 2022

Krankenanstalten der LV/GEN/PRÄ nach Bundesländern und KA-Versorgungssektor

Bundesland	KA-Nr.	Name, Bezeichnung	KA-Versorgungssektor
Burgenland	K111	Heilpädagogisches Zentrum Rust	Langzeitversorgung
Kärnten	K225	Sonderkrankenanstalt Die Schrothkur, Obervellach	Genesung/Prävention
Niederösterreich	K357	Therapiezentrum Ybbs (Wiener Gesundheitsverbund)	Langzeitversorgung
Niederösterreich	K364	BVAEB Gesundheitseinrichtung Breitenstein	Genesung/Prävention
Niederösterreich	K381	Sonderkrankenanstalt Marienhof	Langzeitversorgung
Oberösterreich	K444	Sonderkrankenanstalt für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie	Langzeitversorgung
Salzburg	K540	Suchthilfe Klinik Salzburg	Langzeitversorgung
Salzburg	K551	Krankenhaus Abtenau	Langzeitversorgung
Salzburg	K563	Landeslinik St. Veit (gehört zu K533)	Langzeitversorgung
Steiermark	K629	Lebenswelten der Barmherzigen Brüder – Steiermark	Langzeitversorgung
Steiermark	K678	Pflegeanstalt für chronisch psychisch Kranke Neutillmitsch-Gralla	Langzeitversorgung
Vorarlberg	K863	Hospiz am See	Langzeitversorgung
Wien	K902	Anton Proksch Institut	Langzeitversorgung
Wien	K924	Wiener Gesundheitsverbund Pflege Baumgarten	Langzeitversorgung
Wien	K931	Haus der Barmherzigkeit Seeböckgasse	Langzeitversorgung
Wien	K939	Wiener Gesundheitsverbund Pflege Liesing	Langzeitversorgung
Wien	K951	Sanatorium Liebhartstal	Langzeitversorgung
Wien	K957	Wiener Gesundheitsverbund Pflege Donaustadt	Langzeitversorgung
Wien	K975	Haus der Barmherzigkeit Tokiostraße	Langzeitversorgung
Wien	K977	Wiener Gesundheitsverbund Pflege Meidling	Langzeitversorgung
Wien	K978	Wiener Gesundheitsverbund Pflege Leopoldstadt	Langzeitversorgung
Wien	K979	Wiener Gesundheitsverbund Pflege Simmering	Langzeitversorgung
Wien	K980	Wiener Gesundheitsverbund Pflege Rudolfsheim-Fünfhaus	Langzeitversorgung
Wien	K981	Wiener Gesundheitsverbund Pflege Innerfavoriten	Langzeitversorgung

Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

Anhang 3

Kriterien zur Erfüllung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement
und Erfüllungsgrad

Tabelle Anhang 3:

Kriterien zur Erfüllung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (MA an QM) und Erfüllungsgrad

Achtung: Die Ergebnisse in Prozent beziehen sich in der Tabelle bei allen Fragen zu den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement – d. h. auch bei den nachgeordneten Subfragen – auf die Grundgesamtheit der Einrichtungen (N = 24).

Nr.	Fragen zu MA an QM	Antwortmöglichkeit(en)	MA an QM erfüllt, wenn Antwort ...	Anteil der Einrichtungen, die die MA an das QM erfüllen (N = 24)
2.2	Ist in der Einrichtung eine Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt?*	1. Ja 2. Nein	1	79 % 19 KA
2.2.2	Wem wird die Qualitätsstrategie kommuniziert?*	1. Obere Führungsebene 2. Mittlere Führungsebene 3. Allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern	1 und/oder 2 und/oder 3	79 % 19 KA
2.2.4	Sind aus der Qualitätsstrategie konkrete Qualitätsziele abgeleitet?*	1. Ja 2. Nein	1	67 % 16 KA
2.2.4.1	Wie wirken sich die aus der Qualitätsstrategie abgeleiteten Ziele in der täglichen Arbeit aus?*(Mehrfachantworten möglich)	1. Qualitätsziele werden allen Mitarbeiterinnen bzw. 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	67 % 16 KA

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 3

Nr.	Fragen zu MA an QM	Antwortmöglichkeit(en)	MA an QM erfüllt, wenn Antwort ...	Anteil der Einrichtungen, die die MA an das QM erfüllen (N = 24)
3.1	Die QSK ist gesetzlich verankert. Sie besteht in der Einrichtung aus Vertreterinnen/Vertretern folgender Berufsgruppen/Bereiche:*(Mehrfachantworten möglich)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ärztlicher Dienst 2. Gesundheits- und Krankenpflegeberufe 3. Gehobene medizinisch-technische Dienste 4. Verwaltungsdienst 5. Qualitäts- und/oder Risikomanagement 6. Psychologischer Dienst 7. Psychotherapeutischer Dienst 8. Sozial-/Heilpädagogik 9. Hygieneteam 10. Träger 11. Betriebsrat/Personalvertretung 12. Sonstige 	<p>1 und 2 und 3 und 4</p> <p><i>Anmerkung: lt. Abstimmung mit der Rechtsabteilung des BMSGPK und Fachgruppe Versorgungsprozesse: Wenn die Beschäftigung der im KAKuG verankerten Berufsgruppen 1-4 nicht für den Betrieb der Krankenanstalt erforderlich ist, dann ist das KAKuG so auszulegen, dass die genannte Berufsgruppe nicht in der QSK vertreten sein muss. Dementsprechend erfolgte die Auswertung.</i></p>	<p>75 % 18 KA</p>
3.2	Gibt es eine Geschäftsordnung für die QSK?*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ja 2. Nein 	1	<p>67 % 16 KA</p>
3.5	Gibt es Protokolle zu den regelmäßigen Sitzungen der QSK?*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ja 2. Nein 	1	<p>83 % 20 KA</p>
3.6	Gibt es eine schriftliche Vorgabe, wie mit den Empfehlungen der QSK in der Einrichtung umzugehen ist?*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ja 2. Nein 	1	<p>54 % 13 KA</p>
3.9	Gibt es in den Abteilungen/Bereichen definierte Ansprechpartner:innen für Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Arbeit?*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ja 2. Nein 	1	<p>54 % 13 KA</p>

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 3

Nr.	Fragen zu MA an QM	Antwortmöglichkeit(en)	MA an QM erfüllt, wenn Antwort ...	Anteil der Einrichtungen, die die MA an das QM erfüllen (N = 24)
3.12	Wie wird sichergestellt, dass für alle Gesundheitsberufe der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist?*(Mehrfachantworten möglich)	<ol style="list-style-type: none"> 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	100 % 24 KA
3.13	Wie werden Mitarbeiter:innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert?*(Mehrfachantworten möglich)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elektronisches Dokumentenlenkungssystem 2. Bereitstellung im Intranet, u. a. Links zu Websites von Fachverbänden 3. E-Mail-Aussendungen des Trägers, der kollegialen Führung und/oder der (Geschäfts-)Leitung 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	100 % 24 KA
3.14	Sind die Mitarbeiter:innen nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert?*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ja 2. Nein 	1	100 % 24 KA
3.15	Sind patientenbezogene (elektronische) Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (z. B. durch Passwörter)?*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ja 2. Nein 	1	100 % 24 KA

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 3

Nr.	Fragen zu MA an QM	Antwortmöglichkeit(en)	MA an QM erfüllt, wenn Antwort ...	Anteil der Einrichtungen, die die MA an das QM erfüllen (N = 24)
3.16	Sind patientenbezogene (elektronische) Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt?*	1. Ja 2. Nein	1	100 % 24 KA
3.20	Werden sensible Betriebsmittel, wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch, Suchtgiftvignetten oder papiergebundene Daten, diebstahlgeschützt aufbewahrt?*	1. Ja 2. Nein	1	100 % 24 KA
3.21	Gibt es in der Einrichtung eine strukturierte Dokumentenlenkung?*	1. Ja 2. Nein	1	92 % 22 KA
5.1.1	Welche Leistungsprozesse/-abläufe sind in der Einrichtung schriftlich definiert?*(Mehrfachantworten möglich)	1. Aufnahmemanagement 2. Entlassungsmanagement 3. Hygienemanagement 4. Schmerzmanagement 5. Dekubitusprävention 6. Sturzprävention 7. Prävention von Mangelernährung 8. Management von Medikationssicherheit (z. B. Polypharmazie, PIM) 9. Management von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen 10. 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 (mind. 3 Mehrfachantworten)	100 % 24 KA
5.1.2	Ist ein Konzept für einrichtungsinterne medizinische Notfälle ausgearbeitet?*	1. Ja 2. Nein	1	83 % 20 KA
5.1.4	Gibt es ein Schulungskonzept, um Mitarbeiter:innen für einrichtungsinterne medizinische Notfälle zu schulen?*	1. Ja 2. Nein	1	79 % 19 KA
5.1.4.1	Sind die Mitarbeiter:innen entsprechend ihrem Einsatzgebiet nachweislich geschult?*	1. Ja, alle Mitarbeiter:innen 2. Ja, nur ein Teil der Mitarbeiter:innen 3. Nein	1	50 % 12 KA

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 3

Nr.	Fragen zu MA an QM	Antwortmöglichkeit(en)	MA an QM erfüllt, wenn Antwort ...	Anteil der Einrichtungen, die die MA an das QM erfüllen (N = 24)
5.3.5	Werden Patientinnen bzw. Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht?*	1. Ja 2. Nein	1	96 % 23 KA
5.3.7	Werden in Ihrer Einrichtung regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt?	1. Ja 2. Nein	1	79 % 19 KA
5.3.7.2	Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?*	1. Ja 2. Nein	1	75 % 18 KA
5.3.8	Ist die Einrichtung barrierefrei zugänglich?*	1. Ja 2. Nein	1	88 % 21 KA
5.3.10	Sind Informationen über die Erreichbarkeit und bauliche Barrierefreiheit der Einrichtung öffentlich verfügbar (Website, Informationsfolder u. Ä.)?*	1. Ja 2. Nein	1	79 % 19 KA
5.5.1	Werden in der Einrichtung regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durchgeführt?*	1. Ja 2. Nein	1	75 % 18 KA
5.5.2	Werden in der Einrichtung regelmäßig strukturierte Mitarbeitergespräche geführt?*	1. Ja 2. Nein	1	92 % 22 KA
5.5.3	Gibt es in der Einrichtung ein Personalentwicklungskonzept?*	1. Ja 2. Nein	1	67 % 16 KA
5.5.4	Werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche der Mitarbeiter:innen regelmäßig ermittelt?*	1. Ja 2. Nein	1	92 % 22 KA
5.5.5	Werden Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter:innen strukturiert erfasst?*	1. Ja, für alle Mitarbeiter:innen 2. Ja, für einzelne Mitarbeitergruppen 3. Nein	1	83 % 20 KA

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 3

Nr.	Fragen zu MA an QM	Antwortmöglichkeit(en)	MA an QM erfüllt, wenn Antwort ...	Anteil der Einrichtungen, die die MA an das QM erfüllen (N = 24)
5.5.7.1	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 (neue Mitarbeiter:innen) 2. Nach längerer Abwesenheit (der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters) 3. Beim Einsatz neuer Geräte 4. Sonstiges	1 und 2 und 3	43 % ⁵³ 9 KA ⁵³
5.6.1	Gibt es in der Einrichtung ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement)?*	1. Ja 2. Nein	1	54 % 13 KA
5.6.2	Werden Instrumente des Risikomanagements in der Einrichtung verwendet?*	1. Ja 2. Nein	1	67 % 16 KA
5.6.4	Werden Mitarbeiter:innen mithilfe eines standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken bei Patientinnen bzw. Patienten informiert, z. B. über Allergien, Desorientierung?*	1. Ja 2. Nein	1	67 % 16 KA

Fortsetzung nächste Seite

⁵³

3 Einrichtungen gaben an, dass keine medizinische Geräte gemäß Medizinproduktegesetz im Einsatz sind. Diese sind im Ergebnis nicht berücksichtigt.

Fortsetzung Tabelle Anhang 3

Nr.	Fragen zu MA an QM	Antwortmöglichkeit(en)	MA an QM erfüllt, wenn Antwort ...	Anteil der Einrichtungen, die die MA an das QM erfüllen (N = 24)
5.9.2	Auf Basis welcher Daten/ Auswertungen werden kontinuierliche Verbesserungen initiiert? (Mehrfachantworten möglich)*	<ol style="list-style-type: none"> 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. Hygienesystemen 8. Routinedaten, z. B. Abrechnungsdaten, Patientendaten, Kostendaten, Leistungsdaten 9. Controlling, z. B. Aufzeichnungen, Auswertungen, Berichte oder Planungen der Controlling-Abteilung, Balanced Scorecard (BSC) 10. Betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement 11. Patient-reported outcome measures (PROMs) 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 (mind. 3 Mehrfachantworten)	88 % 21 KA

*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform