

**Zielsteuerung-Gesundheit**

Bund • Länder • Sozialversicherung



# Qualitätssysteme in Krankenanstalten der Akutversorgung

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 Akutversorgung. 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.<sup>in</sup> 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](http://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.

Im Jahr 2023 führte die GÖG zum vierten Mal die verpflichtende Berichterstattung über Qualitätssysteme in Krankenanstalten der Akutversorgung (Berichtsjahr 2022) durch. Zeitgleich fand auch die Berichterstattung für Einrichtungen der stationären Rehabilitation sowie der Langzeitversorgung und Genesung/Prävention statt.

## Methode

Um neuen Herausforderungen gerecht zu werden, wurde der Fragebogen zur Erhebung der Qualitätssysteme in Einrichtungen der Akutversorgung 2022 von einer Expertengruppe überprüft, zum Teil adaptiert und erweitert.

Anfang 2023 wurden alle 170 Krankenanstalten der Akutversorgung kontaktiert und zur gesetzlich verpflichtenden Teilnahme an der Datenerhebung zum Datenjahr 2022 gebeten. Die Erhebungsphase wurde mit einer 100-prozentigen Teilnahmequote im Mai 2023 abgeschlossen.

Die auf Selbstbewertungen der Einrichtungen basierenden Daten sind auf aggregierter Ebene für alle Krankenanstalten der Akutversorgung dargestellt. Dafür wurden im vorliegenden Bericht überwiegend Häufigkeitsauszählungen und Prozentanteile berechnet. Zudem wurden die Ergebnisse aus dem Berichtsjahr 2022 den Ergebnissen – sofern möglich – aus den Jahren 2012, 2015 und 2017 gegenübergestellt, um so Veränderungen zu dokumentieren.

## Ergebnisse

Die Erhebung zeigt, dass die befragten 170 Krankenanstalten der Akutversorgung im Rahmen ihrer Qualitätsarbeit vielfältige Maßnahmen setzen. Nachfolgende Tabelle gibt einen knappen Überblick<sup>1</sup> über ausgewählte wichtige Aktivitäten und den Grad ihrer Umsetzung in den Einrichtungen:

---

<sup>1</sup>

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

<b>Strategie &amp; Struktur der Qualitätsarbeit</b>	Leitbild	97 %
	Qualitätsstrategie*	96 %
	Geschäftsordnung für die Qualitätssicherungskommission*	94 %
	Ansprechpartner:innen für Qualitäts- und/oder Risikomanagementarbeit in den Abteilungen/Bereichen*	89 %
	Datenschutzbeauftragte:r	99 %
	Digitalisierungsbeauftragte:r	69 %
	Beauftragte:r zur Einhaltung von Sicherheitsvorschriften der IT	96 %
	strukturierte Dokumentenlenkung*	91 %
	Projekte/Maßnahmen zur Optimierung der Dokumentationsqualität	99 %
	einrichtungswieites Qualitätsmodell	82 %

<b>Prozesse</b>	Konzept für einrichtungsinterne medizinische Notfälle*	100 %
	Schulungskonzept, um Mitarbeiter:innen für einrichtungsinterne medizinische Notfälle zu schulen*	99 %
	strukturiertes Aufnahmemanagement	94 %
	Erhebung des Ernährungsstatus von Patientinnen bzw. Patienten	87 %
	standardisierter Betreuungsprozess mangelernährter Patientinnen bzw. Patienten	75 %
	kontinuierlicher Verbesserungsprozess	91 %

<b>Patientenorientierung &amp; Beschwerdemanagement</b>	Unterstützung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen bzw. Patienten	98 %
	Mitarbeiterschulungen zur patientenzentrierten Gesprächsführung	76 %
	Einbindung von Selbsthilfegruppen	68 %
	Mitarbeiterschulungen zum Thema Patientenrechte	63 %
	Patientenbefragungen*	98 %
	barrierefreier Zugang zur Einrichtung*	99 %
	öffentliche Informationen über die Erreichbarkeit und bauliche Barrierefreiheit (Website, Informationsfolder u. Ä.)*	87 %
	strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement	97 %
	strukturiertes Ableiten von Maßnahmen aus Vorschlägen und Beschwerden	98 %

<b>Mitarbeiterorientierung</b>	Mitarbeiterbefragungen*	89 %
	strukturierte Mitarbeitergespräche*	98 %
	Personalentwicklungskonzept*	88 %
	Erhebung des Qualifizierungsbedarfs / der Qualifizierungswünsche der Mitarbeiter:innen*	98 %
	Erfassen von Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter:innen*	99 %
	zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter:innen	91 %
	betriebliche Gesundheitsförderung / betriebliches Gesundheitsmanagement	86 %
	betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter:innen	87 %

<b>Risikomanagement, Patienten- &amp; Mitarbeitersicherheit</b>	Risikomanagement*	96 %
	Verwendung von Risikomanagement-Instrumenten*	98 %
	Interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit	45 %
	Aus- und Fortbildungen zur Risikokommunikation für Mitarbeiter:innen	74 %
	strukturiertes Feedback an betroffene Patientinnen bzw. Patienten, bei unerwünschten Ereignissen oder Fehlern	73 %
	Mitarbeiterschulungen/-fortbildungen zur Patientensicherheit	91 %

<b>Krankenhaus- hygiene</b>	Orientierung der Krankenhaushygiene am bundesweiten Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene	99 %
	Hygienekommission (zusätzlich zum Hygieneteam)	77 %
	Teilnahme an Hygieneprojekten	76 %
	Antibiotika-Beauftragte:n oder eine Antibiotika-Kommission	69 %
	Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung	61 %
	Erfassung des Antibiotika-Verbrauches	76 %
	Erhebung des Desinfektionsmittelverbrauchs	92 %
	Erstellung eines Hygieneberichts	95 %

<b>Impfstatus Mitarbeiter:innen</b>	Plan zur Umsetzung der Impfpfehlungen für das Gesundheitspersonal	87 %
	Erhebung und Dokumentation der Immunität gegen Masern	76 %
	Erhebung und Dokumentation der Immunität gegen Varizellen	71 %
	Erhebung und Dokumentation des Impfschutzes gegenüber Pertussis	40 %
	Erhebung und Dokumentation der Durchimpfungsrate hinsichtlich saisonaler Influenza	64 %

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 integriert<sup>2</sup>. Die Ergebnisse zeigen, dass sich der Erfüllungsgrad der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement seit der letzten verpflichtenden Qualitätsberichterstattung im Jahr 2017 gesteigert hat. Waren es im Berichtsjahr 2017 noch 66 Prozent der Einrichtungen, die zumindest 90 Prozent der Mindestanforderungen erfüllten, waren es im Berichtsjahr 2022 bereits 86 Prozent.

Die Bemühungen der Einrichtungen kontinuierlich ihre Qualitätsarbeit voranzutreiben, zeigt sich auch bei der Gegenüberstellung der Ergebnisse mit den vorangegangenen Erhebungsjahren. Beim überwiegenden Teil der 66 Fragen, die für einen Vergleich herangezogen werden können, kam es zu einer Verbesserung der Ergebnisse, d. h. jener Anteil der Krankenanstalten der Akutversorgung, die diese Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, ist gestiegen und die Prozentwerte im Jahr 2022 liegen über den Ausgangswerten von 2012, 2015 und/oder 2017<sup>3</sup>.

<sup>2</sup>

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

<sup>3</sup>

Eine Zusammenfassung der Gegenüberstellung der Ergebnisse aus den Berichtsjahren 2022, 2017, 2015 und 2012 sind im Abschnitt 4 zu finden, die gesamte Liste mit allen Fragen und Ergebnissen im Anhang 4.

## **Schlussfolgerungen**

Der vorliegende – nunmehr vierte – Bericht über Qualitätssysteme in Krankenanstalten der Akutversorgung bietet eine bundesweite Zusammenschau der Qualitätsaktivitäten und dokumentiert deren Entwicklung. Auf Basis der Ergebnisse sollen Einrichtungen und deren Träger eine Analyse durchführen, um Verbesserungspotenziale oder unerfüllte Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement zu identifizieren. Darauf aufbauend sollten gezielte Schritte unternommen und Maßnahmen ergriffen werden, um Verbesserungen einzuleiten und umzusetzen. Die Veröffentlichung des vorliegenden Berichts gewährt zudem der interessierten Öffentlichkeit Einblicke in die Qualitätssysteme in den Krankenanstalten der Akutversorgung.

## **Schlüsselwörter**

Qualitätsberichterstattung, Qualitätsplattform, Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement, Akutversorgung

# Summary

## Background

In Austria, hospitals are legally obligated 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](http://www.qualitaetsplattform.at). Additionally, minimum requirements for quality management, defined in 2014, are also integrated into the questionnaire for hospitals.

In 2023, the Austrian Public Health Institute, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), carried out for the fourth time the reporting on quality systems in hospitals for the 2022 reporting year.

## Method

To address new challenges, in 2022, the questionnaire for the survey of quality systems in hospitals was revised, partially adapted, and expanded by a group of experts. At the beginning of 2023, all 170 hospitals were contacted and requested to participate in the mandatory reporting, which is based on self-assessment of the facility. The survey was completed in May 2023 with a 100 percent participation rate.

The collected data of all hospitals was then anonymized, evaluated, and summarized in the present Austria-wide report. In addition, the results from the 2022 reporting year were partially compared with the results from 2012, 2015 and 2017 in order to document changes.

## Results

The results show that hospitals make a variety of efforts to constantly improve their quality of care. This applies, for example, to the quality models implemented, employee orientation, the structured approach to dealing with risks, critical incidents, and errors (risk management), hygiene activities and the continuous improvement process. The degree of fulfillment with the minimum requirements for quality management has also increased. While 66 percent of all hospitals met at least 90 percent of the minimum requirements in the last mandatory reporting year 2017, this figure had already risen to 86 percent by the 2022 reporting year. Nevertheless, possible improvements can be found in various areas, such as medication safety and the rational use of antibiotics, the definition of processes for the care of malnourished patients and the implementation of a standardized end-of-life procedure.

## **Discussion**

This report provides a comprehensive overview of quality work in hospitals and highlights developments in quality activities. In addition, the data is made available to participating facilities, institutional owners, and representatives of the federal states via an access-protected online tool, which also allows the data to be viewed in more detail. This allows participants to compare themselves with aggregated results in order to identify any improvements for their own institution(s). The publication of this report also provides the interested public an insight into the quality systems in hospitals.

## **Keywords**

Quality reporting, quality platform, minimum requirements for quality management, hospitals, clinic



# Inhalt

Kurzfassung .....	III
Summary .....	VII
Inhalt .....	IX
Abbildungen.....	X
Tabellen .....	XI
Abkürzungen.....	XIII
1 Einleitung .....	1
2 Methode .....	3
2.1 Überarbeitung des Fragebogens.....	3
2.2 Teilnehmende Krankenanstalten der Akutversorgung .....	4
2.3 Datenerhebung .....	8
2.4 Datenauswertung und Datendarstellung .....	8
3 Ergebnisse für das Berichtsjahr 2022 .....	12
3.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit .....	12
3.2 Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit .....	13
3.3 Qualitätsmodelle.....	21
3.4 Qualitätsarbeit .....	23
3.4.1 Prozesse .....	23
3.4.2 OP-Organisation .....	25
3.4.3 Bericht über die Qualitätsarbeit .....	26
3.4.4 Patientenorientierung .....	27
3.4.5 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen bzw. Patienten .....	30
3.4.6 Mitarbeiterorientierung .....	31
3.4.7 Risikomanagement/Patienten- und Mitarbeitersicherheit .....	34
3.4.8 Krankenhaushygiene .....	37
3.4.9 Impfstatus der Mitarbeiter:innen .....	40
3.4.10 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) .....	42
3.5 Ergebnisse hinsichtlich der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement .....	43
4 Gegenüberstellung der Ergebnisse aus den Berichtsjahren 2022, 2017, 2015 und 2012.....	46
5 Diskussion, Limitationen und Schlussfolgerungen .....	48
Literatur .....	51
Anhang .....	53
Anhang 1.....	55
Anhang 2.....	67
Anhang 3.....	75
Anhang 4.....	85

# Abbildungen

Abbildung 3.1: Einrichtungen, die eine fixe Zahl ermitteln können: Anzahl der Vollzeitäquivalente für die einrichtungsweite Koordination von Qualitäts- und Risikomanagementarbeit – nach Krankenhausstyp (137 von 170 Krankenhäusern der Akutversorgung) .....	16
Abbildung 3.2: Einrichtungen, die eine fixe Zahl ermitteln können: Anzahl der Mitarbeiter:innen mit spezieller Qualitätsmanagementausbildung – nach Krankenhausstyp: Sanatorium/Sonder-/ Standardkrankenanstalt (60 von 131 Krankenhäusern der Akutversorgung) .....	17
Abbildung 3.3: Einrichtungen, die eine fixe Zahl ermitteln können: Anzahl der Mitarbeiter:innen mit spezieller Qualitätsmanagementausbildung – nach Krankenhausstyp: Schwerpunkt-/ Zentralkrankenanstalt (13 von 39 Krankenhäusern der Akutversorgung) .....	18
Abbildung 3.4: Einrichtungen, die eine fixe Zahl ermitteln können: Anzahl der Mitarbeiter:innen mit spezieller Risikomanagementausbildung – nach Krankenhausstyp: Sanatorium/Sonder-/ Standardkrankenanstalt (74 von 131 Krankenhäusern der Akutversorgung) .....	19
Abbildung 3.5: Einrichtungen, die eine fixe Zahl ermitteln können: Anzahl der Mitarbeiter:innen mit spezieller Risikomanagementausbildung – nach Krankenhausstyp: Schwerpunkt-/ Zentralkrankenanstalt (20 von 39 Krankenhäusern der Akutversorgung) .....	20

# Tabellen

Tabelle 2.1:	Krankenanstellen der Akutversorgung, die von der Qualitätsberichterstattung ausgenommen sind (für das Berichtsjahr 2022) .....	5
Tabelle 2.2:	Anzahl der Krankenanstellen der Akutversorgung nach Einzelstandorterfassung und der Standorte der erfassten Mehrfachstandortkrankenanstellen (Mehrfachstandort-KA) je Bundesland und nach Krankenhausstyp .....	7
Tabelle 2.3:	Krankenanstellen der Akutversorgung mit integrierten Krankenanstellen der Langzeitversorgung (für das Berichtsjahr 2022).....	8
Tabelle 3.1:	Fragenblock 2. Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit; Anteil und Anzahl der Krankenanstellen der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170).....	12
Tabelle 3.2:	Fragenblock 3. Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit; Anteil und Anzahl der Krankenanstellen der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170).....	13
Tabelle 3.3:	Fragenblock 4. Qualitätsmodelle; Anteil und Anzahl der Krankenanstellen der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170).....	21
Tabelle 3.4:	Qualitätsmodelle, die in den Krankenanstellen der Akutversorgung implementiert sind (207 Nennungen von 139 Einrichtungen).....	22
Tabelle 3.5:	Zumindest ein implementiertes Qualitätsmodell für die gesamte Einrichtung nach Krankenhausstyp.....	22
Tabelle 3.6:	Fragenblock 5.1 Prozesse; Anteil und Anzahl der Krankenanstellen der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170).....	23
Tabelle 3.7:	Fragenblock 5.2 OP-Organisation; Anteil und Anzahl der Krankenanstellen der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170).....	25
Tabelle 3.8:	Fragenblock 5.3 Bericht über die Qualitätsarbeit; Anteil und Anzahl der Krankenanstellen der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170).....	26
Tabelle 3.9:	Fragenblock 5.4 Patientenorientierung; Anteil und Anzahl der Krankenanstellen der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170).....	27
Tabelle 3.10:	Fragenblock 5.5. Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen bzw. Patienten; Anteil und Anzahl der Krankenanstellen der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170).....	30

Tabelle 3.11: Fragenblock 5.6 Mitarbeiterorientierung; Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170).....	31
Tabelle 3.12: Fragenblock 5.7 Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit; Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170) .....	34
Tabelle 3.13: Fragenblock 5.8 Krankenhaushygiene; Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170).....	37
Tabelle 3.1: Fragenblock 5.9 Impfstatus der Mitarbeiter:innen; Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170).....	40
Tabelle 3.15: Fragenblock 5.10 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP); Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170).....	42
Tabelle 3.16: Erfüllungsgrad der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM) (N = 170) .....	44

# Abkürzungen

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
ANISS	Surveillance von postoperativen Wundinfektionen
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
gem.	gemäß
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
Hand-KISS	Surveillance des Händedesinfektionsmittelverbrauches
ISO	International Organization for Standardization
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KVP	kontinuierlicher Verbesserungsprozess
MA	Mitarbeiter:in(nen)
N	Umfang der Grundgesamtheit
n	Teilmenge der Grundgesamtheit
OP-KISS	Infektions-Surveillance von operierten Patientinnen bzw. Patienten
pCC	proCum Cert GmbH
QM	Qualitätsmanagement
QM-System	Qualitätsmanagementsystem
RM	Risikomanagement
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
WHO	World Health Organization



# 1 Einleitung

Seit 2010 betreibt die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur die Website [www.qualitaetsplattform.at](http://www.qualitaetsplattform.at). Dabei handelt es sich um eine überwiegend zugangsgeschützte Website, über die die regelmäßig stattfindende Qualitätsberichterstattung für Krankenanstalten ermöglicht wird. Einrichtungen werden 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 verpflichtet, an der österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen. Somit sind neben den Krankenanstalten der Akutversorgung und der stationären Rehabilitation, auch Krankenanstalten der Langzeitversorgung und Genesung/Prävention sowie selbstständige Ambulatorien regelmäßig dazu aufgerufen den Fragebogen auszufüllen. In den Jahren zwischen den verpflichtenden Qualitätsberichterstattungen haben die Krankenanstalten der Akutversorgung und der stationären Rehabilitation die Möglichkeit den Fragebogen auf freiwilliger Basis für das vorangegangene Berichtsjahr auszufüllen.

Die Ergebnisse aus der verpflichtenden Erhebung werden in österreichweiten Berichten veröffentlicht. Diese können im öffentlichen Servicebereich<sup>4</sup> der Qualitätsplattform heruntergeladen werden. Seit 2016 werden zudem ausgewählte aggregierte Ergebnisse der Einrichtungen der Akutversorgung auf der vom BMSGPK betriebenen Website [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at) integriert und veröffentlicht. Die Kliniksuche hat zum Ziel, die Bevölkerung in ihrer Entscheidungsfindung in Bezug auf die Auswahl der richtigen Klinik und in der Vorbereitung auf den geplanten Krankenhausaufenthalt zu unterstützen.

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.

Im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur führte die GÖG 2023 zum vierten Mal die verpflichtende Berichterstattung über Qualitätssysteme in Einrichtungen der Akutversorgung (Berichtsjahr 2022) durch. Zeitgleich wurde auch in Krankenanstalten der stationären Rehabilitation und der Langzeitversorgung und Genesung/Prävention die Befragung durchgeführt.

Im vorliegenden Bericht werden die Ergebnisse aus der Befragung in Abschnitten analog zum Fragebogen nach strategischer und struktureller Verankerung der Qualitätsarbeit, den Qualitätsmo-

---

4

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

dellen und der Qualitätsarbeit gegliedert. Anschließend sind die Ergebnisse der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement beschrieben. In Kapitel vier werden die aktuellen Ergebnisse den Daten der letzten verpflichtenden Erhebungen 2012, 2015 und 2017 gegenübergestellt, sofern Frageformulierungen und Antwortoptionen ident geblieben sind.



## 2 Methode

Die Erhebung der Qualitätssysteme in Einrichtungen der Akutversorgung erfolgt über die Beantwortung eines Onlinefragebogens (Selbstbewertung), der den betroffenen Krankenanstalten über den zugangsgeschützten Bereich der Website [www.qualitaetsplattform.at](http://www.qualitaetsplattform.at) zur Verfügung gestellt wird.

### 2.1 Überarbeitung des Fragebogens

Qualitätsanforderungen unterliegen einem ständigen Wandel. Neue Anpassungen oder Herausforderungen können sich ergeben oder auch wegfallen. Aus diesem Grund werden die Fragen im Fragebogen zur Erhebung der Qualitätssysteme in Krankenanstalten der Akutversorgung regelmäßig geprüft, gegebenenfalls adaptiert oder erweitert. Grundsätzlich wird jedoch darauf geachtet, bestehende Fragen – sofern sinnvoll – nicht zu verändern, damit die Weiterentwicklung der Qualitätssysteme über die Jahre der Berichtserhebung dokumentiert werden kann.

Die letzte Überarbeitung des Fragebogens fand im Jahr 2022 durch eine Expertengruppe<sup>5</sup> (bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern des BMSGPK, der Bundesländer, der Landesgesundheitsfonds, der Sozialversicherung und weiteren Fachexpertinnen und -experten, vgl. Impressum) statt. Der daraus resultierende Fragebogen wurde in das entscheidende Gremium der Zielsteuerung-Gesundheit, die Fachgruppe Versorgungsprozesse (FG VP) (vgl. BMSGPK) eingebracht und dort abgenommen. Bei dieser Überarbeitung wurden neben leichten Adaptierungen (für eine klarere und einheitliche Fragestellung) insgesamt 15 Fragen und fünf Subfragen (vertiefende Fragen) neu aufgenommen. Diese werden in den Tabellen bzw. im Text mit „neue Frage“ ausgewiesen. Zudem wurden nachfolgende zwei Fragen aus dem Fragebogen entfernt:

- » „Werden Maßnahmen zur Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung durchgeführt?“ Begründung: Die Frage wurde durch detailliertere Fragen zur patientenzentrierten Gesprächsführung ersetzt.
- » „Die Überwachung von nosokomialen Infektionen mithilfe eines Surveillance-Systems ist gesetzlich verankert. Welches System wird / welche Systeme werden in der Einrichtung verwendet?“ Begründung: Diese Inhalte können über das Projekt A-HAI (bundesweite Erfassung der Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen)<sup>6</sup> generiert werden.

Neben den oben genannten Änderungen wurde seit dem freiwilligen Berichtsjahr 2019 in Abstimmung mit dem BMSGPK und der Fachgruppe Versorgungsprozesse der Fragenblock „Impfstatus

---

5

Alle Mitglieder der Expertengruppe Qualitätsplattform sind im Impressum angeführt.

6

vgl. A-HAI: [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Antimikrobielle-Resistenzen-und-Gesundheitssystem-assoziierte-Infektionen/Gesundheitssystem-assoziierte-Infektionen/Bundesweite-Erfassung-der-Gesundheitssystem-assoziierten-Infektionen-\(A-HAI\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Antimikrobielle-Resistenzen-und-Gesundheitssystem-assoziierte-Infektionen/Gesundheitssystem-assoziierte-Infektionen/Bundesweite-Erfassung-der-Gesundheitssystem-assoziierten-Infektionen-(A-HAI).html)

der Mitarbeiter:innen“ aufgenommen. Die darin enthaltenen sechs Fragen und sieben Subfragen erfassen u. a. detailliert die Immunitätsraten großer Mitarbeitergruppen von den nachfolgenden vier impfpräventablen Infektionskrankheiten: Masern, Varizellen, Pertussis, saisonale Influenza.

Zudem wurde von der Expertengruppe entschieden, dass die Frage zur Mindestanforderung an Qualitätsmanagement „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)?“ den Status einer Mindestanforderung verliert. Begründet wird dies damit, dass durch die gesetzliche Verpflichtung zur Teilnahme an der Qualitätsberichterstattung die Mindestanforderung aufgehoben wird. Die Frage selbst bleibt jedoch im Fragebogen bestehen.

Der Fragebogen zur Erhebung der Qualitätssysteme in Krankenanstalten der Akutversorgung umfasst im Berichtsjahr 2022 rund 90 Fragen, ohne Subfragen, d. h. vertiefende Fragen, die spezifische Aspekte der übergeordneten Frage beleuchten. Der neu überarbeitete Fragebogen ist auf der Website der Qualitätsplattform im öffentlich zugänglichen Servicebereich<sup>7</sup> zu finden.

## 2.2 Teilnehmende Krankenanstalten der Akutversorgung

Das BMSGPK führt und veröffentlicht eine Liste der bettenführenden Krankenanstalten in Österreich gemäß Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (vgl. KAKuG) über seine Webseite<sup>8</sup>. Jede Krankenanstalt ist mit einer Krankenanstaltennummer identifizierbar. Laut diesem Krankenanstaltenverzeichnis (vgl. BMSGPK 2023) gibt es in Österreich mit Stand Oktober 2022 insgesamt 270 Krankenanstalten. Von diesen 270 Einrichtungen sind 155 Krankenanstalten der Akutversorgung zugeordnet.

Für die Erhebung der Qualitätssysteme in Krankenanstalten der Akutversorgung und für die Darstellung der Ergebnisse im vorliegenden Bericht wurde nachfolgende Ausnahmeregelung abgestimmt und festgelegt (vgl. Tabelle 2.1):

Sieben gelistete Krankenanstalten der Akutversorgung werden nicht als Teil der gesetzlich verpflichtenden Qualitätsberichterstattung erfasst. Dazu zählen folgende Krankenanstalten der Akutversorgung:

---

<sup>7</sup>

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

<sup>8</sup>

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

Tabelle 2.1:

Krankenanstellen der Akutversorgung, die von der Qualitätsberichterstattung ausgenommen sind (für das Berichtsjahr 2022)

<b>Krankenanstellen der Akutversorgung laut Krankenanstellenverzeichnis des BMSGPK</b>	<b>155</b>
K204 Gailtal-Klinik Hermagor – Abteilung von K232 KABEG Gailtalklinik (stationäre Rehabilitation)	-1
K228 Sonderkrankeanstalt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie Warmbad-Villach – Abteilung von K216 Landeskrankenhaus Villach (Akutkrankeanstalt)	-1
K414 Sanitätsanstalt Hörsching des Militärkommandos Oberösterreich	-1
K616 Sanitätszentrum Süd / Feldambulanz	-1
K724 heeres eigene Sonderkrankeanstalt Innsbruck	-1
K927 Sonderkrankeanstalt der Justizanstalt Wien-Josefstadt	-1
K933 Heereskrankeanstalt Wien	-1
<b>Differenz</b>	<b>148</b>

Quelle und Darstellung: BMSGPK/GÖG, Qualitätsplattform

Die ersten zwei Einrichtungen (K204, K228) sind Teil einer Krankeanstalt (Abteilung) und vollständig in das Qualitätssystem dieser übergeordneten Krankeanstalt integriert. Im Rahmen der Qualitätsberichterstattung werden sie somit gemeinsam mit der übergeordneten Krankeanstalt abgebildet. Die weiteren fünf Einrichtungen (K414, K616, K724, K927, K933) besitzen einen Sonderstatus und sind entweder dem Bundesministerium für Justiz, Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen oder dem Bundesministerium für Landesverteidigung, Kommando Einsatzunterstützung, Abteilung Militärisches Gesundheitswesen zugeordnet. Auch diese Krankeanstalten nahmen nicht an der Berichterstattung teil.

### Mehrfachstandortkrankeanstalten

Es gibt 25 Mehrfachstandortkrankeanstalten, mit insgesamt 56 Einzelstandorten. Neu für das Berichtsjahr 2022 ist auf Beschluss der Fachgruppe Versorgungsprozesse, dass Mehrfachstandortkrankeanstalten nach Möglichkeit als Einzelstandorte erfasst werden sollen. Trägereinrichtungen konnten jedoch Ausnahmen definieren und Einzelstandorte zusammengefasst im Verbund erfassen, wenn in der Praxis die Organisation des Qualitätssystems zentral für alle Einzelstandorte erfolgt. Diese Möglichkeit wurde von insgesamt sechs Mehrfachstandortkrankeanstalten (mit 15 Einzelstandorten) wahrgenommen, die daher nur jeweils einen Fragebogen ausfüllten.

Die restlichen 19 Mehrfachstandortkrankeanstalten mit insgesamt 41 Einzelstandorten nahmen an der Qualitätsberichterstattung auf Einzelstandortebene teil. Das bedeutet, dass ein Fragebogen für jeden Einzelstandort ausgefüllt wurde. Daraus resultieren in Summe 170 Krankeanstalten der Akutversorgung, die zur Qualitätsberichterstattung eingeladen wurden.

## Krankenanstaltentypen laut Krankenanstaltenverzeichnis

Krankenanstalten der Akutversorgung werden laut Krankenanstaltenverzeichnis des BMSGPK<sup>9</sup> folgenden fünf Krankenanstaltentypen zugeordnet:

- » Zentralkrankenanstalt
- » Schwerpunktkrankenanstalt
- » Standardkrankenanstalt
- » Sonderkrankenanstalt
- » Sanatorium

**Hinweis für die Auswertungen zu den Krankenanstaltentypen:** Einzelstandorte von Mehrfachstandortkrankenanstalten wurden jenem Krankenanstaltentyp zugewiesen, der auch für die Mehrfachstandortkrankenanstalt gilt, da lt. BMSGPK für die jeweiligen Standorte keine eigene Bewilligung zum Krankenanstaltentyp vorliegen

---

9

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

Tabelle 2.2:

Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung nach Einzelstandorterfassung und der Standorte der erfassten Mehrfachstandortkrankenanstalten (Mehrfachstandort-KA) je Bundesland und nach Krankenanstaltentyp

Bundesland/ Krankenanstaltentyp	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Summe
<b>Zentralkrankenanstalt</b>										
Einzelstandorterfassung	0	0	0	1	2	1	1	0	1	6
Standorte der erfassten Mehrfachstandort-KA			2							2
<b>Schwerpunktkrankenanstalt</b>										
Einzelstandorterfassung	2	1	6	7	0	0	0	1	8	25
Standorte der erfassten Mehrfachstandort-KA			2		2	2				6
<b>Standardkrankenanstalt</b>										
Einzelstandorterfassung	3	5	7	4	4	6	7	3	5	44
Standorte der erfassten Mehrfachstandort-KA		2	5		2	16			2	27
<b>Sonderkrankenanstalt</b>										
Einzelstandorterfassung	0	4	3	2	2	3	1	3	4	22
Standorte der erfassten Mehrfachstandort-KA						2	2		2	6
<b>Sanatorium</b>										
Einzelstandorte	0	2	0	1	9	7	3	2	8	32
<b>Summe - Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung</b>										
Einzelstandorterfassung	5	12	16	15	17	17	12	9	26	129
Standorte der erfassten Mehrfachstandort-KA	0	2	9	0	4	20	2	0	4	41

Quelle und Darstellung: BMSGPK/GÖG, Qualitätsplattform

Die Liste mit allen Krankenanstalten der Akutversorgung (in Mehrfach- und Einzelstandorte gegliedert), und die Angabe darüber, welche Einrichtungen den Fragebogen im Rahmen der Erhebung zu den Qualitätssystemen in Krankenanstalten der Akutversorgung (Berichtsjahr 2022) ausgefüllt haben, ist im Anhang 2 ausgewiesen. Zudem kann die Liste im öffentlichen Servicebereich auf der Qualitätsplattform [www.qualitaetsplattform.at](http://www.qualitaetsplattform.at) abgerufen werden.

#### Exkurs: Integration von Krankenanstalten, die nicht der Akutversorgung zugeordnet sind

In den 170 Krankenanstalten der Akutversorgung, die zur Teilnahme an der Qualitätsberichterstattung aufgefordert wurden, sind insgesamt acht Krankenanstalten integriert, die laut Krankenanstaltenverzeichnis nicht dem Versorgungssektor der Akutversorgung zugeordnet sind. Dabei handelt es sich vorwiegend um Krankenanstalten der Langzeitversorgung (LV), die als Teil einer übergeordneten Krankenanstalt der Akutversorgung geführt werden und vollständig in das Qualitätssystem dieser Einrichtung integriert sind. Die verpflichtende Qualitätsberichterstattung, die nicht nur für Krankenanstalten der Akutversorgung, sondern auch für Einrichtungen der stationären Rehabilitation sowie Langzeitversorgung und Genesung/Prävention stattfand, erfolgte für

diese acht Einrichtungen über die jeweilige übergeordnete Krankenanstalt der Akutversorgung. Nachstehende Tabelle 2.3 listet die genannten acht Krankenanstalten der Langzeitversorgung:

Tabelle 2.3:  
Krankenanstalten der Akutversorgung mit integrierten Krankenanstalten der Langzeitversorgung  
(für das Berichtsjahr 2022)

Krankenanstalten der Akutversorgung	Integrierte Krankenanstalt/Abteilung
K205 Klinikum – Klagenfurt am Wörthersee (LKH Klagenfurt)	K211 Abteilung für chronisch Kranke im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee (Langzeitversorgung)
K213 Landeskrankenhaus Laas	K226 Abteilung für chronisch Kranke im Landeskrankenhaus Laas (Langzeitversorgung)
K216 Landeskrankenhaus Villach	K217 Abteilung für chronisch Kranke im Landeskrankenhaus Villach (Langzeitversorgung)
K216 Landeskrankenhaus Villach	K228 Sonderkrankenanstalt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie Warmbad-Villach (Akutversorgung)
K524 Landeskrankenhaus Salzburg – Universitätsklinikum der PMU	K556 Sonderkrankenanstalt für Neurorehabilitation für Kinder und Jugendliche (stationäre Rehabilitation)
K665 Albert Schweitzer Klinik (gehört zu K615)	K615 Albert Schweitzer Klinik (Langzeitversorgung)
K638.1 LKH Hochsteiermark / Leoben	K677 Pflegeanstalt für chronisch Kranke (Langzeitversorgung)
K824 Landeskrankenhaus Rankweil (integriert, LV)	K825 Pflegeabteilung des LKH Rankweil (gehört zu K824)

Quelle und Darstellung: BMASGK/GÖG, Qualitätsplattform

## 2.3 Datenerhebung

Anfang des Jahres 2023 wurden die 170 Krankenanstalten der Akutversorgung und die entsprechenden Krankenanstaltenträger kontaktiert und zur gesetzlich verpflichtenden Teilnahme an der Berichterstattung durch Befüllung des Fragebogens auf der Qualitätsplattform aufgefordert.

Nach Ablauf des dreimonatigen Erhebungszeitraums startete die Urgenzphase in jenen Einrichtungen, die bis dato noch keine Informationen übermittelt hatten. Sie wurden per E-Mail und zum Teil telefonisch erneut zur Teilnahme aufgefordert. Nachdem alle Krankenanstalten der Akutversorgung den Fragebogen ausgefüllt und freigegeben hatten, wurde Ende Juni 2023 die Erhebung beendet.

## 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. Die Ergebnisse in Prozent wurden sowohl in den Tabellen als auch im Text auf ganze Zahlen gerundet. Als Aus-

wertungstool kam vorwiegend ein webbasiertes System der GÖG zum Einsatz, welches die Auswertung und Darstellung mithilfe von Pivot-Tabellen zulässt. Sämtliche im Bericht vorkommenden Boxplots wurden mit Microsoft Excel erstellt.

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

Zu Beginn eines Themenblocks werden die Fragen, die mit „Ja“ oder „Nein“ (Einfachauswahlmöglichkeit) zu beantworten waren, inklusive der Fragennummern in Tabellen gelistet. Des Weiteren werden darin die Anteile der Einrichtungen in Prozent (gerundet) und die Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung (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 Mehrfachantwortmöglichkeit 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 nicht erwähnt. Sämtliche Antwortmöglichkeiten können somit im Fragebogen im Anhang 1 nachgelesen werden.

### **Angaben aus den Freitextfeldern**

Bei insgesamt vier Fragen, gab es die Möglichkeit einen Text in ein Freitextfeld einzutragen. Diese Angaben wurden kategorisiert, verschriftlicht und flossen in den vorliegenden Bericht ein.

## **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 vorliegenden Bericht in der Fußnote angezeigt.

## **Auswertung nach Krankenhausstyp**

Wie bereits im Kapitel 2.2 näher beschrieben, werden erhobene Einzelstandorte von Mehrfachstandortkrankenhäusern jenem Krankenhausstyp zugewiesen, der auch für die Mehrfachstandortkrankenhäuser gilt.

Im Bericht werden die Daten der Einzelstandorte der Krankenhäuser der Akutversorgung und aller Standorte der erhobenen Mehrfachstandortkrankenhäuser zusammengefasst dargestellt.

Wenn im Rahmen der Ergebnisauswertung nach Krankenhausstyp aussagekräftige Unterschiede erkennbar waren, wurden diese im vorliegenden Bericht in den Fließtext aufgenommen.

## **Boxplots**

Zum Teil werden Boxplots zur Veranschaulichung der Daten verwendet. Diese Form der grafischen Abbildung wurde für die Darstellung von Vollzeitäquivalenten und der Anzahl der Mitarbeiter:innen gewählt. Mit dieser Darstellungsform kann gut abgebildet werden, wie die Werte rund um den Zentralwert (Median) im Datensatz verteilt sind. Die Boxplots bilden somit die Streuung der Daten ab. Ausreißer können unter Umständen weit außerhalb der oberen und unteren Begrenzung (Whisker) liegen. Um die Darstellung der Boxplots nicht zu beeinträchtigen, werden grobe Ausreißer grafisch nicht ausgewiesen. In so einem Fall wird jedoch im Fließtext auf Ausreißer hingewiesen.

## **Darstellung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement**

Die 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. Die Auswertung über den Erfüllungsgrad der Mindestanforderungen der unterschiedlichen Einrichtungskategorien wird im Kapitel 3.5 zusammenfassend dargestellt.



## **Vergleich der Ergebnisse 2022 mit jenen aus 2012, 2015 und 2017**

In Kapitel 4 werden die Ergebnisse aus dem Berichtsjahr 2022 den Ergebnissen – sofern möglich – aus den Jahren 2012, 2015 und 2017 gegenübergestellt, mit dem Ziel, die Veränderungen über die verpflichtenden Berichtsjahre zu dokumentieren.

### **BIQG-Portal**

Im Jahr 2019 wurde die Qualitätsplattform um ein Auswertungs- und Visualisierungstool der GÖG erweitert. Registrierte Nutzer:innen der Qualitätsplattform können – abhängig von ihrer Berechtigung – die Ergebnisse der eigenen Krankenanstalt mit den österreichweiten Daten, den Ergebnissen des Bundeslandes oder auch des Einrichtungsträgers vergleichen. Somit können interessierte Anwender:innen Details herausfiltern und auch die verbleibenden, nicht im Bericht dargestellten Fragen einsehen.

## 3 Ergebnisse für das Berichtsjahr 2022

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Ergebnisse aller 170 Krankenanstalten der Akutversorgung in Österreich dargestellt.

### 3.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit

Tabelle 3.1:

Fragenblock 2. Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit;  
Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170)

Nr.	Fragen	Anteil/ Anzahl
2.1	Ist in der Einrichtung ein <b>Leitbild</b> definiert? <sup>10</sup>	97 % 165 KA
2.2	Ist in der Einrichtung eine <b>Qualitätsstrategie</b> nachweislich festgelegt? <sup>*11</sup>	96 % 164 KA
2.2.4	Sind aus der Qualitätsstrategie konkrete <b>Qualitätsziele</b> abgeleitet? <sup>*12</sup> (n = 164)	96 % 158 KA

\*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement  
Subfragen sind in den Tabellen eingerückt dargestellt

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

Bei den Krankenanstalten der Akutversorgung, die eine **Qualitätsstrategie** nachweislich festgelegt haben, ist diese zum überwiegenden Teil vom Träger erarbeitet worden (109 von 164 Einrichtungen). Von den 164 Einrichtungen mit einer Qualitätsstrategie wird diese in 145 Einrichtungen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommuniziert. Von den restlichen 19 Einrichtungen kommunizieren alle die Qualitätsstrategie an die obere Führungsebene und elf zusätzlich auch an die mittlere Führungsebene. Die Form der Kommunikation erfolgt in den Einrichtungen über verschiedene Kanäle: Primär genannt werden das Intranet (149 Nennungen), Sitzungen (147 Nennungen), Informationsveranstaltungen (durch den Träger und/oder einrichtungsintern) (132 Nennungen) und das Dokumentenlenkungssystem (123 Nennungen). (Nr. 2.2.1; 2.2.2\*; 2.2.3) Die Ziele der Qualitätsstrategie wirken sich nachfolgend auf die tägliche Arbeit aus: In 142 Einrichtungen sind Kennzahlen zur Messung, wie weit Qualitätsziele erreicht sind, festgelegt, in 133 Einrichtungen werden die Qualitätsziele allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommuniziert und ebenso in 133 wird die Zielerreichung anhand von festgelegten Kennzahlen überprüft. (Nr. 2.2.4.1\*)

<sup>10</sup>

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.

<sup>11</sup>

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

<sup>12</sup>

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 Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“  
beantworteten (N = 170)

Nr.	Fragen	Anteil/ Anzahl
3.2	Gibt es eine <b>Geschäftsordnung</b> für die Qualitätssicherungskommission (QSK)?* <sup>13</sup>	94 % 159 KA
3.5	Gibt es <b>Protokolle</b> zu den regelmäßigen Sitzungen der QSK?*	97 % 165 KA
3.6	Gibt es eine <b>schriftliche Vorgabe</b> , wie mit den Empfehlungen der QSK in der Einrichtung umzugehen ist?*	89 % 152 KA
3.9	Gibt es in den Abteilungen/Bereichen definierte <b>Ansprechpartner:innen</b> für Qualitäts- und/oder Risikomanagementarbeit?*	89 % 151 KA
3.14	Sind die Mitarbeiter:innen nachweislich über ihre <b>Verschwiegenheitspflichten</b> informiert?*	100 % 170 KA
3.15	Sind patientenbezogene (elektronische) Daten vor <b>fremdem (unbefugtem) Zugriff</b> geschützt (z. B. durch Passwörter)?*	100 % 170 KA
3.16	Sind patientenbezogene (elektronische) Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen <b>vor Verlust</b> geschützt?*	100 % 170 KA
3.17	Gibt es in der Einrichtung eine definierte Person (eine:n Datenschutzbeauftragte:n), die die <b>Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften</b> (sowohl gesetzliche als auch einrichtungsinterne Vorgaben) sicherstellt?	99 % <sup>14</sup> 169 KA <sup>14</sup>
3.18	Gibt es in der Einrichtung eine:n <b>Digitalisierungsbeauftragte:n</b> ? <sup>15</sup> ( <i>neue Frage</i> )	69 % <sup>14</sup> 117 KA <sup>14</sup>
3.19	Gibt es in der Einrichtung eine definierte Person (eine:n Beauftragte:n), die die Einhaltung von <b>Sicherheitsvorschriften der IT</b> (sowohl gesetzliche als auch einrichtungsinterne Vorgaben) sicherstellt?	96 % <sup>14</sup> 163 KA <sup>14</sup>
3.20	Werden <b>sensible Betriebsmittel</b> , wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch, Suchtgiftvignetten oder papiergebundene Daten, diebstahlgeschützt aufbewahrt?*	99 % 169 KA
3.21	Gibt es in der Einrichtung eine <b>strukturierte Dokumentenlenkung</b> ?* <sup>16</sup>	91 % 155 KA
3.22	Gibt es Projekte/Maßnahmen zur <b>Optimierung der Dokumentationsqualität</b> ? ( <i>neue Frage</i> )	99 % 168 KA

\*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

13

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

14

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

15

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)

- » Die **Qualitätssicherungskommission** (QSK) ist gesetzlich verankert. Sie besteht in den Krankenanstalten der Akutversorgung aus Vertreterinnen und Vertretern nachfolgender Berufsgruppen/Bereiche: Ärztlicher Dienst (168 Nennungen), Gesundheits- und Krankenpflegeberufen (168 Nennungen), Verwaltungsdienst (161 Nennungen), Qualitäts- und/oder Risikomanagement (155 Nennungen), Gehobene medizinisch-technische Dienste (152 Nennungen) zusätzlich noch Mitglieder aus dem Hygieneteam (105 Nennungen), Träger (31 Nennungen), Psychologischer Dienst und Betriebsrat/Personalvertretung (jeweils 30 Nennungen). 49 Nennungen entfielen auf „sonstige“ Berufsgruppen/Bereiche. (Nr. 3.1\*)
- » Bei der **Geschäftsordnung für die QSK** zeigt sich, dass der Implementierungsgrad mit der Größe der Häuser zunimmt. Während kleine Einrichtungen wie Sanatorien zu 81 Prozent eine Geschäftsordnung haben, ist diese bei 89 Prozent der Sonder-KA zu und bei 97 Prozent der Standard-KA zu vorhanden. Schwerpunkt- und Zentral-KA haben alle eine Geschäftsordnung für die QSK vollständig implementiert. In den Einrichtungen, in denen eine Geschäftsordnung für die QSK verankert ist, erhält die QSK am häufigsten regelmäßig Informationen über Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen (z. B. Patienten-, Mitarbeiter-, Zuweiserbefragungen) (168 Nennungen), über laufende Projekte (inklusive baulicher Maßnahmen) (156 Nennungen), Informationen aus dem Risikomanagement (z. B. aus Fehlermelde- und Lernsystemen) (153 Nennungen), Informationen über Beschwerden (z. B. von der Patienten-anwaltschaft, Ombudsstelle) (149 Nennungen), Informationen vom Hygieneteam (144 Nennungen), Kennzahlen, Qualitätsindikatoren (z. B. aus A-IQI, QM-System, Controlling) und Statistiken über erfasste Komplikationen (z. B. nosokomiale Infektionen, Wundinfektionen, Stürze) (jeweils 143 Nennungen), Informationen aus dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) (135 Nennungen), Informationen über bundesweite Vorgaben oder Empfehlungen (z. B. Bundesqualitätsstandards und -leitlinien) (130 Nennungen) und Informationen aus dem betrieblichen Vorschlagswesen/Ideenmanagement (113 Nennungen). 60 Nennungen entfallen auf „sonstige“ Informationen, die die QSK regelmäßig erhält. (Nr. 3.3) QSK-Sitzungen finden am häufigsten in vierteljährlichen Abständen (42 % der Einrichtungen) und halbjährlich (39 % der Einrichtungen) statt. 84 Prozent der Einrichtungen mit ein bis 99 Betten geben an, dass sie Protokolle zu den regelmäßigen Sitzungen der QSK anfertigten. Bei den Einrichtungen mit mehr als 99 Betten werden diese von allen angefertigt. Schriftliche Vorgaben, wie mit den Empfehlungen der QSK in der Einrichtung umzugehen ist, existieren in Sonder-KA zu 79 Prozent, in Sanatorien zu 84 Prozent, in Standard-KA zu 90 Prozent und in Schwerpunkt- und Zentral-KA vollständig in allen Einrichtungen. (Nr. 3.2, 3.4-3.6)
- » In 145 der 170 Krankenanstalten der Akutversorgung erfolgt die einrichtungsweite **Koordination der Qualitäts- und Risikomanagementarbeit** nicht getrennt voneinander und wird oftmals von mehreren Stellen wahrgenommen, wie z. B. von dem bzw. der Qualitätsmanager:in oder der bzw. dem Qualitätsbeauftragten (118 Nennungen), der einrichtungsinternen Abteilung oder Stabsstelle (106 Nennungen), dem bzw. der Risikomanager:in oder der bzw. dem Risikomanagementbeauftragten (100 Nennungen), der Kollegialen Führung/(Geschäfts-)Leitung (93 Nennungen), der Qualitätssicherungskommission (85 Nennungen), der ärztlichen

---

16

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

Leitung (73 Nennungen) oder der Pflegedienstleitung (72 Nennungen). In den anderen 25 Einrichtungen erfolgt die einrichtungsweite Koordination der Qualitäts- und Risikomanagementarbeit getrennt voneinander. Diese Aufgabe wird auch oftmals von mehreren Stellen wahrgenommen. Bei der Koordination der **einrichtungsweiten Qualitätsmanagementarbeit** werden vorrangig nachfolgende genannt: Qualitätsmanager:in oder Qualitätsbeauftragte:r (24 Nennungen), Kollegiale Führung/(Geschäfts-)Leitung (14 Nennungen), Qualitätssicherungskommission (13 Nennungen) und einrichtungsinterne Abteilung oder Stabsstelle (12 Nennungen). Bei der Koordination der **einrichtungsweiten Risikomanagementarbeit** werden vorrangig nachfolgende genannt: Risikomanager:in oder Risikomanagementbeauftragte:r (21 Nennungen), einrichtungsinterne Abteilung oder Stabsstelle und Kollegiale Führung/(Geschäfts-)Leitung (jeweils 12 Nennungen), Qualitätsmanager:in oder Qualitätsbeauftragte:r und Pflegedienstleitung (jeweils 10 Nennungen). (Nr. 3.7; 3.7.1–3.7.3)

- » Fixe Dienstposten in **Vollzeitäquivalenten (VZÄ)**<sup>17</sup> für die einrichtungsweite Koordination von **Qualitäts- und Risikomanagementarbeit** sind in 158 der 170 Krankenanstalten der Akutversorgung besetzt. In 137 dieser Einrichtungen sind die Vollzeitäquivalente (VZÄ) ermittelbar. Dabei reichen die Angaben von 0,2 bis 10,5 VZÄ, die sich in den Einrichtungen auf eine bis 15 Personen aufteilen. Die Verteilung der genannten VZÄ und der daraus berechnete Median (Linie) werden im nachfolgenden Boxplot in Abbildung 3.1 nach Krankenanstaltentyp veranschaulicht. Der Boxplot zeigt, dass sich die Angaben von Zentralkrankenanstalten im Vergleich zu den anderen Krankenanstaltentypen unterscheiden. Einrichtungen in dieser Kategorie haben durchschnittlich mehr Personen für die einrichtungsweite Koordination von Qualitäts- und Risikomanagementarbeit beschäftigt als Einrichtungen der anderen vier Krankenanstaltentypen. Bei den Punkten, die oberhalb bzw. unterhalb der sogenannten Whiskers angezeigt werden, handelt es sich um Datenausreißer. (Nr. 3.8; 3.8.1; 3.8.2)

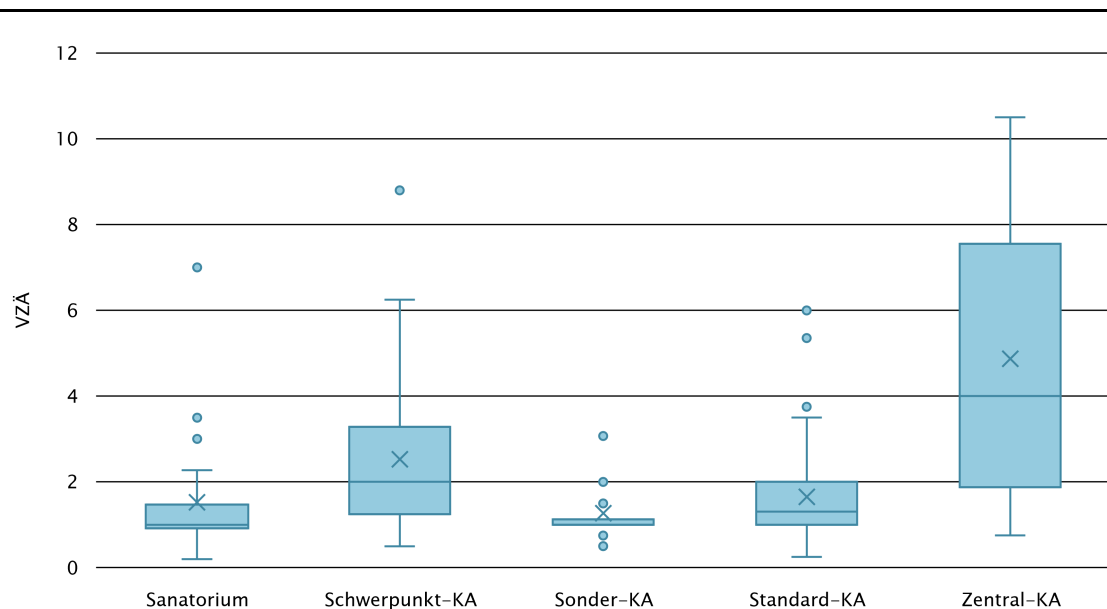
---

17

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

Abbildung 3.1:

Einrichtungen, die eine fixe Zahl ermitteln können: Anzahl der Vollzeitäquivalente für die einrichtungsweite Koordination von Qualitäts- und Risikomanagementarbeit – nach Krankenhausentyp (137 von 170 Krankenhäusern der Akutversorgung<sup>18</sup>)<sup>19</sup>



Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Von jenen Krankenhäusern der Akutversorgung, die **definierte Ansprechpartner:innen für Qualitäts- und/oder Risikomanagementarbeit**<sup>20</sup> haben, melden 115 Einrichtungen zurück, dass sie Ansprechpartner:innen in allen Abteilungen/Bereichen haben, 24 Einrichtungen, dass sie diese in mehr als der Hälfte der Abteilungen/Bereiche haben, und zwölf Einrichtungen, dass sie diese in weniger als der Hälfte aller Abteilungen/Bereiche haben. (Nr. 3.9.1)
- » 162 der 170 Krankenhäusern der Akutversorgung geben an, dass in ihrer Einrichtung Mitarbeiter:innen mit spezieller **Qualitätsmanagementausbildung**<sup>21</sup> tätig sind, 73 Einrichtungen können deren genaue Zahl ermitteln und geben diese zwischen einer und 269 Personen an. 89 Einrichtungen können diese Zahl nur schätzen: 44 Einrichtungen schätzen zwischen einer und fünf Personen, 22 Einrichtungen zwischen sechs und zehn Personen, 13 Einrichtungen

<sup>18</sup>

<sup>22</sup> von 32 Sanatorien, 30 von 31 Schwerpunkt-KA, 20 von 28 Sonder-KA, 58 von 71 Standard-KA, sieben von acht Zentral-KA

<sup>19</sup>

Die Linie in den Boxplots weist den Median aus und das X stellt den Mittelwert dar.

<sup>20</sup>

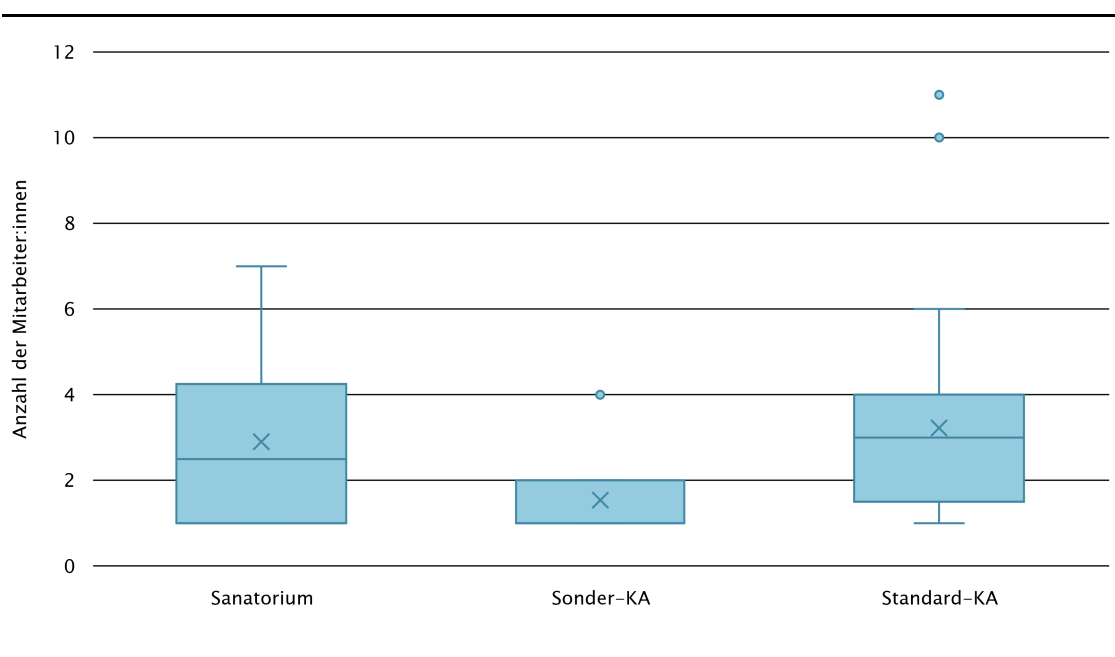
Ansprechpartner:innen sind von der Kollegialen Führung/(Geschäfts-)Leitung nominiert und die Aufgaben sind in der Stellenbeschreibung verankert.

<sup>21</sup>

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

zwischen elf und 20 Personen und zehn Einrichtungen schätzen auf über 20 Personen. Acht Einrichtungen melden zurück, dass in ihrer Einrichtung keine Mitarbeiter:innen mit einer speziellen Qualitätsmanagementausbildung beschäftigt sind. Die Spannweite der Daten bei den jeweiligen Krankenanstaltentypen ist in den beiden folgenden Boxplots ersichtlich (siehe Abbildung 3.2 und Abbildung 3.3). Aufgrund der Größe von Schwerpunkt- und Zentralkrankenanstalten ist die Anzahl der Personen mit Qualitätsmanagementausbildung in diesen Krankenhäusern ungleich höher als in den Häusern des Krankenanstaltentyps Sanatorium/Sonder-/Standardkrankenanstalt. Aus diesem Grund wurden zwei separate Abbildungen erstellt. Während bei den Einrichtungen des Krankenanstaltentyps Sanatorium/Sonder-/Standardkrankenanstalt die Anzahl der Mitarbeiter:innen rund um die Zentralwerte (Median) eins bis drei streuen, liegt der Median bei den Schwerpunktkrankenanstalten bei 17 und bei den Zentralkrankenanstalten bei 174 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Bei den Punkten, die oberhalb der sogenannten Whiskers angezeigt werden, handelt es sich um Datenausreißer. (Nr. 3.10; 3.10.1)

Abbildung 3.2:  
Einrichtungen, die eine fixe Zahl ermitteln können: Anzahl der Mitarbeiter:innen mit spezieller Qualitätsmanagementausbildung – nach Krankenanstaltentyp: Sanatorium/Sonder-/Standardkrankenanstalt (60 von 131 Krankenanstalten der Akutversorgung<sup>22</sup>)<sup>23</sup>



Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

<sup>22</sup>

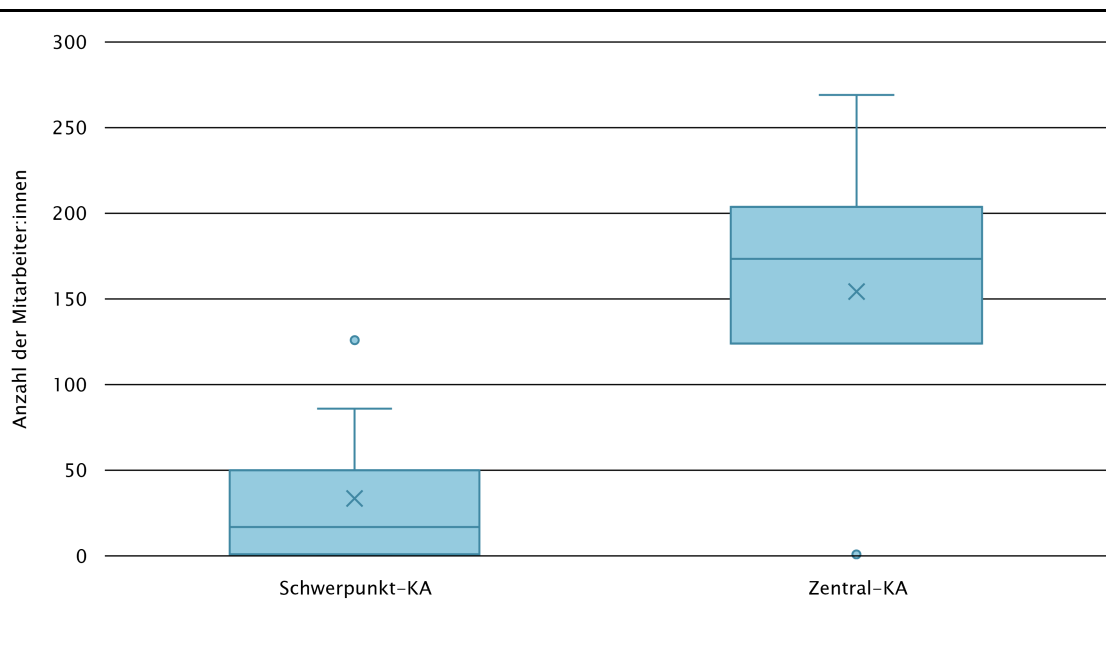
20 von 32 Sanatorien, 13 von 28 Sonder-KA, 27 von 71 Standard-KA

<sup>23</sup>

Die Linie in den Boxplots weist den Median aus und das X stellt den Mittelwert dar.

Abbildung 3.3:

Einrichtungen, die eine fixe Zahl ermitteln können: Anzahl der Mitarbeiter:innen mit spezieller Qualitätsmanagementausbildung – nach Krankenhausentyp: Schwerpunkt- / Zentralkrankenanstalt (13 von 39 Krankenhäusern der Akutversorgung<sup>24</sup>)<sup>25</sup>



Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » 153 der 170 Krankenhäuser der Akutversorgung geben an, dass in ihrer Einrichtung Mitarbeiter:innen mit spezieller **Risikomanagementausbildung**<sup>26</sup> tätig sind. 94 Einrichtungen können deren genaue Zahl ermitteln, dabei reichen die Angaben von einer bis 171 Personen. 59 Einrichtungen können diese Zahl schätzen; 43 Einrichtungen schätzen zwischen einer und fünf Personen, eine Einrichtung zwischen sechs und zehn Personen, 13 Einrichtungen schätzen zwischen elf und 20 Personen und zwei Einrichtungen über 20 Personen. 16 Einrichtungen melden zurück, dass in ihrer Einrichtung keine Mitarbeiter:innen mit einer speziellen Risikomanagementausbildung beschäftigt sind. Die Spannweite der Daten bei den jeweiligen Krankenhausentypen ist in den beiden folgenden Boxplots ersichtlich (siehe Abbildung 3.4 und Abbildung 3.5). Aufgrund der Größe von Schwerpunkt- und Zentralkrankenhäusern ist die Anzahl der Personen mit Risikomanagementausbildung in diesen Krankenhäusern ungleich höher als in den Häusern des Krankenhausentyps Sanatorium/Sonder-/Standardkrankenanstalt. Aus diesem Grund wurden auch hier zwei separate Abbildungen erstellt. Während bei den Einrichtungen des Krankenhausentyps Sanatorium/Sonder-

<sup>24</sup>

neun von 31 Schwerpunkt-KA, vier von acht Zentral-KA

<sup>25</sup>

Die Linie in den Boxplots weist den Median aus und das X stellt den Mittelwert dar.

<sup>26</sup>

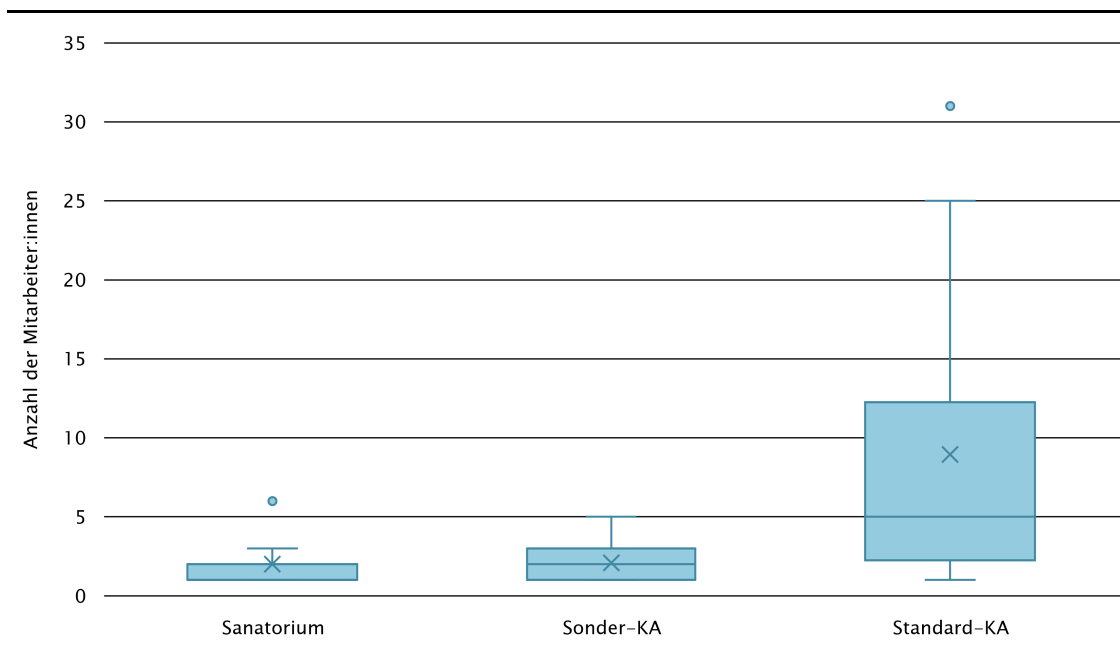
Mit Risikomanagementausbildung ist eine spezielle abgeschlossene Diplom-Ausbildung (z. B. Risikomanager:in) oder eine dieser gleichzusetzenden, zumindest viertägigen Ausbildung gemeint.



/Standardkrankenanstalt die Anzahl der Mitarbeiter:innen rund um die Zentralwerte (Median) eins bis fünf streuen, liegt der Median bei den Schwerpunktkrankenanstalten bei 20 und bei den Zentralkrankenanstalten bei 108 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die beiden Punkte in Abbildung 3.4 stellen die Ausreißer dar. Zudem wird ein Ausreißerpunkt bei den Standardkrankenanstalten nicht in der Grafik dargestellt, da die Boxplots ansonsten sehr flach dargestellt wären. Eine Einrichtung dieses Krankenanstaltentyps beschäftigt 72 Mitarbeiter:innen mit spezieller Risikomanagementausbildung. (Nr. 3.11; 3.11.1)

Abbildung 3.4:

Einrichtungen, die eine fixe Zahl ermitteln können: Anzahl der Mitarbeiter:innen mit spezieller Risikomanagementausbildung – nach Krankenanstaltentyp: Sanatorium/Sonder-/ Standardkrankenanstalt (74 von 131 Krankenanstalten der Akutversorgung<sup>27)</sup><sup>28</sup>



Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

<sup>27</sup>

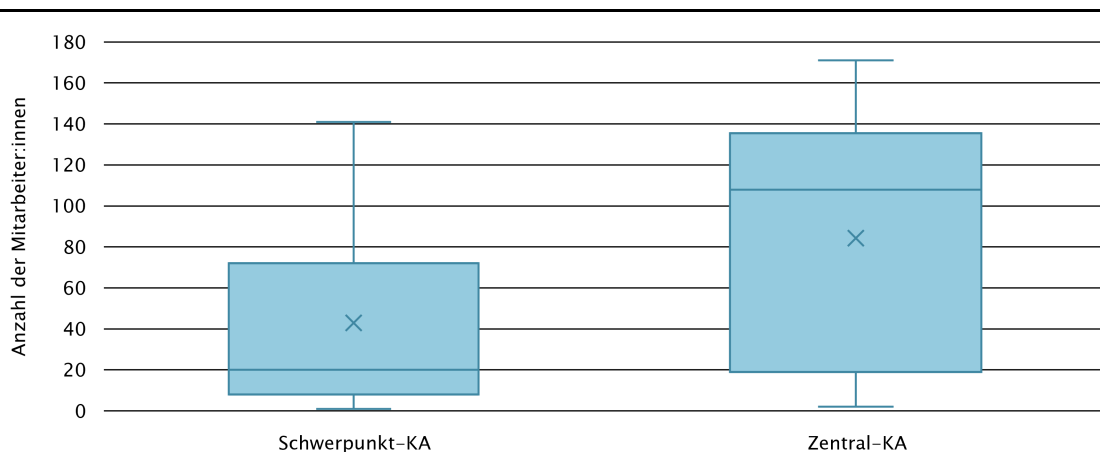
19 von 32 Sanatorien, 13 von 28 Sonder-KA, 42 von 71 Standard-KA

<sup>28</sup>

Die Linie in den Boxplots weist den Median aus und das X stellt den Mittelwert dar.

Abbildung 3.5:

Einrichtungen, die eine fixe Zahl ermitteln können: Anzahl der Mitarbeiter:innen mit spezieller Risikomanagementausbildung – nach Krankenhausentyp: Schwerpunkt- / Zentralkrankenanstalt (20 von 39 Krankenhäusern der Akutversorgung<sup>29</sup><sup>30</sup>)



Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » 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 (169 Nennungen), das Bereitstellen von Fachzeitschriften (160 Nennungen), Arbeitsplätze mit Zugang zu Metadatenbanken für fachspezifische Publikationen (127 Nennungen), Wissensmanagement (119 Nennungen), eine einrichtungsinterne (elektronische) Bibliothek (115 Nennungen), die medizinische Universitätsbibliothek (48 Nennungen) und „Sonstiges“ (70 Nennungen) genannt. (Nr. 3.12\*)
- » Über aktuelle **Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen** werden Mitarbeiter:innen über verschiedene Informationskanäle informiert, vorrangig über Teambesprechungen (162 Nennungen), E-Mail-Aussendungen des Trägers (158 Nennungen), Fortbildungen (148 Einrichtungen), die Bereitstellung im Intranet (u. a. Links zu Websites von Fachverbänden) (140 Nennungen), ein elektronisches Dokumentenlenkungssystem (115 Nennungen), die Zurverfügungstellung von Dokumenten in Druckform als Informationsmappe (92 Nennungen) und „sonstige“ (61 Nennungen). (Nr. 3.13\*)
- » Bei der Frage, ob es in der Einrichtung eine:n **Digitalisierungsbeauftragte:n** gibt, sind zwischen den Krankenhaustypen Unterschiede feststellbar. Diese Frage wird von 44 Prozent der Sanatorien, von 38 Prozent der Standardkrankenhäusern, von 25 Prozent der Sonderkrankenhäusern und von 16 Prozent der Schwerpunktkrankenhäusern verneint. In Zentralkrankenhäusern gibt es in allen Einrichtungen eine:n Digitalisierungsbeauftragte:n. (Nr. 3.18)

29

13 von 31 Schwerpunkt-KA, sieben von acht Zentral-KA

30

Die Linie in den Boxplots weist den Median aus und das X stellt den Mittelwert dar.

- » Eine strukturierte Dokumentenlenkung ist am häufigsten in Zentral- (100 %) und Schwerpunktkrankenanstalten (97 %) etabliert und in Standardkrankenanstalten (94 Prozent), Sanatorien (91 %) und Sonderkrankenanstalten (75 %) weit verbreitet. (Nr. 3.21)
- » Projekte/Maßnahmen zur Optimierung der Dokumentationsqualität existieren in allen Einrichtungen außer in zwei von 30 Sanatorien (6 %). (Nr. 3.22)

### 3.3 Qualitätsmodelle

Tabelle 3.3:

Fragenblock 4. Qualitätsmodelle;

Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170)

Nr.	Fragen	Anteil/ Anzahl
4.1	Ist ein Qualitätsmodell bzw. sind mehrere <b>Qualitätsmodelle</b> (ISO, EFQM, KTQ etc.) in der Einrichtung implementiert? <sup>31</sup>	82 % 139 KA
4.1.2	Gibt es in der Einrichtung noch weitere Qualitätsmodelle nach denen zertifiziert wird? (n = 139) ( <i>neue Frage</i> )	53 % 74 KA

Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » In allen Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten ist ein Qualitätsmodell bzw. sind mehrere **Qualitätsmodelle** implementiert. 83 Prozent der Standardkrankenanstalten, 72 Prozent der Sanatorien und 64 Prozent der Sonderkrankenanstalten haben ein Qualitätsmodell oder mehrere Qualitätsmodelle implementiert. (Nr. 4.1)
- » Bei der Frage 4.1.1, „welche **Qualitätsmodelle**“ in der gesamten Einrichtung bzw. für Teile der Einrichtung implementiert sind, konnten nachfolgende Qualitätsmodelle genannt werden:
  - » träger- oder einrichtungseigenes QM-System (z. B. AUVA-QM-System)
  - » EFQM (European Foundation for Quality Management)
  - » KTQ (inkl. pCC; Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)
  - » JCI (Joint Commission International)
  - » ISO (International Organization Standardization)
  - » EN 15224 (Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung – Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen nach EN ISO 9001:2008)
- » Am häufigsten wurden die Qualitätsmodelle ISO (85 Nennungen), EFQM (42 Nennungen) und ein träger-/einrichtungseigenes QM-System (37 Nennungen) angeführt. Nachfolgende Tabelle 3.4 gibt eine Übersicht über die Häufigkeit der genannten Qualitätsmodelle und darüber, ob sie für die gesamte bzw. für Teile der Einrichtung implementiert sind.

31

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

Tabelle 3.4:

Qualitätsmodelle, die in den Krankenanstalten der Akutversorgung implementiert sind  
(207 Nennungen von 139 Einrichtungen)

Qualitätsmodelle, implementiert für die gesamte bzw. für Teile der Einrichtung	Träger-/einrichtungseigenes QM-System	EFQM	KTQ	JCI	ISO	EN 15224
Qualitätsmodell in der gesamten Einrichtung implementiert	27	37	16	2	33	17
Qualitätsmodell in Teilen der Einrichtung implementiert	10	5	0	1	54	7

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Nachfolgende Tabelle 3.5 zeigt, dass Einrichtungen des Typs Schwerpunkt- und Standardkrankenanstalt am häufigsten (zumindest) ein Qualitätsmodell für die gesamte Einrichtung implementiert haben. Verhältnismäßig am seltensten ist in Zentralkrankenanstalten und Sanatorien ein Qualitätsmodell für die gesamte Einrichtung implementiert. Insgesamt haben 139 von 170 (82 %) Krankenanstalten der Akutversorgung mindestens ein Qualitätsmodell für die gesamte Einrichtung implementiert.

Tabelle 3.5:

Zumindest ein implementiertes Qualitätsmodell für die gesamte Einrichtung nach Krankenanstaltentyp

Krankenanstaltentyp	Zentralkrankenanstalt	Schwerpunktkrankenanstalt	Standardkrankenanstalt	Sonderkrankenanstalt	Sanatorium	Gesamt
Anzahl / Prozentanteil der Einrichtungen	2 von 8 25 %	24 von 31 77 %	52 von 71 73 %	17 von 28 61 %	18 von 32 56 %	113 von 170 66 %

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Der Frage, ob in den Einrichtungen noch nach **weiteren Qualitätsmodellen** zertifiziert wird, stimmten Schwerpunktkrankenanstalten zu 81 Prozent und Zentralkrankenanstalten zu 75 Prozent zu. Weniger häufig stimmten dem Standardkrankenanstalten (49 %), Sonderkrankenanstalten (44 %) und Sanatorien (26 %) zu. (Nr. 4.1.2)

## 3.4 Qualitätsarbeit

### 3.4.1 Prozesse

Tabelle 3.6:

Fragenblock 5.1 Prozesse;

Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170)

Nr.	Fragen	Anteil/ Anzahl
5.1.2	Ist ein Konzept für <b>einrichtungsinterne medizinische Notfälle</b> ausgearbeitet?*	100 % 170 KA
5.1.3	Wird ein entsprechendes <b>Notfall-Equipment</b> in den jeweiligen Funktionseinheiten/Abteilungen bereitgehalten?	99 % 169 KA
5.1.3.1	Wird dieses Notfall-Equipment regelmäßig einer Prüfung unterzogen und dies im erforderlichen Maße dokumentiert? (n = 169)	100 % 169 KA
5.1.4	Gibt es ein <b>Schulungskonzept</b> , um Mitarbeiter:innen für einrichtungsinterne <b>medizinische Notfälle</b> zu schulen?*	99 % 168 KA
5.1.4.1	Sind die Mitarbeiter:innen entsprechend ihrem Einsatzgebiet nachweislich geschult?*(n = 168)	92 % <sup>32</sup> 154 KA <sup>32</sup>
5.1.6	Ist in der Einrichtung ein <b>strukturiertes Aufnahmemanagement</b> implementiert? <sup>33</sup>	94 % 159 KA
5.1.6.1	Orientiert sich das strukturierte Aufnahmemanagement an der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM)? (n = 159)	90 % 143 KA
5.1.7	Wird der <b>Ernährungsstatus</b> von Patientinnen bzw. Patienten bei der Aufnahme in die Einrichtung erhoben?	87 % 148 KA
5.1.8	Gibt es in der Einrichtung einen <b>standardisierten Prozess</b> zur Betreuung <b>mangelernährter Patientinnen bzw. Patienten</b> ?	75 % 127 KA
5.1.9	Ist in der Einrichtung ein <b>indirektes Entlassungsmanagement</b> implementiert, in dem Patientinnen bzw. Patienten den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne eines Case Managements quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen durchlaufen? <sup>34</sup>	84 % 142 KA
5.1.9.3	Orientiert sich das indirekte Entlassungsmanagement an der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM)? (n = 142)	96 % 136 KA

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

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

32

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

33

Darunter wird ein strukturierter Aufnahmeprozess unter Einhaltung bestimmter Mindeststandards verstanden.

34

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.

- » Bei der Frage 5.1.1\*, welche **Leistungsprozesse/–abläufe** in der Einrichtung definiert sind, geben alle Krankenanstalten der Akutversorgung Hygienemanagement an. Weitere häufig genannte definierte Leistungsprozesse/–abläufe sind Aufnahmemanagement und Entlassungsmanagement (jeweils 165 Einrichtungen), Schmerzmanagement und Sturzprävention (jeweils 148 Einrichtungen), Management von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen (147 Einrichtungen), Dekubitusprävention (143 Einrichtungen), präoperative Diagnostik (137 Einrichtungen), Management von Medikationssicherheit (z. B. Polypharmazie, PIM) (135 Einrichtungen) und patientenorientiertes Blutmanagement (Patient Blood Management) und OP-Management (jeweils 133 Einrichtungen) und Wartezeitenmanagement für Operationstermine<sup>35</sup> (102 Einrichtungen). (Nr. 5.1.1) In jenen 168 Einrichtungen, die ein Schulungskonzept zur Mitarbeiterschulung von einrichtungsinternen **medizinischen Notfällen** haben, werden in 154 Einrichtungen alle Mitarbeiter:innen und in 14 Einrichtungen ein Teil der **Mitarbeiter:innen entsprechend ihrem Einsatzgebiet nachweislich geschult**. (Nr. 5.1.4\*; 5.1.4.1\*)
- » Krankenanstalten der Akutversorgung informieren ihre Zuweiser:innen über die **Aufnahmodalitäten** in ihren Häusern vorrangig über die Website (147 Einrichtungen), ein Infoblatt bzw. einen Infobrief (135 Einrichtungen), per E-Mail (112 Einrichtungen), bei Zuweiserveranstaltungen (111 Einrichtungen) und Bezirksärztetreffen (82 Einrichtungen). (Nr. 5.1.5)
- » In allen Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten ist ein **strukturiertes Aufnahmemanagement** etabliert. Etwas weniger häufig ist dies in Sanatorien (94 %), Standardkrankenanstalten (93 %) und Sonderkrankenanstalten (86 %) zu finden. (Nr. 5.1.6)
- » Der **Ernährungsstatus** von Patientinnen bzw. Patienten wird in allen Zentral- und Schwerpunktkrankenanstalten erfasst. Etwas weniger häufig erfolgt dies in Standardkrankenanstalten (87 %), Sonderkrankenanstalten (82 %) und in Sanatorien (75 %). (Nr. 5.1.7)  
In den 148 Krankenanstalten der Akutversorgung, in denen der Ernährungsstatus von Patientinnen bzw. Patienten erhoben wird, erfolgt dies in 106 Einrichtungen in allen Abteilungen bei der Aufnahme, in 25 Einrichtungen in mehr als der Hälfte aller Abteilungen und in 17 Einrichtungen in weniger als der Hälfte aller Abteilungen im Zuge des Aufnahmeprozesses. (Nr. 5.1.7.1)
- » Einen **standardisierten Prozess zur Betreuung mangelernährter Patientinnen bzw. Patienten** haben 97 Prozent der Schwerpunkt-, 88 Prozent der Zentral-, 79 Prozent der Standard- und 75 Prozent der Sonderkrankenanstalten. Am seltensten ist dieser standardisierte Prozess in Sanatorien etabliert (41 %). (Nr. 5.1.8)
- » Die Frage, ob in der Einrichtung ein **indirektes Entlassungsmanagement** etabliert ist, in dem Patientinnen bzw. Patienten den Entlassungsprozess im Sinne eines Case Management quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen durchlaufen, haben alle Zentral-

---

35

KAKuG § 5a. (2) Durch die Landesgesetzgebung sind die nach Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Träger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten gemäß § 16 Abs. 1 zu verpflichten, ein transparentes Wartelistenregime in anonymisierter Form für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik zumindest für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie einzurichten, sofern die jeweilige Wartezeit vier Wochen überschreitet. Die Landesgesetzgebung hat Kriterien für den Ablauf und die Organisation dieses Wartelistenregimes vorzusehen, wobei die Gesamtanzahl der pro Abteilung für den Eingriff vorgemerkten Personen und von diesen die der Sonderklasse angehörigen vorgemerkten Personen erkennbar zu machen sind. (3) Die für den Eingriff vorgemerkte Person ist auf ihr Verlangen über die gegebene Wartezeit zu informieren. Dabei ist nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten tunlichst eine Auskunftseinholung auf elektronischem Weg zu ermöglichen.

und Schwerpunktkrankenanstalten bejaht. Etwas weniger häufiger ist dies in Standardkrankenanstalten (93 %), und Sonderkrankenanstalten (79 %) etabliert. Am seltensten ist es in Sanatorien etabliert (47 %). Bei der Frage, wie viele fixe Dienstposten in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)<sup>36</sup> für das indirekte Entlassungsmanagement besetzt sind, reichen die Angaben dieser Einrichtungen von 0,01 bis 26 Vollzeitäquivalente (VZÄ). Vorrangig übernimmt die Berufsgruppe des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege das indirekte Entlassungsmanagement (129 Nennungen), gefolgt von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern (81 Nennungen) und anderen (6 Nennungen). In Zentral-, Schwerpunkt, Standard- und Sonderkrankenanstalten orientiert sich das indirekte Entlassungsmanagement zu über 95 Prozent an der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM). Nur in Sanatorien erfolgt diese Orientierung an der Bundesqualitätsleitlinie weniger häufig (73 %). (Nr. 5.1.9; 5.1.9.2; 5.1.9.3)

### 3.4.2 OP-Organisation

Tabelle 3.7:

Fragenblock 5.2 OP-Organisation;

Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170)

Nr.	Fragen	Anteil / Anzahl
5.2.1	Ist in der Einrichtung eine <b>Operationseinheit (exkl. Eingriffsräume)</b> vorhanden?	84 % 142 KA
5.2.1.3	Wird in der OP-Einheit eine <b>OP-Sicherheitscheckliste</b> entsprechend WHO-Empfehlungen angewandt? (n = 142)	99 % 141 KA
5.2.1.3.2	Ist schriftlich festgelegt, welches Mitglied des OP-Teams für die <b>Durchführung des Briefingverfahrens</b> mittels OP-Sicherheitscheckliste verantwortlich ist (wie z. B. eine:n Operateur:in)? (n = 141) <i>(neue Frage)</i>	97 % 137 KA
5.2.1.3.3	Wird regelmäßig überprüft, ob die OP-Sicherheitscheckliste <b>ordnungsgemäß angewendet wird (Qualitätssicherung)</b> ? (n = 141) <i>(neue Frage)</i>	97 % 137 KA

Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » In den 142 Krankenanstalten der Akutversorgung, in denen eine **Operationseinheit** (exkl. Eingriffsräume) vorhanden ist, werden mithilfe nachfolgender Instrumente Operationen in der Einrichtung organisiert: Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen (BQLL PRÄOP) (133 Nennungen), patientenorientiertes Blutmanagement (Qualitätsstandard Patient Blood Management) (123 Nennungen) und Wartezeitenmanagement für Operationstermine (113 Nennungen). (Nr. 5.2.1.1)

<sup>36</sup>

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

- » Das **OP-Management** wird praktisch mithilfe eines OP-Statuts (132 Nennungen) und/oder einer OP-Koordinatorin bzw. eines OP-Koordinators oder eines OP-Koordinationsteams (124 Nennungen) und/oder einer OP-Managerin bzw. eines OP-Managers (in der Einrichtung und/oder beim Träger) (103 Nennungen) umgesetzt. 29 Krankenanstalten gaben hier „sonstige“ Stellen für die praktische Umsetzung des OP-Statuts an. (Nr. 5.2.1.2)
- » Jene Einrichtung, die keine **OP-Sicherheitscheckliste** anwendet, hat angegeben, als Sicherheitsaktivitäten in der Operationseinheit die präoperative Markierung des Eingriffsortes und die sichere Patientenidentifikation anzuwenden. (Nr. 5.2.1.3.1)

### 3.4.3 Bericht über die Qualitätsarbeit

Tabelle 3.8:

Fragenblock 5.3 Bericht über die Qualitätsarbeit;

Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170)

Nr.	Fragen	Anteil / Anzahl
5.3.1	Wird in der Einrichtung – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung (Qualitätsplattform) – <b>ein eigener Bericht über die Qualitätsarbeit</b> erstellt (einrichtungseigener Bericht oder z. B. auch ein Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes)?	84 % 143 KA
5.3.1.1	Wird dieser Bericht veröffentlicht? (n = 143)	19 % <sup>37</sup> 27 KA <sup>37</sup>

Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Alle Zentralkrankenanstalten erstellen zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung (Qualitätsplattform) einen **eigenen Bericht über die Qualitätsarbeit**. Etwas weniger häufig erfolgt dies in Standardkrankenanstalten (90 %), Schwerpunktkrankenanstalten (84 %), Sonderkrankenanstalten (79 %) und Sanatorien (72 %). 126 der 143 Krankenanstalten der Akutversorgung, 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 den Bericht jährlich und 17 Einrichtungen in längeren Abständen. (Nr. 5.3.1; 5.3.1.2)

37

Die Antwortmöglichkeit „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.



### 3.4.4 Patientenorientierung

Tabelle 3.9:

Fragenblock 5.4 Patientenorientierung;

Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170)

Nr.	Fragen	Anteil/ Anzahl
5.4.1	Werden Patientinnen bzw. Patienten durch spezifische Maßnahmen (z. B. Informationsbrochüren, Patienteninformationsmappe, Merkblätter) in der <b>Gesundheitskompetenz</b> unterstützt? <sup>38</sup>	98 % 167 KA
5.4.2	Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern regelmäßige Schulungen zur <b>patientenzentrierten Gesprächsführung</b> angeboten? <sup>39</sup> ( <i>neue Frage</i> )	76 % 130 KA
5.4.3	Werden bei der Neuerstellung von <b>Patienteninformationen</b> durch die Einrichtung selbst, die Qualitätskriterien einer „guten Gesundheitsinformation“ berücksichtigt? <sup>40</sup> (n = 159) <sup>41</sup> ( <i>neue Frage</i> )	67 % 114 KA
5.4.4	Werden in der Einrichtung Maßnahmen zur Einbindung von <b>Selbsthilfegruppen</b> gesetzt? <sup>42</sup> ( <i>neue Frage</i> )	68 % 116 KA
5.4.5	Werden Patientinnen bzw. Patienten auf ihre <b>Rechte und Pflichten</b> aufmerksam gemacht?*	98 % 167 KA
5.4.6	Werden für Mitarbeiter:innen regelmäßig Schulungen zum Thema <b>Patientenrechte</b> angeboten?	63 % 107 KA
5.4.7	Werden in der Einrichtung regelmäßig <b>Patientenbefragungen</b> durchgeführt?*	98 % 167 KA

Fortsetzung nächste Seite

38

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.

39

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).

40

(vgl. Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz 2023c)

41

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

42

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.

Fortsetzung Tabelle 3.9

Nr.	Fragen	Anteil/ Anzahl
5.4.7.2	Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?* (n = 167)	99 % 165 KA
5.4.8	Ist die Einrichtung <b>barrierefrei</b> zugänglich?***43	99 % 168 KA
5.4.10	Sind <b>Informationen</b> über die <b>Erreichbarkeit</b> und <b>bauliche Barrierefreiheit</b> der Einrichtung öffentlich verfügbar (Website, Informationsfolder u. Ä.)?*	87 % 148 KA
5.4.11	Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern <b>Schulungen/Fortbildungen zum Umgang mit Menschen mit Behinderung</b> angeboten? ( <i>neue Frage</i> )	62 % 105 KA

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

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Einrichtungen, die Patientinnen bzw. Patienten durch spezifische Maßnahmen (z. B. Informationsbroschüren, Patienteninformationsmappe, Merkblätter) in ihrer **Gesundheitskompetenz** unterstützen, nannten folgende Maßnahmen am häufigsten: Informationsbroschüren/Infoblatt zu häufigen Diagnosen/Behandlungen (163 Nennungen), Patienteninfomappe (149 Nennungen), Plakate/Informationstafeln (141 Nennungen), Website (131 Nennungen), Patientenschulungen (121 Nennungen), Videodolmetschen (90 Nennungen) und Informationsfilme (86 Nennungen). (Nr. 5.4.1.1, neue Frage)
- » Bei der Frage, ob den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern regelmäßig Schulungen zur **patientenzentrierten Gesprächsführung** angeboten werden, gibt es Unterschiede zwischen den Krankenhaustypen. In Zentralkrankenanstalten werden diese in allen Einrichtungen angeboten. Weniger häufig werden sie in Schwerpunktkrankenanstalten (87 %), Standardkrankenanstalten (85 %), Sanatorien (59 %) und Sonderkrankenanstalten (57 %) angeboten. Jene Einrichtungen, die ihren Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern regelmäßig Schulungen zur patientenzentrierten Gesprächsführung anbieten, bieten diese vorrangig den Berufsgruppen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (125 Nennungen), des Ärztlichen Dienstes (124 Nennungen), des Gehobenen medizinisch-technischen Dienstes (106 Nennungen), des Psychologischen Dienstes (97 Nennungen) und der Verwaltung (inklusive technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.) (96 Nennungen) an. (Nr. 5.4.2; 5.4.2.1, neue Frage)
- » Bei der Frage, ob bei der Neuerstellung von Patienteninformationen durch die Einrichtung selbst die **Qualitätskriterien einer „guten Gesundheitsinformation“** berücksichtigt werden, zeigt sich, dass ein Teil der Sanatorien keine Patienteninformationen erstellt (19 %). Bei den anderen Krankenhaustypen ist dieser Anteil im einstelligen Bereich. 88 Prozent der Zentral-, 75 Prozent der Standard-, 73 Prozent der Schwerpunktkrankenanstalten und 58 Prozent der Sanatorien, die Patienteninformationen erstellen, berücksichtigen die Qualitätskriterien einer „guten Gesundheitsinformation“. (Nr. 5.4.3)

43

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. BMSGPK 2018b).

- » Deutliche Unterschiede sind bei der Frage, ob in der Einrichtung **Maßnahmen zur Einbindung von Selbsthilfegruppen** gesetzt werden, feststellbar. Alle Zentralkrankenanstalten bejahen diese Frage ebenso 97 Prozent der Schwerpunkt- und 85 Prozent der Standardkrankenanstalten. Deutlich weniger Zustimmung findet sich bei den Sonderkrankenanstalten mit 46 Prozent und bei Sanatorien mit 16 Prozent. (Nr. 5.4.4)
- » Bei der Frage, ob für Mitarbeiter:innen **regelmäßig Schulungen zum Thema Patientenrechte** angeboten werden, stimmen Zentralkrankenanstalten zu 88 Prozent, Schwerpunktkrankenanstalten zu 71 Prozent, Standardkrankenanstalten zu 68 Prozent, Sanatorien zu 56 Prozent und Sonderkrankenanstalten zu 43 Prozent mit „Ja“. (Nr. 5.4.6)
- » Von den Krankenanstalten der Akutversorgung, die regelmäßige **Patientenbefragungen** durchführen, werden diese in 127 Einrichtungen kontinuierlich (z. B. Patientenfeedbackbögen), in 49 Einrichtungen einmal im Jahr, innerhalb eines begrenzten Zeitraums, und in 47 Einrichtungen in Abständen von zwei bis fünf Jahren durchgeführt. (Nr. 5.4.7.1)
- » Die Krankenanstalten der Akutversorgung 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 (166 Nennungen), barrierefreie Stellplätze für Pkw bzw. Zufahrtswege für Fahrtendienste (164 Nennungen), Einrichtung und Ausstattung: z. B. Sanitärräume, Haltegriffe/Handläufe, Sitzgelegenheiten, Orientierungssysteme und Beleuchtung, Möblierung (163 Nennungen), Gebäudegestaltung innerhalb des Gebäudes: z. B. Stufen, Türschwellen, Türrahmen, Umkleidekabinen, Aufenthaltsräume (153 Nennungen) sowie Information und Kommunikation: z. B. Texte in leicht verständlicher Sprache, Übersetzung in Fremdsprachen oder Gebärdensprache (109 Nennungen). Von acht Einrichtungen wurden unter „Sonstige“ Maßnahmen nachfolgend rückgemeldet: Lotsendienst ab der Rezeption, Blindengehwege, Organisation der Informations- und Orientierungskette: (es steht dem Patienten die Möglichkeit eines Begleitservices zur Verfügung), taktiles Leitsystem im Eingangsbereich und vertiefte Anmeldeplätze für Rollstuhlfahrer in der zentralen Anmeldung und beim OP, Maßnahmen im Rahmen des barrierefreien Bauens, die mit dem Behindertenverband abgestimmt wurden, und Videodolmetsch. (Nr. 5.4.9, neue Frage)
- » Bei der Frage, ob **Informationen über die Erreichbarkeit und bauliche Barrierefreiheit** der Einrichtung öffentlich verfügbar (Website, Informationsfolder u. Ä.) gemacht werden, gaben alle Zentralkrankenanstalten an, dies zu tun. 94 Prozent der Schwerpunktkrankenanstalten, 90 Prozent der Standardkrankenanstalten, 81 Prozent der Sanatorien und 75 Prozent der Sonderkrankenanstalten tun dies. (Nr. 5.4.10)
- » Noch größere Unterschiede zwischen den Einrichtungstypen findet sich bei der Frage, ob den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern **Schulungen/Fortbildungen zum Umgang mit Menschen mit Behinderung** angeboten werden. Alle Zentralkrankenanstalten bieten ihren Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern Schulungen/Fortbildungen an. Schwerpunktkrankenanstalten tun dies zu 81 Prozent, Standardkrankenanstalten zu 59 Prozent, Sonderkrankenanstalten zu 57 Prozent und Sanatorien zu 44 Prozent. (Nr. 5.4.11)

### 3.4.5 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen bzw. Patienten

Tabelle 3.10:

Fragenblock 5.5. Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen bzw. Patienten; Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170)

Nr.	Fragen	Anteil/ Anzahl
5.5.1	Gibt es in der Einrichtung ein <b>strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement</b> ? <sup>244</sup>	97 % 165 KA
5.5.3	Bekommen Patientinnen bzw. Patienten eine individuelle Rückmeldung zu <b>schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden</b> (Ausnahme anonyme Meldung)?	99 % 168 KA
5.5.4	Werden aus Vorschlägen und Beschwerden auf Basis eines festgelegten Prozesses <b>strukturiert Maßnahmen abgeleitet</b> ?	98 % 167 KA
5.5.5	Werden für Patientinnen bzw. Patienten im Bedarfsfall <b>Informationen</b> zu Patientenanwaltschaften (Länder), Ombuds-/Beschwerdestellen (Sozialversicherungsträger, Träger), Schieds- und Schlichtungsstellen (Ärzttekammern) <b>bereitgestellt</b> ?	98 % 166 KA

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Bei der Frage, ob in der Einrichtung ein **strukturiertes Beschwerde /Feedbackmanagement** vorhanden ist, geben alle Zentral-, Schwerpunkt und Standardkrankenanstalten an ein solches zu haben. 96 Prozent der Sonderkrankenanstalten und 88 Prozent der Sanatorien haben ein strukturiertes Beschwerde /Feedbackmanagement implementiert. (Nr. 5.5.1)
- » 168 Einrichtungen erfassen **mündlich eingebrachte Beschwerden** in schriftlicher Form. Zudem werden auch nachfolgende Erhebungsmethoden genutzt: Patientenbefragung (162 Nennungen), Eingabemöglichkeit über die Website der Einrichtung bzw. per E-Mail (144 Nennungen), Beschwerdebögen / Vorschlags- bzw. Beschwerdebriefkästen (136 Nennungen), Ombuds-/Beschwerdestelle (127 Nennungen). (Nr. 5.5.2)
- » Bis auf die Sanatorien (88 %) stellen alle Krankenhaustypen im Bedarfsfall **Informationen zu Patientenanwaltschaften** (Länder), Ombuds-/Beschwerdestellen (Sozialversicherungsträger, Träger) sowie Schieds- und Schlichtungsstellen (Ärzttekammern) für Patientinnen bzw. Patienten zur Verfügung (Nr. 5.5.5).

44

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.

## 3.4.6 Mitarbeiterorientierung

Tabelle 3.11:

Fragenblock 5.6 Mitarbeiterorientierung; Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170)

Nr.	Fragen	Anteil/ Anzahl
5.6.1	Werden in der Einrichtung regelmäßig <b>Mitarbeiterbefragungen</b> durchgeführt?*	89 % 152 KA
5.6.1.3	Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet? (n = 152)	99 % 151 KA
5.6.2	Werden in der Einrichtung regelmäßig strukturierte <b>Mitarbeitergespräche</b> geführt?*	98 % 166 KA
5.6.3	Gibt es in der Einrichtung ein <b>Personalentwicklungskonzept</b> ?*	88 % 149 KA
5.6.4	Werden <b>Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche</b> der Mitarbeiter:innen regelmäßig ermittelt?*	98 % 167 KA
5.6.5	Werden <b>Fort- und Weiterbildungen</b> der Mitarbeiter:innen strukturiert erfasst?#45	86 %#46 147 KA#46
5.6.6	Gibt es eine <b>zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung</b> der Mitarbeiter:innen?	70 %#46 119 KA#46
5.6.8	Ist in der Einrichtung ein <b>Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ein betriebliches Gesundheitsmanagement</b> etabliert?	86 % 146 KA
5.6.9	Gibt es ein <b>betriebliches Vorschlagswesen/Ideemanagement</b> für Mitarbeiter:innen?	87 % 148 KA
5.6.10	Gibt es in der Einrichtung die Möglichkeit, dass bei Bedarf eine <b>klinische Ethikberatung</b> hinzugezogen wird (Nicht gemeint ist die Ethikkommission)?#47 ( <i>neue Frage</i> )	64 % 108 KA
5.6.11	Gibt es in der Einrichtung eine <b>standardisierte Vorgehensweise zum Thema End-of-life</b> ?#48 ( <i>neue Frage</i> )	64 % 108 KA

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

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

45

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

46

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

47

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. Akademie für Ethik in der Medizin e. V. 2010)

48

Nähere Information vgl. beispielsweise die Leitlinie der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin, (vgl. Friesenecker et al. 2013).

- » **Mitarbeiterbefragungen** werden nicht in allen Krankenhaustypen gleich häufig durchgeführt. 97 Prozent der Schwerpunktkrankenanstalten, 94 Prozent der Standardkrankenanstalten, 84 Prozent der Sanatorien und 79 Prozent der Sonderkrankenanstalten führen diese durch. Von den 152 Krankenanstalten der Akutversorgung, die regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durchführen, befragen 141 Einrichtungen alle Mitarbeiter:innen, elf Einrichtungen bestimmte Mitarbeitergruppen oder in einigen ausgewählten Abteilungen. 16 Einrichtungen führen die Mitarbeiterbefragung einmal im Jahr durch und alle anderen 136 Einrichtungen in Abständen zwischen zwei und fünf Jahren. (Nr. 5.6.1; 5.6.1.1; 5.6.1.2)
- » In den Krankenanstalten der Akutversorgung, die regelmäßig **strukturierte Mitarbeitergespräche** durchführen, werden diese vom überwiegenden Teil der Einrichtungen mit allen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern durchgeführt. 47 Einrichtungen geben an diese mit bestimmten Mitarbeitergruppen oder in einigen Bereichen (z. B. in ausgewählten Abteilungen) durchzuführen. 94 der 166 Einrichtungen, die regelmäßig Mitarbeitergespräche durchführen, führen diese jährlich durch, 72 Einrichtungen in Abständen zwischen zwei und fünf Jahren. (Nr. 5.6.2.1; 5.6.2.2)
- » Ein **Personalentwicklungskonzept** ist in allen Schwerpunktkrankenanstalten vorhanden. In 89 Prozent der Sonder- und Standardkrankenanstalten, in 88 Prozent Zentralkrankenanstalten und in 72 Prozent der Sanatorien ist dieses zu finden. (Nr. 5.6.3)
- » 147 Einrichtungen, die die **Fort- und Weiterbildungen**<sup>49</sup> der Mitarbeiter:innen **strukturiert erfassen**, tun dies für alle Mitarbeiter:innen und 21 Einrichtungen für einzelne Mitarbeitergruppen. Genannt werden: Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (20 Nennungen), Ärztlicher Dienst (16 Nennungen), Gehobene medizinisch-technische Dienste (12 Nennungen), Verwaltung (8 Nennungen), Psychologischer Dienst (5 Nennungen), Psychotherapeutischer Dienst (2 Nennungen) und „sonstige“ (1 Nennung). (Nr. 5.6.5\*; 5.6.5.1)
- » Krankenanstalten der Akutversorgung, die zurückmelden, dass sie eine **zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung** der Mitarbeiter:innen haben, haben diese in 119 Einrichtungen für alle Mitarbeitergruppen und in 36 Einrichtungen für einzelne Mitarbeitergruppen. Eine zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter:innen wird in allen Zentralkrankenanstalten für alle Mitarbeiter:innen durchgeführt. In den anderen Krankenhaustypen sieht dies anders aus: Standardkrankenanstalten: 63 Prozent für alle Mitarbeiter:innen, 31 Prozent für einzelne Mitarbeitergruppen; Schwerpunktkrankenanstalten: 84 Prozent für alle Mitarbeiter:innen, zehn Prozent für einzelne Mitarbeitergruppen; Sonderkrankenanstalten: 75 Prozent für alle Mitarbeiter:innen, 18 Prozent für einzelne Mitarbeitergruppen; Sanatorien: 59 Prozent für alle Mitarbeiter:innen, 19 Prozent für einzelne Mitarbeitergruppen. Als Mitarbeitergruppen wurden Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (36 Nennungen), Ärztlicher Dienst (24 Nennungen), Gehobene medizinisch-technische Dienste und Verwaltung (inklusive technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.) (jeweils 22 Nennungen), Psychologischer Dienst (13 Nennungen), Psychotherapeutischer Dienst (8 Nennungen) und „sonstige“ Berufsgruppen (6 Nennungen) genannt. (Nr. 5.6.6; 5.6.6.1).
- » Die **Einschulung** der Mitarbeiter:innen in die Anwendung der in ihrem Einsatzgebiet erforderlichen **medizinischen Geräte** ist gesetzlich vorgeschrieben (vgl. MPG). Alle Einrichtungen

---

49

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

schulen ihre Mitarbeiter:innen bei Dienstantritt (neue Mitarbeiter:innen), beim Einsatz neuer Geräte (168 Nennungen) und nach längerer Abwesenheit der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters (133 Nennungen). 41 Einrichtungen gaben „Sonstige“ an (Nr. 5.6.7\*).

- » Das **Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ein betriebliches Gesundheitsmanagement** ist noch nicht in allen Einrichtungen etabliert, außer in den Zentralkrankenanstalten. In 97 Prozent Schwerpunktkrankenanstalten, in 86 Prozent der Standard- und Sonderkrankenanstalten und in 72 Prozent der Sanatorien ist das Konzept vorhanden. (Nr. 5.6.8)
- » Ein **betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement** für Mitarbeiter:innen wurde von den unterschiedlichen Krankenhaustypen unterschiedlich umgesetzt. In 94 Prozent der Schwerpunktkrankenanstalten, in 89 Prozent der Standardkrankenanstalten, in 84 Prozent der Sanatorien, in 82 Prozent der Sonderkrankenanstalten und in 75 Prozent der Zentralkrankenanstalten ist dies umgesetzt. (Nr. 5.6.9)
- » Die Frage, ob in der Einrichtung die Möglichkeit besteht, dass bei Bedarf eine **klinische Ethikberatung** hinzugezogen wird (nicht gemeint ist die Ethikkommission), wird je nach Krankenhaustyp unterschiedlich beantwortet. Während alle Zentralkrankenanstalten eine klinische Ethikberatung hinzuziehen können, können dies 90 Prozent der Schwerpunktkrankenanstalten, 72 Prozent der Standardkrankenanstalten, 57 Prozent der Sonderkrankenanstalten und 16 Prozent der Sanatorien. (Nr. 5.6.10)
- » Auch die Frage, ob in der Einrichtung eine standardisierte **Vorgehensweise zum Thema End-of-life** existiert, wird von den Krankenhaustypen jeweils unterschiedlich beantwortet. In 88 Prozent der Zentralkrankenanstalten, in 77 Prozent der Standardkrankenanstalten, in 71 Prozent der Schwerpunktkrankenanstalten, in 61 Prozent der Sonderkrankenanstalten und in 22 Prozent der Sanatorien existiert diese. (Nr. 5.6.11)

### 3.4.7 Risikomanagement/Patienten- und Mitarbeitersicherheit

Tabelle 3.12:

Fragenblock 5.7 Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit;  
Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“  
beantworteten (N = 170)

Nr.	Fragen	Anteil/ Anzahl
5.7.1	Gibt es in der Einrichtung ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern ( <b>Risikomanagement</b> )?*	96 % 164 KA
5.7.2	Werden <b>Instrumente des Risikomanagements</b> in der Einrichtung verwendet?*(Mehrfachantwort möglich)	98 % 167 KA
5.7.2.1	<i>Welche Instrumente?</i> einrichtungsinterne/trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme (Reporting- & Learning-Systeme) (n = 167)	89 % 149 KA
	übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at) (n = 167)	73 % 122 KA
	Risikoanalyse (n = 167)	90 % 150 KA
	Risikoaudit (n = 167)	74 % 124 KA
	Fehleranalyse (z. B. anhand des London-Protokolls) (n = 167)	73 % 122 KA
	andere Instrumente bzw. ein anderes Instrument, welches hier nicht angeführt wird? (n = 167)	30 % 50 KA
5.7.3	Ist in der Einrichtung ein interaktives EDV-System zur <b>Medikationssicherheit</b> implementiert (inklusive Interaktionsprüfung)? <sup>50</sup>	45 % 76 KA
5.7.4	Werden Mitarbeiter:innen mithilfe eines standardisierten Informationsprozesses über <b>individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken</b> bei Patientinnen bzw. Patienten informiert z. B. Allergien, Desorientierung?	95 % 162 KA
5.7.5	Werden in der Einrichtung <b>Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen</b> durchgeführt? ( <i>neue Frage</i> )	69 % 118 KA

Fortsetzung nächste Seite

50

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



Fortsetzung Tabelle 3.12

Nr.	Fragen	Anteil/ Anzahl
5.7.6	Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern <b>Aus- und Fortbildungen zu Risikokommunikation</b> (Gesprächen) mit Patientinnen bzw. Patienten bzw. ihren Angehörigen angeboten? <sup>51</sup> ( <i>neue Frage</i> )	38 % <sup>52</sup> 64 KA <sup>52</sup>
5.7.7	Sind in der Einrichtung <b>Unterstützungsmaßnahmen</b> (z. B. peer support groups und/oder professionelle Hilfe) <b>für Angehörige der Gesundheitsberufe</b> , die an Fehlern und/oder Zwischenfällen beteiligt waren („second victim“), implementiert?	80 % 136 KA
5.7.8	Gibt es ein <b>strukturiertes Feedback</b> an betroffene Patientinnen bzw. Patienten, wenn unerwünschte Ereignisse oder Fehler analysiert und bearbeitet worden sind? ( <i>neue Frage</i> )	73 % 124 KA
5.7.9	Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern regelmäßig Schulungen/Fortbildungen zur <b>Patientensicherheit</b> angeboten? ( <i>neue Frage</i> )	91 % 155 KA
5.7.10	Wenden Sie <b>Kennzahlen und/oder Indikatoren</b> zur Überwachung patientensicherheitsrelevanter Aspekte in der Einrichtung an, z. B. unerwünschte Arzneimittelereignisse (adverse drug events)? ( <i>neue Frage</i> )	96 % 164 KA

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

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Jene 50 Einrichtungen, die noch weitere **Instrumente des Risikomanagements** zurückmelden, welche nicht angeführt sind, nennen u. a. folgende: Beschwerdemanagement, Peer Reviews, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, Corrective and Preventive Action (CAPA), Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse (FMEA), Ishikawa-Diagramm, Prozessanalyse, Prozessaudits, SWOT-Analysen, Ereignismanagement, Look Alike, Patientensicherheitsbroschüre, Environment of Care Safety Rounds, Debriefings, Zwei-Faktoren-Analysen, Risikomatrix, Schadenfallanalyse, Simulationen, SMS-Sicherheitsmeldesystem, Stop-Injekt Check, Deeskalationsmanagement, Meldeportale, Befragungen, Expertengruppen, Qualitätszirkel, Medical Team Trainings. (Nr. 5.7.2.1)
- » Die Frage, ob in der Einrichtung ein **interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit** implementiert (inklusive Interaktionsprüfung) ist, wird von den Krankenhaustypen unterschiedlich beantwortet. Am häufigsten ist dieses in 71 Prozent der Schwerpunktkrankenanstalten etabliert. Weniger häufig ist es in 52 Prozent der Standardkrankenanstalten, in 28 Prozent der Sanatorien, in 25 Prozent der Zentralkrankenanstalten und in 21 Prozent der Sonderkrankenanstalten etabliert. (Nr. 5.7.3)
- » Mitarbeiter:innen werden mithilfe eines **standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken** bei Patientinnen bzw. Patienten z. B.

51

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).

52

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

Allergien, Desorientierung in den jeweiligen Krankenhaustypen unterschiedlich informiert. Alle Zentral-, Schwerpunkt- und Sonderkrankenanstalten informieren ihre Mitarbeiter:innen darüber. In 99 Prozent der Standardkrankenanstalten und in 78 Prozent der Sanatorien geschieht dies. (Nr. 5.7.4)

- » Die Durchführung von **Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen** erfolgt von den jeweiligen Krankenhaustypen unterschiedlich. Alle Zentralkrankenanstalten, 97 Prozent der Schwerpunktkrankenanstalten, 76 Prozent der Standardkrankenanstalten, 61 Prozent der Sonderkrankenanstalten und 28 Prozent der Sanatorien führen diese durch. (Nr. 5.7.5)
- » Aus- und Fortbildungen zu **Risikokommunikation** (Gesprächen) mit Patientinnen bzw. Patienten bzw. ihren Angehörigen werden in 64 der 170 Einrichtungen für alle Mitarbeiter:innen und in 62 Einrichtungen für einzelne Mitarbeitergruppen angeboten. In 44 Einrichtungen werden keine Aus- und Fortbildungen zu Risikokommunikation angeboten. Unterschiede gibt es zwischen den Krankenhaustypen. In allen Zentralkrankenanstalten werden den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Aus- und Fortbildungen angeboten. In 13 Prozent der Schwerpunktkrankenanstalten, in 17 Prozent der Standardkrankenanstalten, in 36 Prozent der Sonderkrankenanstalten und in 56 Prozent der Sanatorien besteht kein derartiges Angebot. (Nr. 5.7.6)
- » In allen Zentralkrankenanstalten sind **Unterstützungsmaßnahmen** (z. B. peer support groups und/oder professionelle Hilfe) für Angehörige der **Gesundheitsberufe**, die an Fehlern und Zwischenfällen beteiligt waren („second victim“), implementiert. Weniger häufig sind diese in Schwerpunktkrankenanstalten (97 %), Standardkrankenanstalten (92 %), Sonderkrankenanstalten (75 %) und Sanatorien (38 %) etabliert. (Nr. 5.7.7)
- » In allen Zentralkrankenanstalten werden Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern **regelmäßig Schulungen/Fortbildungen zur Patientensicherheit** angeboten. Weniger häufig werden diese in Standardkrankenanstalten (96 %), Schwerpunktkrankenanstalten (94 %), Sonderkrankenanstalten (86 %) und Sanatorien (81 %) angeboten. (Nr. 5.7.9)
- » In allen Zentral-, Schwerpunkt- und Standardkrankenanstalten werden **Kennzahlen und/oder Indikatoren zur Überwachung patientensicherheitsrelevanter Aspekte** in der Einrichtung angewandt, z. B. unerwünschte Arzneimittelereignisse (adverse drug events). 91 Prozent der Sanatorien und 89 Prozent der Sonderkrankenanstalten wenden Kennzahlen an. (Nr. 5.7.10)

## 3.4.8 Krankenhaushygiene

Tabelle 3.13:

Fragenblock 5.8 Krankenhaushygiene;

Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170)

Nr.	Fragen	Anteil/ Anzahl
5.8.1	Orientiert sich die <b>Krankenhaushygiene</b> am bundesweiten Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene? <sup>53</sup>	99 % 169 KA
5.8.5	Gibt es in der Einrichtung zusätzlich zum Hygieneteam eine <b>Hygienekommission</b> ?	77 % 131 KA
5.8.5.3	Gibt es die Möglichkeit im Anlassfall die Hygienekommission einzuberufen? (n = 131)	98 % 129 KA
5.8.6	Nimmt die Einrichtung an <b>Hygieneprojekten</b> teil, wie z. B. an der Aktion Saubere Hände, PPS (Punkt-Prävalenz-Untersuchung)?	76 % 130 KA
5.8.7	Erfasst die Einrichtung zusätzlich über die im A-HAI Projekt erforderlichen <b>Indikatoroperationen</b> (wie z. B. Cholezystektomie, Hüftendoprothese) hinaus weitere? ( <i>neue Frage</i> )	47 % 80 KA
5.8.8	Gibt es in der Einrichtung eine:n <b>Antibiotika-Beauftragte:n</b> oder eine <b>Antibiotika-Kommission</b> ?	69 % 118 KA
5.8.9	Werden in der Einrichtung <b>Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung</b> umgesetzt?	61 % 103 KA
5.8.10	Gibt es in der Einrichtung eine Erfassung des <b>Antibiotika-Verbrauches</b> ?	76 % 130 KA
5.8.10.1	Wird in der Einrichtung regelmäßig stationsbasiert der Antibiotika-Verbrauch erhoben? (n = 130)	81 % 105 KA
5.8.11	Wird in der Einrichtung der <b>Desinfektionsmittelverbrauch</b> erhoben, z. B. von Händedesinfektionsmitteln?	92 % 157 KA
5.8.12	Wird in der Einrichtung ein <b>Hygienebericht</b> erstellt? <sup>54</sup>	95 % 162 KA
5.8.12.1	Wird dieser Hygienebericht veröffentlicht? (n = 162)	5 % <sup>55</sup> 8 KA <sup>55</sup>

Subfragen sind in den Tabellen eingerückt dargestellt

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

53

(vgl. BMSGPK 2021b)

54

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

55

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** vorrangig aus nachfolgenden Mitgliedern zusammen<sup>56</sup>: Hygienefachkraft (Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege) (168 Nennungen), hygienebeauftragte Ärztin bzw. hygienebeauftragter Arzt (166 Nennungen), Krankenhaushygieniker:in (Fachärztin bzw. Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie) (77 Nennungen). 67 Einrichtungen nennen unter „Sonstiges“ u. a. noch nachfolgende Mitglieder: Hygienekontaktperson, hygienebeauftragte Person, diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson, Mikrobiologin bzw. Mikrobiologe, biomedizinischer bzw. biomedizinische Analytiker:in, Hygienetechniker:in, Qualitäts- und Risikomanager:in, Vertretungen der Kollegialen Führung, Hebammen, Vertretungen bestimmter Bereiche (z. B. OP, Aufbereitungseinheit für Medizinprodukte, Institut für Hygiene), externe Beratungsperson und Verwaltungsbedienstete:r. Das Treffen des Hygieneteams findet in 27 Einrichtungen täglich, in 48 Einrichtungen wöchentlich, in 29 Einrichtungen monatlich, in 56 Einrichtungen vierteljährlich, in sechs Einrichtungen halbjährlich und in vier Einrichtungen in längeren Abständen statt. Das Hygieneteam bespricht die Belange vielfach mit mehreren Ansprechpersonen/Verantwortungsbereichen: der Kollegialen Führung / (Geschäfts-)Leitung (170 Nennungen), weiteren Führungskräften und dem Stationspersonal (jeweils 158 Nennungen), einzelnen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern (147 Nennungen) und der Qualitätssicherungskommission (128 Nennungen). (Nr. 5.8.2–5.8.4)
- » Ob es zusätzlich zum Hygieneteam eine **Hygienekommission** in der Einrichtung gibt, wird von den jeweiligen Krankentypen unterschiedlich beantwortet. In 88 Prozent der Zentralkrankenanstalten, in 87 Prozent Schwerpunktkrankenanstalten, in 79 Prozent der Sonderkrankenanstalten, in 76 Prozent der Standardkrankenanstalten und in 66 Prozent der Sanatorien existiert diese. In den Einrichtungen, die zusätzlich zum Hygieneteam eine Hygienekommission haben, besteht diese in 131 Einrichtungen neben den Personen des Hygieneteams noch aus Vertreterinnen bzw. Vertretern folgender Bereiche: Kollegiale Führung / (Geschäfts-)Leitung (123 Nennungen), Ärztlicher Dienst (86 Nennungen), Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (75 Nennungen), Verwaltungsdienst (49 Nennungen), Gehobene medizinisch-technische Dienste (33 Nennungen) und Hebammen (2 Nennungen). „Sonstige Berufsgruppen“ werden von 62 Einrichtungen rückgemeldet, u. a. werden nachfolgende genannt: Amtsärztin bzw. -arzt, antibiotikabeauftragte:r Ärztin bzw. Arzt, Arbeitsmediziner:in, Betriebsärztin bzw. -arzt, Betriebsrätin bzw. -rat, Hygiene- und Sicherheitsfachkraft, (leitende) Mitarbeiterin bzw. (leitender) Mitarbeiter. Anlassbezogen kommen weitere Vertreter:innen aus den Bereichen hinzu: Apotheke, Labor, Qualitäts- und Risikomanagement, technischer Dienst / Medizintechnik, Rechtsabteilung, Rektorat, Stabsstelle Patientensicherheitsmanagement & Organisationsentwicklung, Blut-, Gewebebeauftragte:r, externe Hygieneberaterin bzw. externer Hygieneberater, Brandschutzbeauftragte:r, Pharmakologin bzw. Pharmakologe, Pharmazeut:in, Physiotherapeut:in, Wirtschaftsbereich/Einkauf und Reinigung. Die Treffen der Hygienekommission finden in 39 Einrichtungen vierteljährlich, in 61 Einrichtungen halbjährlich und in 31 Einrichtungen in längeren Abständen statt. (Nr. 5.8.5; 5.8.5.1; 5.8.5.2)

---

56

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)

- » Die jeweiligen Krankenhaustypen nehmen unterschiedlich häufig an **Hygieneprojekten**, wie z. B. der Aktion Saubere Hände, PPS (Punkt-Prävalenz-Untersuchung) teil. 90 Prozent der Schwerpunktkrankenhäuser, 79 Prozent der Sonderkrankenhäuser, 76 Prozent der Standardkrankenhäuser, 75 Prozent der Zentralkrankenhäuser und 63 Prozent der Sanatorien nehmen daran teil. Die Krankenhäuser der Akutversorgung, die an – oftmals mehreren Hygieneprojekten – teilnehmen, nennen u. a. nachfolgende Projekte: Aktion Saubere Hände, Punkt-Prävalenzuntersuchung (PPS), KISS, Hand-KISS, OP-KISS, ANISS – Surveillance von postoperativen Wundinfektionen, Patientensicherheitstag, Hygienetag, Händedesinfektionsmittelverbrauch, HyBase (Infektionserfassungssystem), Resistenzmonitor, einrichtungsinternes nosokomiales Surveillance System, HACCP (Hazard Analysis and Critical Control Points), Antimicrobial Stewardship (Nr. 5.8.6).
- » Die Frage, ob die Einrichtung über die im A-HAI-Projekt (vgl. Rahmenrichtlinie für die systematische Erfassung von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen (BMSGPK 2022)) erforderlichen **Indikatoroperationen** (wie z. B. Cholezystektomie, Hüftendoprothese) hinaus weitere erfasst, bejahen die Krankenhaustypen zu unterschiedlichen Prozentsätzen. 75 Prozent der Zentralkrankenhäuser, 68 Prozent der Schwerpunktkrankenhäuser, 49 Prozent der Standardkrankenhäuser, 31 Prozent der Sanatorien und 29 Prozent der Sonderkrankenhäuser erfassen weitere Indikatoroperationen. Einrichtungen, die über die im A-HAI-Projekt erforderlichen Indikatoroperationen (wie z. B. Cholezystektomie, Hüftendoprothese) hinaus weitere Indikatoroperationen erfassen, nennen am häufigsten folgende: Sectio (44 Nennungen) (ab dem Datenjahr 2024 verpflichtend), Knieprothese (41 Nennungen), Operation am Dickdarm (14 Nennungen), Appendektomie und Hernienoperation (jeweils 11 Nennungen). 32 Einrichtungen haben noch „sonstige“ Indikatoroperationen angegeben, u. a. arthroskopische Eingriffe, arterielle Rekonstruktionen – untere Extremitäten, subpertrochantäre Frakturen, Gefäßchirurgie – untere Extremitäten, Kraniotomie (Schädeleröffnung), Ohrspeicheldrüse, lumbale Discushernie, Spondylodese, Eingriffe am Dickdarm, Dünndarm, Rektum, Lobektomie, Katarakt-OP, geschlossene Reposition bei Fraktur des proximalen Femurs, oberes Sprunggelenk, Mamma, Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes arthroskopisch, Rekonstruktion der Rotatorenmanschette arthroskopisch, Osteosynthese der Malleolenengabel, nosokomiale Infektionen, denen eine aseptische OP zugrunde liegt. (Nr. 5.8.7; 5.8.7.1)
- » 94 Prozent der Schwerpunktkrankenhäuser geben an, dass es in der Einrichtung eine:n **Antibiotikabeauftragte:n** oder eine **Antibiotika-Kommission** gibt. In 88 Prozent der Zentralkrankenhäuser, in 85 Prozent der Standardkrankenhäuser, in 54 Prozent der Sonderkrankenhäuser und in 22 Prozent der Sanatorien gibt es diese. (Nr. 5.8.8)
- » Bei der Frage, ob in der Einrichtung **Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung** umgesetzt werden, bejahen dies 88 Prozent der Zentralkrankenhäuser, 84 Prozent der Schwerpunktkrankenhäuser, 68 Prozent der Standardkrankenhäuser, 54 Prozent der Sonderkrankenhäuser und 22 Prozent der Sanatorien. (Nr. 5.8.9)
- » Die **Erfassung des Antibiotika-Verbrauches** erfolgt in 97 Prozent der Schwerpunktkrankenhäuser, in 88 Prozent der Zentralkrankenhäuser, in 79 Prozent der Standardkrankenhäuser, in 71 Prozent der Sonderkrankenhäuser und in 53 Prozent der Sanatorien. (Nr. 5.8.10)
- » Der **Desinfektionsmittelverbrauch**, z. B. von Händedesinfektionsmitteln, wird in allen Zentral- und Schwerpunktkrankenhäusern erhoben, in 99 Prozent der Standardkrankenhäuser

ten, in 86 Prozent der Standardkrankenanstalten und in 75 Prozent der Sanatorien. Von jenen Krankenanstalten der Akutversorgung, in denen der Desinfektionsmittelverbrauch erhoben wird, erheben diesen 150 Einrichtungen jährlich und sieben Einrichtungen in längeren Abständen. (Nr. 5.8.11; 5.8.11.1)

- » Die Krankenanstalten der Akutversorgung, die einen **Hygienebericht**<sup>57</sup> erstellen, melden zurück, dass dieser vorwiegend nicht veröffentlicht wird, d. h., er dient ausschließlich der internen Verwendung oder der Meldung an Träger/Fonds/Land (154 Nennungen). Fünf Einrichtungen erstellen zwei Versionen des Hygieneberichts (eine für die interne Verwendung und eine für die Öffentlichkeit). Drei Einrichtungen geben an, dass der einrichtungseigene Bericht bzw. der Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes veröffentlicht wird. In 161 Krankenanstalten wird der Hygienebericht jährlich erstellt und in einer Einrichtung in längeren Abständen. (Nr. 5.8.12.1; 5.8.12.2)

### 3.4.9 Impfstatus der Mitarbeiter:innen

Tabelle 3.14:

Fragenblock 5.9 Impfstatus der Mitarbeiter:innen;

Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170)

Nr.	Fragen	Anteil/ Anzahl
5.9.1	Gibt es in der Einrichtung einen Umsetzungsplan, um die <b>österreichweiten Impfeempfehlungen</b> für das Gesundheitspersonal zu realisieren („Empfehlung zu Impfungen für das Gesundheitspersonal“)? <sup>58</sup>	87 % 148 KA
5.9.1.1	Wenn nein: Gibt es eine schriftliche Vorgabe zum Thema Impfungen für Mitarbeiter:innen? (n = 22)	18 % 4 KA
5.9.1.2	Wenn ja: Sind aus dem Umsetzungsplan konkrete Ziele abgeleitet? (n = 148)	92 % 136 KA
5.9.2	Wird in der Einrichtung die aufrechte Immunität der Mitarbeiter:innen gegen <b>Masern</b> erhoben und dokumentiert? <sup>59</sup>	76 % 129 KA
5.9.3	Wird in der Einrichtung die aufrechte Immunität der Mitarbeiter:innen gegen <b>Varizellen</b> erhoben und dokumentiert? <sup>60</sup>	71 % 120 KA

Fortsetzung nächste Seite

57

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

58

(vgl. BMSGPK 2021a)

59

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

60

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

Fortsetzung Tabelle 3.14

Nr.	Fragen	Anteil/ Anzahl
5.9.4	Wird in der Einrichtung der aufrechte Impfschutz der Mitarbeiter:innen gegenüber <b>Pertussis</b> regelmäßig erhoben und dokumentiert? <sup>61</sup>	40 % 68 KA
5.9.5	Gibt es in der Einrichtung eine schriftliche Vorgabe zur Sicherstellung der Durchführung von <b>Auffrischungsimpfungen</b> im jeweils empfohlenen Intervall hinsichtlich Pertussis?	27 % 46 KA
5.9.6	Wird in der Einrichtung jährlich die Durchimpfungsrate gegen <b>saisonale Influenza</b> aller Mitarbeiter:innen erhoben und dokumentiert?	64 % 108 KA

Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt.

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » In allen Zentral und Schwerpunktkrankenanstalten gibt es in der Einrichtung einen Umsetzungsplan, um die **österreichweiten Impfeempfehlungen** für das Gesundheitspersonal zu realisieren („Empfehlung zu Impfungen für das Gesundheitspersonal“). Weniger häufig findet sich dieser in Standardkrankenanstalten (94 %), in Sonderkrankenanstalten (89 %) und in Sanatorien (53 %). In den Krankenanstalten mit einem Umsetzungsplan, um die österreichweiten Impfeempfehlungen für das Gesundheitspersonal zu realisieren (BMSGPK 2021a), umfasst dieser in 143 Einrichtungen neu eintretende Mitarbeiter:innen, in 130 Einrichtungen alle angestellten Mitarbeiter:innen (Stammpersonal), in 126 Einrichtungen Auszubildende, Praktikantinnen bzw. Praktikanten und Zivildienstleistende, in 69 Einrichtungen dauerhaft eingesetzte „Leihmitarbeiter:innen“, z. B. von Sicherheitsfirmen, für die Reinigung, in 19 Einrichtungen zeitweise eingesetzte „Leihmitarbeiter:innen“, z. B. für Wartungen, Umbaumaßnahmen und Schulungen. 17 Einrichtungen nannten u. a. nachfolgende „sonstige“ Mitarbeitergruppen: Konsiliarärztinnen bzw. -ärzte, Seelsorge, Reinigungs- und Küchenpersonal der Fremdfirmen, Lehrer:innen, Verwaltung, ehrenamtliche Mitarbeiter:innen, Sitzwachen, Ordensschwwestern und Ordensbrüdern. (Nr. 5.9.1; 5.9.1.3)
- » Einrichtungen, die keinen Umsetzungsplan angaben, wurden gefragt, ob alternativ eine **schriftliche Vorgabe zum Thema Impfungen** für Mitarbeiter:innen existiert. Von diesen wurde in diesem Zusammenhang genannt: Richtlinie „Infektionsschutz“, Erhebungsblatt und Link zum Gesundheitsministerium. (Nr. 5.9.1.1.1)
- » Von den insgesamt 170 Krankenanstalten der Akutversorgung geben 129 an, dass sie die aufrechte Immunität der Mitarbeiter:innen gegen **Masern** erheben und dokumentieren. Dies erfolgt am häufigsten in den nachfolgenden Mitarbeitergruppen: Ärztlicher Dienst, Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Gehobene medizinisch-technische Dienste und Verwaltung (inkl. Technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.). Jene Krankenanstalten, die die Immunitätsrate dieser Mitarbeitergruppen beziffern, belaufen sich zwischen 20 und 100 Prozent. (Nr. 5.9.2; 5.9.2.1)
- » 120 der 170 Krankenanstalten der Akutversorgung geben an, dass sie die aufrechte Immunität der Mitarbeiter:innen gegen **Varizellen** erheben und dokumentieren. Dies erfolgt

61

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.

ebenso am häufigsten in den nachfolgenden Mitarbeitergruppen: Ärztlicher Dienst, Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Gehobene medizinisch-technische Dienste und Verwaltung (inkl. Technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.). Jene Einrichtungen, die die Immunitätsrate der Mitarbeitergruppen rückmelden, liegen zwischen 50 und 100 Prozent. (Nr. 5.9.3; 5.9.3.1)

- » Bei der Frage nach der Erhebung und Dokumentation der aufrechten Immunität der Mitarbeiter:innen gegen **Pertussis**, geben 68 der 170 Einrichtungen an dies zu tun. Auch hier erfolgt dies am häufigsten bei den Mitarbeitergruppen Ärztlicher Dienst, Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Gehobene medizinisch-technische Dienste, Psychologischer Dienst und Verwaltung (inkl. Technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.). Einrichtungen, die eine Immunitätsrate dieser Mitarbeitergruppen im Fragebogen angeben, belaufen sich zwischen 50 und 100 Prozent. (Nr. 5.9.4; 5.9.4.1)
- » Eine **schriftliche Vorgabe zur Sicherstellung der Durchführung von Auffrischungsimpfungen** im jeweils empfohlenen Intervall hinsichtlich **Pertussis** gibt es in der Hälfte der Zentral-, in 35 Prozent der Schwerpunkt-, in 29 Prozent der Sonder-, in 28 Prozent der Standardkrankenanstalten und in neun Prozent der Sanatorien. (Nr. 5.9.5)
- » In 88 Prozent der Zentral-, in 72 Prozent der Standard-, in 68 Prozent der Schwerpunkt-, in 64 Prozent der Sonderkrankenanstalten und in 34 Prozent der Sanatorien wird jährlich die Durchimpfungsrate gegen saisonale Influenza aller Mitarbeiter:innen erheben und dokumentiert. Von den 108 Krankenanstalten, die jährlich die Durchimpfungsrate gegen **saisonale Influenza** aller Mitarbeiter:innen erheben und dokumentieren, können 59 Einrichtungen diese für die vergangene abgeschlossene Influenzasaison (Saison 2021/2022) in Prozent angeben. Die Angaben der Durchimpfungsrate bewegen sich in diesen Einrichtungen zwischen vier und 56 Prozent. (Nr. 5.9.6; 5.9.6.1)

### 3.4.10 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

Tabelle 3.15:

Fragenblock 5.10 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP);

Anteil und Anzahl der Krankenanstalten der Akutversorgung, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 170)

Nr.	Fragen	Anteil/ Anzahl
5.10.1	Ist das Modell/Konzept eines <b>kontinuierlichen Verbesserungsprozesses</b> (KVP) verankert? <sup>62</sup>	91 % 155 KA

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

62

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.



- » In allen Zentralkrankenanstalten ist das Modell/Konzept eines **kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP)** verankert. Weiters ist dies in 94 Prozent der Schwerpunkt- und Standardkrankenanstalten, in 90 Prozent der Sanatorien und in 79 Prozent der Sonderkrankenanstalten verankert. (Nr. 5.10.1)
- » In allen Einrichtungen werden **Verbesserungen auf Basis von Daten/Auswertungen** initiiert. Folgende werden von den Einrichtungen am häufigsten genannt: Beschwerde-/Feedbackmanagement und Patientenbefragungen (jeweils 165 Nennungen), Risikomanagement, z. B. aus Fehlermelde- und Lernsystemen(164 Nennungen), Hygienedaten (163 Nennungen), interne/externe Audits oder Visitationen (159 Nennungen), Mitarbeiterbefragungen (151 Nennungen), Fälle von Personenschaden und Routinedaten, z. B. Abrechnungsdaten, Patientendaten, Kostendaten, Leistungsdaten (jeweils 150 Nennungen), Controlling, z. B. Aufzeichnungen, Auswertungen, Berichte oder Planungen der Controlling-Abteilung, Balanced Scorecard (BSC) (147 Nennungen), betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement (129 Nennungen), A-IQI, z. B. auf Basis von Peer Reviews (127 Nennungen), bundesweite Qualitätsregister (dazu zählen Herzschrittmacher-, ICD- und Loop-Recorder-Register, Stroke Unit) (73 Nennungen), „Sonstige“ (33 Nennungen) und patient-reported outcome measures (PROMs) (32 Nennungen). (Nr. 5.10.2\*)
- » Bei der Frage, aus welchen weiteren Quellen **Informationen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess** einfließen, wurden von den Einrichtungen Gespräche mit Zuweiserinnen bzw. Zuweisern (152 Nennungen), sonstige Vertrags- und Kooperationspartner / Institutionen (130 Nennungen), soziale Dienste / Pflegeheime (125 Nennungen), Patientenvertretungen/Patientenanwaltschaften (122 Nennungen), andere Krankenanstalten, z. B. Rehabilitationseinrichtungen, Akutkrankenhäuser, Langzeitversorgungseinrichtungen (109 Nennungen) und Selbsthilfegruppen (83 Nennungen) angegeben. (Nr. 5.10.3)

### 3.5 Ergebnisse hinsichtlich der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement festgelegt. Die Mindestanforderungen definieren Mindestinhalte im Qualitätsmanagement, 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 Akutversorgung integriert und mit einem Sternchen „\*“ gekennzeichnet. Die nähere Betrachtung dieser definierten Fragen gibt Aufschluss über den Erfüllungsgrad der Mindestanforderungen in den Einrichtungen. Die Auswertungen fließen seit 2016 in die vom BMSGPK betriebene Website [www.kliniksuche.at](http://www.kliniksuche.at) ein und werden dort veröffentlicht. Die Kliniksuche hat zum Ziel, die Bevölkerung in der Vorbereitung auf einen Krankenhausaufenthalt bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Im Kapitel zur Überarbeitung des Fragebogens wird beschrieben (vgl. Kapitel 2.1), dass die nachfolgende Frage nicht mehr als Mindestanforderung an Qualitätsmanagement gilt:

- » „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)?“

Begründet wird dies damit, dass durch die gesetzliche Verpflichtung der Teilnahme an der Qualitätsberichterstattung die Mindestanforderung aufgehoben wird. Der Fragebogen für die Erhebung der Qualitätssysteme in Krankenanstalten der Akutversorgung (Berichtsjahr 2022) enthält somit insgesamt 35 Fragen zu den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement.

Das BMSGPK legte im Jahr 2018 fest, welche Antwort(en) bei einer Frage der Mindestanforderung an Qualitätsmanagement gegeben sein muss (müssen), damit diese als erfüllt betrachtet wird. Alle Kriterien pro Frage und auch die Ergebnisse pro Frage sind im Anhang 3 angeführt.

Die Gesamtauswertung (vgl. Tabelle 3.16) zeigt, dass 68 Krankenanstalten (40 %) der Akutversorgung alle definierten Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement erfüllen. Die Hälfte aller Mindestanforderungen (18 von 35) erfüllen 99 Prozent der Einrichtungen. Eine Einrichtung erfüllt insgesamt nur zehn der 35 Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (29 %).

Tabelle 3.16:  
Erfüllungsgrad der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM) (N = 170)

Erfüllungsgrad der Mindestanforderungen an QM in % bzw. Fragenanzahl	100 % bzw. 35 MA an QM	mind. 90 % bzw. 32 MA an QM	mind. 80 % bzw. 28 MA an QM	mind. 75 % bzw. 27 MA an QM	mind. 50 % bzw. 18 MA an QM
Anteil und Anzahl der Krankenanstalten (KA) mit dem genannten Erfüllungsgrad	40 % 68 KA	86 % 147 KA	95 % 162 KA	98 % 166 KA	99 % 169 KA

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

In Summe haben 88 Prozent der Einrichtungen in privater Rechtsträgerschaft (30 von 34 Krankenanstalten der Akutversorgung) zumindest 80 Prozent der Fragen, die als Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement definiert sind, erfüllt. Bei den Einrichtungen in öffentlicher Rechtsträgerschaft haben 99 Prozent (135 der 136 Krankenanstalten der Akutversorgung) zumindest 80 Prozent der Fragen, die als Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement definiert sind, erfüllt.

Folgende sechs Fragen zu den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement erfüllen alle Krankenanstalten der Akutversorgung:

- » Nr. 3.12 Wie wird in der Einrichtung sichergestellt, dass für alle Gesundheitsberufe der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist?\*
- » 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. 5.1.1 Welche Leistungsprozesse/-abläufe sind in der Einrichtung schriftlich definiert?\*
- » Nr. 5.1.2 Ist ein Konzept für einrichtungsinterne medizinische Notfälle ausgearbeitet?\*

Nachfolgende Mindestanforderung an Qualitätsmanagement hat den geringsten Erfüllungsgrad:

- » Nr. 5.6.7 Die Einschulung der Mitarbeiter:innen in die Anwendung der in ihrem Einsatzgebiet erforderlichen medizinischen Geräte ist gesetzlich vorgeschrieben. Wann werden Mitarbeiter:innen in der 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 die ersten drei Antwortoptionen bestätigt. Dies erfolgt in 133 der 170 Krankenanstalten der Akutversorgung (78 %).

## 4 Gegenüberstellung der Ergebnisse aus den Berichtsjahren 2022, 2017, 2015 und 2012

Für die Gegenüberstellung der Auswertungsergebnisse können nur jene Fragen herangezogen werden, die über die Jahre hinweg unverändert geblieben sind. Zudem werden dafür nur jene Fragen herangezogen, die mit „Ja“ bzw. „Nein“ zu beantworten waren (Einfachauswahlmöglichkeit). Fragen mit Mehrfachantwortmöglichkeit wurden von der Gegenüberstellung ausgeschlossen. Durch die regelmäßige Überarbeitung und Erweiterung des Fragebogens zur Erhebung der Qualitätssysteme in Krankenanstalten der Akutversorgung hat sich im Laufe der Jahre die Anzahl jener Fragen erhöht, deren Ergebnisse mit mindestens einem der vorherigen Erhebungsjahre verglichen werden können. Für das Berichtsjahr 2022 stehen insgesamt 66 Fragen zur Verfügung, die für diesen Vergleich berücksichtigt wurden.

Für das Berichtsjahr 2012 haben 169 Einrichtungen, für 2015 161 Einrichtungen, für 2017 155 Einrichtungen und für 2022 170 Krankenanstalten der Akutversorgung an der gesetzlich verpflichtenden Qualitätsberichterstattung teilgenommen. Die Teilnahmequote lag jeweils bei 100 Prozent. Die schwankende Zahl an Einrichtungen in der Grundgesamtheit hat unterschiedliche Gründe, wie z. B. Neueröffnungen, Schließungen, Zusammenfassung mehrerer Krankenhäuser eines Krankenanstaltenträgers zu einem Verbund und seit 2022 die mögliche getrennte Erfassung der jeweiligen Standorte von Mehrfachstandortkrankenanstalten (vgl. auch Kapitel 2.2.). Alle Ergebnisse aus den Berichtsjahren können dem Anhang 4 entnommen werden. Die prozentualen Angaben beziehen sich jeweils auf die Grundgesamtheit des entsprechenden Jahres. Dies muss bei der Betrachtung des Vergleiches entsprechend berücksichtigt werden.

Zusammenfassend zeigt sich, dass es bei 53 von 66 Fragen, für die ein Vergleich zumindest mit einem der vorangegangenen Berichtsjahre möglich ist, zu einer Verbesserung der Ergebnisse gekommen ist. Das heißt, dass bei diesen Fragen die Prozentwerte im Jahr 2022 über den Ausgangswerten von 2012, 2015 und/oder 2017 liegen.

Verbessert hat sich beispielsweise im Jahresvergleich die **Mitarbeiterorientierung**. Dies betrifft insbesondere das Vorhandensein von Personalentwicklungskonzepten in den Einrichtungen und dass Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter:innen strukturiert erfasst werden. Zudem wurde zunehmend das Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung in den Einrichtungen und ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter:innen implementiert. Das strukturierte **Vorgehen beim Umgang mit Risiken**, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement) und die Implementierung von Unterstützungsmaßnahmen (z. B. peer support groups und/oder professioneller Hilfe) für Angehörige der Gesundheitsberufe, die an Fehlern und Zwischenfällen beteiligt waren („second victim“), verbesserten sich in den letzten zehn Jahren deutlich. Im Bereich der **Hygiene** haben immer mehr Einrichtungen eine Hygienekommission etabliert und es nehmen zusehends mehr Einrichtungen an Hygieneprojekten teil. Eine deutliche Zunahme ist auch bei der Verankerung eines Modells/Konzepts zum **kontinuierlichen Verbesserungsprozess** (KVP) feststellbar. Auch in anderen Bereichen sind positive Änderungen feststellbar, jedoch in geringerem Ausmaß und bewegen sich im Bereich von wenigen Prozentpunkten.

Bei wenigen Ergebnissen gibt es im Jahresvergleich 2017/2022 abnehmende Prozentwerte. Da die Angaben jedoch im einstelligen Bereich liegen und die Grundgesamtheiten der Vergleichsjahre unterschiedlich sind, werden diese Ergebnisse hier nicht gesondert hervorgehoben. Die Detailergebnisse können dem Anhang 4 entnommen werden.

### **Gegenüberstellung der Mindestanforderungen der Berichtsjahre 2022 und 2017**

Im Berichtsjahr 2017 wurden erstmals Fragen zu den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement erhoben, welche mit Kriterien, die den Grad der Erfüllung beschreiben, hinterlegt und anschließend ausgewertet wurden (vgl. Abschnitt 3.5). Im Anhang 3 wurden die Ergebnisse zu jeder Mindestanforderung an Qualitätsmanagement aus dem Berichtsjahr 2022 der entsprechenden aus dem Berichtsjahr 2017 gegenübergestellt. Auch an dieser Stelle muss erneut darauf hingewiesen werden, dass im Berichtsjahr 2022 170 Krankenanstalten der Akutversorgung und im Jahr 2017 155 Einrichtungen teilgenommen haben. Dies muss bei der Betrachtung eines Vergleichs der Ergebnisse bedacht werden. Zudem wurde für die Gegenüberstellung die Frage Nr. 5.3.1, welche im Jahr 2022 nicht mehr als Mindestanforderung an Qualitätsmanagement gilt, aus der Berechnung herausgenommen, um so die idente Anzahl an Fragen vergleichen zu können.

Bei der Gegenüberstellung zeigt sich, dass der Erfüllungsgrad im Berichtsjahr 2022 deutlich gestiegen ist: Erfüllten 2017 16 Prozent der Krankenanstalten der Akutversorgung alle Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement, waren es 2022 bereits 40 Prozent der Einrichtungen. 90 Prozent aller Mindestanforderungen erfüllten 2017 66 Prozent der Krankenanstalten, 2022 waren es 86 Prozent (vgl. auch Tabelle 3.16).

Es gibt zwei Fragen, die den stärksten Anstieg des Erfüllungsgrades aufweisen: Dies ist einerseits die Frage Nr. 3.6 „Gibt es eine schriftliche Vorgabe, wie mit den Empfehlungen der QSK in der Einrichtung umzugehen ist?“ Erfüllten 2017 68 Prozent der Krankenanstalten der Akutversorgung diese Mindestanforderung, waren es im Berichtsjahr 2022 bereits 89 Prozent. Andererseits ist es die Frage 5.6.7 „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?“ Hier erfüllten 2017 57 Prozent der Krankenanstalten der Akutversorgung diese Mindestanforderung, im Berichtsjahr 2022 waren es 78 Prozent.

Der Erfüllungsgrad pro Mindestanforderung an QM aus dem Berichtsjahr 2022 im Vergleich zum Berichtsjahr 2017 sind im Anhang 3 angeführt.

## 5 Diskussion, Limitationen und Schlussfolgerungen

Der vorliegende Bericht liefert einen Überblick über die Qualitätsarbeit der Krankenanstalten der Akutversorgung. Zudem erfolgt – wo möglich – eine Gegenüberstellung mit den Daten aus den letzten Jahren. Zum Teil kann die Entwicklung der letzten zehn Jahre dargestellt werden. Für das Berichtsjahr 2022 haben alle 170 Einrichtungen (100 %) an der Erhebung zu den Qualitätssystemen teilgenommen, die Befragung vollständig ausgefüllt und für die GÖG zur Auswertung freigegeben. Die für Krankenanstalten verpflichtende Qualitätsberichterstattung wurde über die Website [www.qualitaetsplattform.at](http://www.qualitaetsplattform.at) abgewickelt.

Die Ergebnisse zeigen, dass Krankenanstalten der Akutversorgung viele und unterschiedliche Aktivitäten setzen, um die Qualität ihrer Arbeit sicherzustellen und zu verbessern. Zusammenfassend zeigt sich, dass sich vom Berichtsjahr 2017 auf das Berichtsjahr 2022 die Ergebnisse bei 53 Fragen verbessert haben, d. h. jener Anteil der Krankenanstalten, die diese Fragen mit „Ja“ beantwortet haben. Ein Teil der Themen ist von Beginn an in allen Einrichtungen fest verankert. Dazu zählt beispielsweise, dass in allen Einrichtungen alle Mitarbeiter:innen nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert sind oder der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft für die Mitarbeiter:innen gewährleistet wird. Ebenso werden in allen Einrichtungen patientenbezogene (elektronische) Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff und durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt (z.B. durch Passwörter). Viele der Themenbereiche haben sich kontinuierlich verbessert. Dies betrifft beispielsweise die Bereiche Mitarbeiterorientierung und Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden.

Es lassen sich jedoch auch Verbesserungsmöglichkeiten aus verschiedenen Themenbereichen ableiten. Beispielsweise könnten im Bereich Krankenhaushygiene verstärkt Antibiotika-Beauftragte oder Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung eingesetzt werden. Auch die Erfassung des Antibiotika-Verbrauchs wäre vermehrt möglich. In diesem Zusammenhang soll angemerkt werden, dass im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit bereits eine Initiative im Aufbau ist, deren Ziel es ist, die Erfassung des Antibiotikaverbrauchs in Krankenanstalten bundesweit zu vereinheitlichen. Zudem wurde der Qualitätsstandard Antiinfektiva in Krankenanstalten entwickelt, der derzeit final abgestimmt wird.

Maßnahmen im Rahmen des Risikomanagements zielen darauf ab, aus Fehlern zu lernen und Gefahren frühzeitig zu erkennen, zu bewerten und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um die Patienten- und Mitarbeitersicherheit sowie die Versorgungsqualität zu gewährleisten und zu verbessern. In diesem Zusammenhang könnte der verstärkte Einsatz von Risikomanagement-Instrumenten, wie Fehleranalyse oder Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen oder ein vermehrtes Anbieten von Mitarbeiterfortbildungen zu Risikokommunikation dieses Bemühen unterstützen.

Klinische Ethikberatung und die standardisierte Vorgehensweise zum Thema End-of-Life sollen in Krankenanstalten dazu beitragen, ethisch schwierige Entscheidungen am Lebensende der zu betreuenden Personen transparenter und besser abgestimmt zu treffen. Auch hier wären in Einrichtungen, falls noch nicht vorhanden, solche zu etablieren. Mitarbeiterschulungen zur patientenzentrierten Gesprächsführung und zum Umgang mit Menschen mit Behinderung können dabei

unterstützen, die Qualität der Versorgung einschließlich der Patientensicherheit zu erhöhen und die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit zu steigern. (vgl. Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz 2023b). An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass Trainingsangebote des Trainernetzwerks der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz in ganz Österreich evidenzbasierte, qualitätsgesicherte bereits erfolgreich umgesetzte Kommunikationstrainings für Gesundheitsberufe zur weiteren Ausrollung in den Krankenanstalten der Akutversorgung bereitstehen (Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz 2024).

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 (BMSGPK 2021a). In 87 Prozent der Einrichtungen ist bereits ein Umsetzungsplan implementiert, um diese Impfeempfehlungen zu realisieren. In diesem Zusammenhang unterstützt die Erhebung, Dokumentation und Auswertung des Immunitätsgrads von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dabei, die Impfabdeckung zu erkennen und diese gegebenenfalls mit gezielten Maßnahmen zu erhöhen.

Obwohl der Erfüllungsgrad der Mindestanforderungen an das Qualitätsmanagement (QM) durch die Einrichtungen seit der letzten verpflichtenden Berichterstattung 2017 gestiegen ist (90 Prozent aller Mindestanforderungen erfüllten 2017 66 Prozent der Krankenanstalten, 2022 waren es 86 Prozent) wird dringend empfohlen, dass Einrichtungen und ihre Träger eine dahingehende Analyse der eigenen Angaben durchführen. Diese Analyse soll dazu dienen, die Gründe zu identifizieren, warum die Mindestanforderungen an das Qualitätsmanagement nicht erfüllt werden, und Möglichkeiten zu finden, wie sie diese Anforderungen künftig durch geeignete Maßnahmen erfüllen können.

Grundsätzlich wird empfohlen, dass jede Einrichtung im Rahmen der Berichterstattung die Gelegenheit nutzen sollte, Potenziale zur Optimierung ihrer Qualitätsarbeit zu erkennen, indem sie ihre eigenen Ergebnisse analysiert. Im nächsten Schritt sollten individuell angepasste Maßnahmen zur Verbesserung entwickelt werden, die die speziellen Anforderungen und Rahmenbedingungen der Krankenanstalt berücksichtigen. Eine regelmäßige Überwachung der Umsetzung und die Messung der Effektivität von Qualitätsmaßnahmen innerhalb der Einrichtung sind von entscheidender Bedeutung, um sicherzustellen, dass die angestrebten Verbesserungen erreicht werden und kontinuierlich weiterentwickelt werden können.

## **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 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 den fachlichen Kompetenzen und der Objektivität der bewertenden Personen ab.

## **Einzelstandort-Erhebung und Auswertung**

Wie in Abschnitt 2.2 ausgeführt, sollen für das Berichtsjahr 2022 (gemäß Beschluss der Fachgruppe Versorgungsprozesse) bei Mehrfachstandortkrankenanstalten nach Möglichkeit die Einzelstandorte erfasst werden. Trägereinrichtungen konnten dennoch Mehrfachstandorte zusammengefasst als Einzelstandort erfassen, wenn in der Praxis die Organisation des Qualitätssystems zentral für alle Einzelstandorte erfolgt. Insgesamt 19 Mehrfachstandortkrankenanstalten erfassten daher auf Einzelstandortebene. Dies sind in Summe 41 Einzelstandorte. Im Rahmen der Ergebnisauswertung nach Krankenanstaltentyp wurden die erhobenen Einzelstandorte von Mehrfachstandortkrankenanstalten jenem Krankenanstaltentyp zugewiesen, der auch für die Mehrfachstandortkrankenanstalt gilt. Diese Vorgehensweise führte dazu, dass die Grundgesamtheit der Einrichtungen im Gesamten als auch bei den verschiedenen Krankenanstaltentypen im Jahr 2022 höher ausfiel als in den Vorjahren.

## **Schlussfolgerung**

Der vorliegende Bericht bietet eine bundesweite Zusammenschau über die Qualitätssysteme in österreichischen Krankenanstalten der Akutversorgung. Durch die gesetzlich vorgeschriebene regelmäßige Qualitätsberichterstattung lassen sich langfristige Veränderungen in der Qualitätsarbeit dokumentieren. Zudem werden den teilnehmenden Einrichtungen, Krankenanstaltenträgern, Vertreterinnen und Vertretern der Länder die Ergebnisse über ein zugangsgeschütztes Onlinetool, das BIQG-Portal, zur Verfügung gestellt. Einrichtungen sowie deren Rechtsträger:innen oder Eigentümer:innen können durch den Vergleich mit den bundesweiten Ergebnissen und zum Teil auch mit Fragen aus den Vorjahren Verbesserungsmöglichkeiten für ihre eigene Qualitätsarbeit erkennen. Darüber hinaus erhalten Entscheidungsträger:innen im Gesundheitswesen einen Überblick, der als Entscheidungsunterstützung herangezogen werden kann. Die Veröffentlichung des vorliegenden Berichts gewährt auch der interessierten Öffentlichkeit einen Einblick in die Qualitätssysteme der Krankenanstalten der Akutversorgung.

Vor der nächsten Befragung wird der Fragebogen zu den Qualitätssystemen in Krankenanstalten der Akutversorgung von der eigens eingerichteten Expertengruppe Qualitätsplattform geprüft, angepasst und optimiert. Die Anregungen aus den Einrichtungen, Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen sowie Empfehlungen und Erfahrungen, die aus der Arbeit für die 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/Gesundheit-ssystem-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/Krankenans-talten/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
- KAKuG: Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. Nr. 1/1957, in der geltenden Fassung
- KAKuG: Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. I Nr. 69/2011, 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](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]
- Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (2024): Gute Gesprächsqualität im Gesundheitssystem. Kommunikationstrainings für Gesundheitsberufe [online]. <https://oepgk.at/schwerpunkte/gute-gespraechsqualitaet-im-gesundheitssystem/trainingsangebote-nach-each/> [Zugriff am 24.01.2024]

# Anhang

---

- Anhang 1: Fragebogen zum Qualitätssystem in Krankenanstalten der Akutversorgung
- Anhang 2: Teilnehmende Krankenanstalten der Akutversorgung
- Anhang 3: Kriterien zur Erfüllung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement und Erfüllungsgrad
- Anhang 4: Gegenüberstellung der Ergebnisse aus der Erhebung von Qualitätssystemen in Krankenanstalten der Akutversorgung der Berichtsjahre 2022, 2017, 2015 und 2012



# Anhang 1

---

Fragebogen zum Qualitätssystem in Krankenanstalten der Akutversorgung



## Fragebogen zum Qualitätssystem Akutkrankenhaus - Berichtsjahr 2022

### 1. Kontaktdaten

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, Urgenzen u. Ä.

Auf die eingetragenen Daten im Fragebogen zum Qualitätssystem (inkl. erhobene personenbezogene Daten) können berechnete 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.

#### Ansprechperson/en für Qualitätsfragen (als Kontakt für die GÖG)

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)

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. Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit

*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.*

2.1	Ist in der Einrichtung ein Leitbild definiert? <small>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.</small>	<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

### 3. Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit

Qualitätssicherungskommission (QSK) (3.1-3.6)

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"/> <i>Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Universität dienen: Vertreter:in des Rektorats bzw. Universitätsprofessor:in der Medizinischen Universität</i>	Anzahl der Mitglieder (nur Hauptmitglieder ohne Vertretungen)	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> <i>Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät an einer Universität dienen: Vizerektor:in für den medizinischen Bereich bzw. Universitätsprofessor:in der medizinischen Universität</i>	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"/> Hebammen	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	
	<small>Die Geschäftsordnung eines Gremiums ist die schriftliche Zusammenfassung aller Verfahrensregelungen, nach denen Sitzungen und Versammlungen dieses Gremiums abzuablaufen haben.</small>		
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. aus A-IQI, 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	



Einrichtungswerte Koordination von Qualitäts- und Risikomanagement-Arbeit (3.7-3.11)		
3.7	Erfolgt die einrichtungswerte Koordination von Qualitäts- und Risikomanagement getrennt voneinander?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3.8	Wie viele fixe Dienstposten in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) sind für die einrichtungswerte Koordination von Qualitäts- und Risikomanagement-Arbeit in der Einrichtung besetzt? <small>Vollzeitäquivalente (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 Vollzeitäquivalente.</small>	<input type="radio"/> Ermitteltbar <input type="radio"/> Nicht ermitteltbar <input type="radio"/> Keine
3.9	Gibt es in den Abteilungen/Bereichen definierte Ansprechpartner:innen für Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Arbeit?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <small>Ansprechpartner:innen sind von der Kollegialen Führung/(Geschäfts-)Leitung nominiert und die Aufgaben sind in der Stellenbeschreibung verankert.</small>
3.10	Wie viele Mitarbeiter:innen in der Einrichtung haben eine spezielle Qualitätsmanagement-Ausbildung? <small>Mit Qualitätsmanagement-Ausbildung ist eine spezielle abgeschlossene Diplom-Ausbildung (z. B. Qualitätsbeauftragte:r, Qualitätsmanager:in, Auditor:in etc.) oder eine dieser gleichzusetzende, zumindest einwöchige Ausbildung gemeint.</small>	<input type="radio"/> Genaue Zahl ermittelbar <input type="text"/> <input type="radio"/> Genaue Zahl ist nicht ermittelbar und wird daher geschätzt: <input type="radio"/> Niemand
3.11	Wie viele Mitarbeiter:innen in der Einrichtung haben eine spezielle Risikomanagement-Ausbildung? <small>Damit ist eine spezielle abgeschlossene Diplom-Ausbildung (z. B. Risikomanager:in) oder eine dieser gleichzusetzende, zumindest einwöchige Ausbildung gemeint.</small>	<input type="radio"/> Genaue Zahl ermittelbar <input type="text"/> <input type="radio"/> Genaue Zahl ist nicht ermittelbar und wird daher geschätzt: <input type="radio"/> Niemand
Informationswesen (3.12-3.13)		
3.12	Wie wird in der Einrichtung sichergestellt, dass für alle Gesundheitsberufe der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist?*(Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Wissensmanagement <small>Wissensmanagement beschäftigt sich mit dem Erwerb, der Entwicklung, dem Transfer, der Speicherung sowie der Nutzung von Wissen.</small> <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	Wie werden Mitarbeiter:innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert? *(Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Elektronisches Dokumentenlenkungssystem <small>Unter einem "elektronischen Dokumentenlenkungssystem" wird die datenbankgestützte Verwaltung elektronischer Dokumente verstanden.</small> <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 <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)		
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"/> Überwachung der Vorschriften durch eine definierte Person des Trägers <input type="radio"/> Nein

3.18	<p>Gibt es in der Einrichtung eine:n Digitalisierungsbeauftragte:n?</p> <p><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></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Die Aufgabe wird durch eine definierte Person des Trägers übernommen <input type="radio"/> Nein
3.19	<p>Gibt es in der Einrichtung eine definierte Person (Beauftragte:n), die die Einhaltung von Sicherheitsvorschriften der IT (sowohl gesetzliche als auch einrichtungsinterne Vorgaben) sicherstellt?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Überwachung der Vorschriften durch eine definierte Person des Trägers <input type="radio"/> Nein
3.20	<p>Werden sensible Betriebsmittel, wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch, Suchtgiftvignetten oder papiergebundene Daten, diebstahlgeschützt aufbewahrt?*</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3.21	<p>Gibt es in der Einrichtung eine strukturierte Dokumentenlenkung?*</p> <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>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3.22	<p>Gibt es Projekte/Maßnahmen zur Optimierung der Dokumentationsqualität?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>4. Qualitätsmodelle</b>		
4.1	<p>Ist ein Qualitätsmodell bzw. sind mehrere Qualitätsmodelle (ISO, EFQM, KTQ etc.) in der Einrichtung implementiert?</p> <p><i>Für eine positive Beantwortung reicht die Implementierung aus, es muss keine Zertifizierung vorliegen.</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>5. Qualitätsarbeit</b>		
<b>5.1 Prozesse</b>		
5.1.1	<p>Welche Leistungsprozesse/-abläufe sind in der Einrichtung schriftlich definiert?* (Mehrfachantworten möglich)</p>	<input type="checkbox"/> Aufnahmemanagement <input type="checkbox"/> Entlassungsmanagement <input type="checkbox"/> Hygienemanagement <input type="checkbox"/> Patientenorientiertes Blutmanagement (Patient Blood Management) <input type="checkbox"/> Präoperative Diagnostik <input type="checkbox"/> Wartezeitenmanagement für Operationstermine <p><i>KaKaUG § 5a (2) Durch die Landesgesetzgebung sind die nach Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Träger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten gemäß § 16 Abs. 1 zu verpflichten, ein transparentes Wartelistenregime in anonymisierter Form für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik zumindest für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie einzurichten, sofern die jeweilige Wartezeit vier Wochen überschreitet. Die Landesgesetzgebung hat Kriterien für den Ablauf und die Organisation dieses Wartelistenregimes vorzusehen, wobei die Gesamtanzahl der pro Abteilung für den Eingriff vorgemerkten Personen und von diesen die der Sonderklasse angehörigen vorgemerkten Personen erkennbar zu machen sind. (3) Die für den Eingriff vorgemerkte Person ist auf ihr Verlangen über die gegebene Wartezeit zu informieren. Dabei ist nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten tunlichst eine Auskunftseinholung auf elektronischem Weg zu ermöglichen.</i></p> <input type="checkbox"/> OP-Management <input type="checkbox"/> Schmerzmanagement <input type="checkbox"/> Dekubitusprävention <input type="checkbox"/> Sturzprävention <input type="checkbox"/> Prävention von Mangelernährung <input type="checkbox"/> Management von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen <input type="checkbox"/> Management von Medikationssicherheit (z. B. Polypharmazie, PIM) <input type="checkbox"/> Sonstige
5.1.2	<p>Ist ein Konzept für einrichtungsinterne medizinische Notfälle ausgearbeitet?*</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.1.3	<p>Wird ein entsprechendes Notfall-Equipment in den jeweiligen Funktionseinheiten/Abteilungen bereitgehalten?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.1.4	<p>Gibt es ein Schulungskonzept, um Mitarbeiter:innen für einrichtungsinterne medizinische Notfälle zu schulen?*</p>	<input type="radio"/> Ja <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"/> Sonstige
5.1.6	Ist in der Einrichtung ein strukturiertes Aufnahmemanagement implementiert? <small>Darunter wird ein strukturierter Aufnahmeprozess unter Einhaltung bestimmter Mindeststandards verstanden.</small>	<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
5.1.8	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	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? <small>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.</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>5.2 OP-Organisation</b>		
5.2.1	Ist in der Einrichtung eine Operationseinheit (exkl. Eingriffsräume) vorhanden?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>5.3 Bericht über die Qualitätsarbeit</b>		
5.3.1	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)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>5.4 Patientenorientierung</b>		
5.4.1	Werden Patientinnen bzw. Patienten durch spezifische Maßnahmen (z. B. Informationsbroschüren, Patienteninformationsmappe, Merkblätter) in der Gesundheitskompetenz unterstützt? <small>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.</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.4.2	Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern regelmäßige Schulungen zur patientenzentrierten Gesprächsführung angeboten? <small>Patientenzentrierte Gesprächsführung umfasst vor allem eine Beziehung aufzubauen, das Gespräch zu strukturieren, der Patientin/dem Patienten zuzuhören, Verständnis für die Patient:innenperspektive zu zeigen, die richtige Menge und Art von Informationen für die individuelle Patient:innen 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)</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.4.3	Werden bei der Neuerstellung von Patienteninformationen durch die Einrichtung selbst, die Qualitätskriterien einer 'guten Gesundheitsinformation' berücksichtigt? <small>(vgl. Gute Gesundheitsinformation Österreich bzw. Kurzzusammenfassung)</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht zutreffend (es werden keine eigenen Patienteninformationen erstellt)

5.4.4	<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. OKUSS) 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
5.4.5	<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
5.4.6	<p>Werden für Mitarbeiter:innen regelmäßige Schulungen zum Thema Patientenrechte angeboten?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.4.7	<p>Werden in der Einrichtung regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt?*</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.4.8	<p>Ist die Einrichtung barrierefrei zugänglich?*</p> <p><i>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))</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.4.9	<p>Welche weiteren Maßnahmen zur Barrierefreiheit wurden in der Einrichtung bereits gesetzt?</p>	<input type="checkbox"/> Barrierefreie Stellplätze für PKW bzw. Zufahrtswege für Fahrendienste <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><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: <input type="text"/>
5.4.10	<p>Sind Informationen über die Erreichbarkeit und bauliche Barrierefreiheit der Einrichtung öffentlich verfügbar (Webseite, Informationsfolder u. ä.)? *</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.4.11	<p>Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern Schulungen/Fortbildungen zum Umgang mit Menschen mit Behinderung angeboten?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<p><b>5.5 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen bzw. Patienten</b></p>		
5.5.1	<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
5.5.2	<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

5.5.3	Bekommen Patientinnen bzw. Patienten eine individuelle Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden (Ausnahme anonyme Meldung)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.5.4	Werden aus Vorschlägen und Beschwerden auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.5.5	Werden für Patientinnen bzw. Patienten im Bedarfsfall Informationen zu Patientenanzwtschaften (Länder), Ombuds-/Beschwerdestellen (Sozialversicherungsträger, Träger), Schieds- und Schlichtungsstellen (Ärztckammern) bereitgestellt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>5.6 Mitarbeiterorientierung</b>		
5.6.1	Werden in der Einrichtung regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durchgeführt?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.6.2	Werden in der Einrichtung regelmäßig strukturierte Mitarbeitergespräche geführt?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.6.3	Gibt es in der Einrichtung ein Personalentwicklungskonzept?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.6.4	Werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche der Mitarbeiter:innen regelmäßig ermittelt?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.6.5	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
	<small>Die Frage bezieht sich auf Fort- und Weiterbildung generell und nicht nur auf QM-Fort-/Weiterbildungen.</small>	
5.6.6	Gibt es eine zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter:innen?	<input type="radio"/> Ja, für alle Mitarbeiter:innen <input type="radio"/> Ja, für einzelne Mitarbeitergruppen <input type="radio"/> Nein
5.6.7	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 (neue Mitarbeiter:innen) <input type="checkbox"/> Nach längerer Abwesenheit (der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters) <input type="checkbox"/> Beim Einsatz neuer Geräte <input type="checkbox"/> Sonstige
5.6.8	Ist in der Einrichtung ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ein betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.6.9	Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideemanagement für Mitarbeiter:innen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.6.10	Gibt es in der Einrichtung die Möglichkeit, dass bei Bedarf eine klinische Ethikberatung hinzugezogen wird? (Nicht gemeint ist die Ethikkommission.)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<small>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 Bewohner:innen/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.)</small>	
5.6.11	Gibt es in der Einrichtung eine standardisierte Vorgehensweise zum Thema End-of-life?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<small>Nähere Informationen finden Sie beispielsweise in der Leitlinie der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (vgl. ÖGARI Leitlinie)</small>	
<b>5.7 Risikomanagement/Patienten- und Mitarbeitersicherheit</b>		
5.7.1	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
5.7.2	Werden Instrumente des Risikomanagements in der Einrichtung verwendet?* (Mehrfachantworten möglich)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

5.7.3	<p>Ist in der Einrichtung ein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit implementiert (inkl. Interaktionsprüfung)?</p> <p><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></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.7.4	<p>Werden Mitarbeiter:innen mithilfe eines standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken bei Patientinnen bzw. Patienten informiert z. B. Allergien, Verwirrtheit?*</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.7.5	<p>Werden in der Einrichtung Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen durchgeführt?</p> <p><i>In Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&amp;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&amp;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&amp;M ist - wenn möglich - interprofessionell und interdisziplinär besetzt. Im besten Fall sind alle am Fall beteiligten Berufsgruppen und Disziplinen vertreten (auch z. B. Kardiotechniker:innen, Pathologinnen/Pathologen, IT-Mitarbeitende). vgl. Leitfaden M&amp;M Konferenzen. Stiftung Patientensicherheit Schweiz.</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.7.6	<p>Werden den Mitarbeiter:innen Aus- und Fortbildungen zu Risikokommunikation (Gespräche) mit Patientinnen bzw. Patienten bzw. ihren Angehörigen angeboten?</p> <p><i>Risikokommunikation wird allgemein als zielgerichteter Kommunikationsprozess definiert, die die Öffentlichkeit bzw. Betroffene über Risiken (oder eingetretenen Schaden) informieren. Diese Kommunikationen beinhalten interne Kommunikationsprozesse (z. B. zw. Leitung und Mitarbeiter:innen) als auch externe Kommunikation (insbesondere mit betroffenen Patientinnen bzw. Patienten, aber auch Medien). Ein wichtiges Ziel dieser Kommunikation 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 der Patientin bzw. 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
5.7.7	<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
5.7.8	<p>Gibt es ein strukturiertes Feedback an betroffene Patient:innen bzw. Patienten, wenn unerwünschte Ereignisse oder Fehler analysiert und bearbeitet wurden?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.7.9	<p>Werden den Mitarbeiter:innen bzw. Mitarbeitern regelmäßig Schulungen/Fortbildungen zur Patientensicherheit angeboten?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.7.10	<p>Wenden Sie Kennzahlen und/oder Indikatoren zur Überwachung patientensicherheitsrelevanter Aspekte in der Einrichtung an, z. B. unerwünschte Arzneimittelereignisse (adverse drug events)?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.8	<p>Krankenhaushygiene</p> <p>Allgemein (5.8.1)</p>	
5.8.1	<p>Orientiert sich die Krankenhaushygiene am bundesweiten Qualitätsstandard <i>Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene</i>?</p> <p><i>Vgl. Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaus-Hygiene</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<p>Hygieneteam (5.8.2-5.8.4)</p>		
5.8.2	<p>Aus welchen Mitgliedern setzt sich das Hygieneteam in der Einrichtung zusammen? (Mehrfachantworten möglich)</p> <p><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></p>	<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: _____

5.8.3	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
5.8.4	Mit wem bespricht das Hygieneteam Hygienebelange? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Kollegiale Führung/(Geschäfts-)Leitung <input type="checkbox"/> Qualitätssicherungskommission <input type="checkbox"/> Weitere Führungskräfte <input type="checkbox"/> Stationspersonal <input type="checkbox"/> Einzelne Mitarbeiter:innen
<b>Hygienekommission (5.8.5)</b>		
5.8.5	Gibt es in der Einrichtung zusätzlich zum Hygieneteam eine Hygienekommission?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>Hygieneprojekt und Antibiotika-Verwendung (5.8.6-5.8.11)</b>		
5.8.6	Nimmt die Einrichtung an Hygieneprojekten teil, wie z. B. <i>Aktion saubere Hände</i> , <i>PPS (Punkt-Prävalenz-Untersuchung)</i> ?	<input type="radio"/> Ja, an welchen: <input type="radio"/> Nein
5.8.7	Erfasst die Einrichtung zusätzlich über die im A-HAI Projekt erforderlichen Indikatoroperationen (wie z. B. Cholezystektomie, Hüftendoprothese) hinaus weitere?  <small>Siehe bundesweite Erfassung der Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen (A-HAI) (sozialministerium.at), (vgl. <a href="#">Rahmenrichtlinie für die systematische Erfassung von Gesundheitssystem-assoziierten Infektionen</a>)</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.8.8	Gibt es in der Einrichtung eine:n Antibiotika-Beauftragte:n oder eine Antibiotika-Kommission?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.8.9	Werden in der Einrichtung Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung umgesetzt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.8.10	Gibt es in der Einrichtung eine Erfassung des Antibiotika-Verbrauches?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.8.11	Erheben Sie den Desinfektionsmittelverbrauch, z. B. von Händedesinfektionsmitteln?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>Bericht über Hygiene (5.8.12)</b>		
5.8.12	Wird in der Einrichtung ein Hygienebericht erstellt?  <small>Damit ist ein eigener Bericht über die Hygienearbeit oder auch ein Kapitel in einem anderen Bericht gemeint, wie beispielsweise in einem Qualitätsbericht.</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>5.9 Impfstatus der Mitarbeiter:innen</b>		
5.9.1	Gibt es in der Einrichtung einen Umsetzungsplan, um die österreichweiten Impfeempfehlungen für das Gesundheitspersonal zu realisieren ('Empfehlung zu Impfungen für das Gesundheitspersonal')?  <small>Vgl. <a href="#">Empfehlungen für Gesundheitspersonal</a></small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.9.2	Wird in der Einrichtung die aufrechte Immunität der Mitarbeiter:innen gegen <b>Masern</b> erhoben und dokumentiert?  <small>Als Masernimmunität ist die dokumentierte 2-malige Lebendimpfung oder positiver Antikörpernachweis im Serum oder zurückliegende, laborbestätigte Maserninfektion definiert.</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.9.3	Wird in der Einrichtung die aufrechte Immunität der Mitarbeiter:innen gegen <b>Varizellen</b> erhoben und dokumentiert?  <small>Als Varzellenimmunität bei Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen ist die dokumentierte, zweimalige Impfung gegen Varzellen oder ein positiver Antikörpernachweis definiert.</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.9.4	Wird in der Einrichtung der aufrechte Impfschutz der Mitarbeiter:innen gegenüber <b>Pertussis</b> regelmäßig erhoben und dokumentiert?  <small>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.</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

5.9.5	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
5.9.6	Wird in der Einrichtung jährlich die Durchimpfungsrate gegen saisonale Influenza aller Mitarbeiter:innen erhoben und dokumentiert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<b>5.10 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)</b>		
5.10.1	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
5.10.2	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"/> Routedaten, z. B. Abrechnungsdaten, Patientendaten, Kostendaten, Leistungsdaten <input type="checkbox"/> A-IQI, z. B. auf Basis von Peer Reviews <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"/> Bundesweite Qualitätsregister (dazu zählen Herzschrittmacher-, ICD- und Loop-Recorder-Register, Stroke Unit) <input type="checkbox"/> Sonstige
5.10.3	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 bzw. Zuweisern <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen <input type="checkbox"/> Andere Krankenanstalten, z. B. stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Akutkrankenhäuser, Langzeitversorgungseinrichtungen <input type="checkbox"/> Sonstige Vertrags- und Kooperationspartner
<b>6. Anmerkungen (optional)</b>		
6.1	Ihre Anmerkungen und Anregungen (optional):	<input type="text"/>
<b>7. Dateneingabe freigeben</b>		
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 Akutversorgung, Berichtsjahr 2022



Krankenanstellen der Akutversorgung (in Mehrfach- und Einzelstandorte gegliedert) nach Bundesländern und Krankenanstaltentyp gem. KAKuG und Angabe über Befüllung des Fragebogens

Bundesland	KA-Nr.	Bezeichnung	Krankenanstaltentyp gem. KAKuG	Fragebogen ausgefüllt
Burgenland	K102	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt GmbH	Schwerpunkt-KA	Ja
Burgenland	K104	Landeskrankenhaus Güssing	Standard-KA	Ja
Burgenland	K105	Ladislaus Batthyany-Strattmann Krankenhaus Kittsee	Standard-KA	Ja
Burgenland	K106	Landeskrankenhaus Oberpullendorf	Standard-KA	Ja
Burgenland	K107	Landeskrankenhaus Oberwart	Schwerpunkt-KA	Ja
Kärnten	K201	Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach GmbH	Standard-KA	Ja
Kärnten	K205	Klinikum – Klagenfurt am Wörthersee (LKH Klagenfurt)	Schwerpunkt-KA	Ja
Kärnten	K206	Krankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt GmbH	Standard-KA	Ja
Kärnten	K207	Unfallkrankenhaus Klagenfurt	Sonder-KA	Ja
Kärnten	K212	Privatklinik Maria Hilf Klagenfurt	Sanatorium	Ja
Kärnten	K213	Landeskrankenhaus Laas	Sonder-KA	Ja
Kärnten	K214	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan	Standard-KA	Ja
Kärnten	K215	Krankenhaus Spittal/Drau	Standard-KA	Ja
Kärnten	K216° K216.1 K216.3	Landeskrankenhaus Villach Landeskrankenhaus Villach / Villach Landeskrankenhaus Villach / Warmbad	Standard-KA	- Ja Ja
Kärnten	K218	Krankenhaus Waiern	Sonder-KA	Ja
Kärnten	K219	Landeskrankenhaus Wolfsberg	Standard-KA	Ja
Kärnten	K222	Sonderkrankenanstalt de La Tour	Sonder-KA	Ja
Kärnten	K223	Privatklinik Villach	Sanatorium	Ja
Niederösterreich	K303	Landeskrankenhaus Amstetten	Schwerpunkt-KA	Ja
Niederösterreich	K315	Landeskrankenhaus Hohegg	Sonder-KA	Ja
Niederösterreich	K316	Landeskrankenhaus Hainburg	Standard-KA	Ja
Niederösterreich	K319	Landeskrankenhaus Hollabrunn	Standard-KA	Ja
Niederösterreich	K321	Landeskrankenhaus Klosterneuburg	Standard-KA	Ja
Niederösterreich	K326	Universitätskrankenhaus Krems	Schwerpunkt-KA	Ja
Niederösterreich	K333	Landeskrankenhaus Mauer	Sonder-KA	Ja
Niederösterreich	K334	Landeskrankenhaus Melk	Standard-KA	Ja
Niederösterreich	K335	Landeskrankenhaus Mistelbach-Gänserndorf	Schwerpunkt-KA	Ja
Niederösterreich	K338	Landeskrankenhaus Neunkirchen	Standard-KA	Ja
Niederösterreich	K347	Landeskrankenhaus Scheibbs	Standard-KA	Ja
Niederösterreich	K354	Landeskrankenhaus Waidhofen/Ybbs	Standard-KA	Ja

Fortsetzung nächste Seite

Bundesland	KA-Nr.	Bezeichnung	Kranken- anstaltentyp gem. KAKuG	Frage- bogen ausgefüllt
Niederösterreich	K356	Landeskrankenhaus Wiener Neustadt	Schwer- punkt-KA	Ja
Niederösterreich	K377° K377.1 K377.3	Landeskrankenhaus Horn-Allentsteig Landeskrankenhaus Horn-Allentsteig / Horn Landeskrankenhaus Horn-Allentsteig / Allentsteig	Schwer- punkt-KA	- Ja Ja
Niederösterreich	K378 ° K378.1 K378.2	Landeskrankenhaus Korneuburg-Stockerau Landeskrankenhaus Korneuburg-Stockerau / Korneu- burg Landeskrankenhaus Korneuburg-Stockerau / Stockerau	Standard-KA	- Ja Ja
Niederösterreich	K379	Universitätskrankenhaus Tulln	Schwer- punkt-KA	Ja
Niederösterreich	K380° K380.1 K380.2 K380.3	Landeskrankenhaus Baden-Mödling-Hinterbrühl Landeskrankenhaus Baden-Mödling-Hinterbrühl / Möd- ling Landeskrankenhaus Baden-Mödling-Hinterbrühl / Baden Landeskrankenhaus Baden-Mödling-Hinterbrühl / Hinter- brühl	Schwer- punkt-KA	Ja - - -
Niederösterreich	K382° K382.1 K382.2	Universitätskrankenhaus St. Pölten-Lilienfeld Universitätskrankenhaus St. Pölten-Lilienfeld / St. Pölten Universitätskrankenhaus St. Pölten-Lilienfeld / Lilienfeld	Zentral-KA	- Ja Ja
Niederösterreich	K383° K383.1  K383.2  K383.3	Landeskrankenhaus Zwettl-Gmünd-Waidhofen/Thaya Landeskrankenhaus Gmünd-Waidhofen an der Thaya- Zwettl / Zwettl Landeskrankenhaus Gmünd-Waidhofen an der Thaya- Zwettl / Gmünd Landeskrankenhaus Gmünd-Waidhofen an der Thaya- Zwettl / Waidhofen an der Thaya	Standard-KA	- Ja  Ja  Ja
Niederösterreich	K384	Psychosomatisches Zentrum Eggenburg - Rehabilitationsklinik Gars am Kamp	Sonder-KA	Ja
Oberösterreich	K405	Krankenhaus "St. Josef" Braunau am Inn	Standard-KA	Ja
Oberösterreich	K408	Klinikum Freistadt	Standard-KA	Ja
Oberösterreich	K417	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz	Schwer- punkt-KA	Ja
Oberösterreich	K418	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Vinzenz von Paul Linz	Schwer- punkt-KA	Ja
Oberösterreich	K419	Krankenhaus der Elisabethinen Linz	Schwer- punkt-KA	Ja
Oberösterreich	K420	Unfallkrankenhaus Linz	Sonder-KA	Ja
Oberösterreich	K421	Klinik Diakonissen Linz	Sanatorium	Ja
Oberösterreich	K427	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Vinzenz von Paul Ried	Schwer- punkt-KA	Ja
Oberösterreich	K428	Klinikum Schärding	Standard-KA	Ja
Oberösterreich	K429	Sonderkrankenanstalt Sierning	Sonder-KA	Ja

Fortsetzung nächste Seite

Bundesland	KA-Nr.	Bezeichnung	Kranken- anstaltentyp gem. KAKuG	Frage- bogen ausgefüllt
Oberösterreich	K434°	Klinikum Wels-Grieskirchen	Schwer- punkt-KA	Ja
	K434.1	Klinikum Wels-Grieskirchen / Wels		-
	K434.2	Klinikum Wels-Grieskirchen / Grieskirchen		-
Oberösterreich	K441	Klinikum Rohrbach	Standard-KA	Ja
Oberösterreich	K460°	Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Kirchdorf Steyr	Schwer- punkt-KA	Ja
	K460.1	Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Kirchdorf Steyr / Steyr		-
	K460.2	Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Kirchdorf Steyr / Kirchdorf an der Krems		-
Oberösterreich	K470°	Linz Kepler Universitätsklinikum	Zentral-KA	Ja
	K470.1	Linz Kepler Universitätsklinikum / Med Campus III		-
	K470.2	Linz Kepler Universitätsklinikum / Neuromed Campus		-
	K470.3	Linz Kepler Universitätsklinikum / Med Campus IV		-
Oberösterreich	K480°	Salzkammergut-Klinikum	Schwer- punkt-KA	Ja
	K480.1	Salzkammergut-Klinikum / Vöcklabruck		-
	K480.2	Salzkammergut-Klinikum / Bad Ischl		-
	K480.3	Salzkammergut-Klinikum / Gmunden		-
Salzburg	K512	Landeslinik Hallein	Standard-KA	Ja
Salzburg	K517	Aö Krankenhaus Oberndorf	Standard-KA	Ja
Salzburg	K518	Krankenanstalt Obertauern Dr. Aufmesser	Sanatorium	Ja
Salzburg	K519	Sanatorium Oberthurnhof St. Jakob am Thurn	Sanatorium	Ja
Salzburg	K521	Krankenanstalt Radstadt Dr. Aufmesser	Sanatorium	Ja
Salzburg	K524	Landeskrankenhaus Salzburg – Universitätsklinikum der PMU	Zentral-KA	Ja
Salzburg	K525	Unfallkrankenhaus Salzburg	Sonder-KA	Ja
Salzburg	K526	Privatklinik Wehrle – Diakonissen, Standort Aigen	Sanatorium	Ja
Salzburg	K527	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Salzburg	Standard-KA	Ja
Salzburg	K528	Christian-Doppler-Klinik Salzburg – Universitätsklinikum der PMU	Zentral-KA	Ja
Salzburg	K533	Landeslinik St. Veit	Sonder-KA	Ja
Salzburg	K534°	Kardinal Schwarzenberg Klinikum	Schwer- punkt-KA	-
	K534.1	Kardinal Schwarzenberg Klinikum / Schwarzach		Ja
	K534.2	Kardinal Schwarzenberg Klinikum / St Veit		Ja
Salzburg	K535	Landeslinik Tamsweg	Standard-KA	Ja
Salzburg	K536°	A.ö. Tauernklinikum Standort Zell am See und Standort Mittersill	Standard-KA	-
	K536.1	A.ö. Tauernklinikum Standort Zell am See und Standort Mittersill / Zell am See		Ja
	K536.2	A.ö. Tauernklinikum Standort Zell am See und Standort Mittersill / Mittersill		Ja
Salzburg	K544	Privatklinik Ritzensee	Sanatorium	Ja
Salzburg	K546	Emco Privatklinik	Sanatorium	Ja
Salzburg	K547	Klinik St. Barbara – Medizinisches Zentrum Bad Vigaun	Sanatorium	Ja
Salzburg	K549	PKS Privatklinik Salzburg	Sanatorium	Ja
Salzburg	K550	Krankenanstalt Altenmarkt	Sanatorium	Ja

Fortsetzung nächste Seite

Bundesland	KA-Nr.	Bezeichnung	Kranken- anstaltentyp gem. KAKuG	Frage- bogen ausgefüllt
Steiermark	K608°	Krankenhausverbund Feldbach-Fürstenfeld	Standard-KA	-
	K608.1	Krankenhausverbund Feldbach-Fürstenfeld / Feldbach		Ja
	K608.2	Krankenhausverbund Feldbach-Fürstenfeld / Fürstenfeld		Ja
Steiermark	K610	AMEOS Klinikum Bad Aussee	Sonder-KA	Ja
Steiermark	K612	Landeskrankenhaus-Universitätsklinikum Graz	Zentral-KA	Ja
Steiermark	K614°	Unfallkrankenhaus Steiermark	Sonder-KA	-
	K614.1	Unfallkrankenhaus Steiermark / Graz		Ja
	K614.2	Unfallkrankenhaus Steiermark / Kalwang		Ja
Steiermark	K617	Privatklinik für psychosomatische Therapie	Sanatorium	Ja
Steiermark	K619	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz	Standard-KA	Ja
Steiermark	K620°	Krankenhaus der Elisabethinen Graz	Standard-KA	-
	K620.1	Krankenhaus der Elisabethinen Graz / Elisabethinergasse		Ja
	K620.2	Krankenhaus der Elisabethinen Graz / Bergstraße 27		Ja
Steiermark	K623	Privatklinik Leech	Sanatorium	Ja
Steiermark	K624	Privatklinik der Kreuzschwestern	Sanatorium	Ja
Steiermark	K625	Sanatorium St. Leonhard für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Sanatorium	Ja
Steiermark	K631	Landeskrankenhaus Hartberg	Standard-KA	Ja
Steiermark	K635	Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg	Sonder-KA	Ja
Steiermark	K638°	Landeskrankenhaus Hochsteiermark	Schwer- punkt-KA	-
	K638.1	Landeskrankenhaus Hochsteiermark / Leoben		Ja
	K638.3	Landeskrankenhaus Hochsteiermark / Bruck an der Mur		Ja
Steiermark	K640	Landeskrankenhaus Mürzzuschlag	Standard-KA	Ja
Steiermark	K643°	Krankenanstaltenverbund Rottenmann-Bad Aussee	Standard-KA	-
	K643.1	Krankenanstaltenverbund Rottenmann-Bad Aussee / Rottenmann		Ja
	K643.2	Krankenanstaltenverbund Rottenmann-Bad Aussee / Bad Aussee		Ja
Steiermark	K646	Klinik Diakonissen Schladming	Standard-KA	Ja
Steiermark	K652	Marienkrankenhaus Vorau	Standard-KA	Ja
Steiermark	K654°	Landeskrankenhaus Südsteiermark	Standard-KA	-
	K654.1	Landeskrankenhaus Südsteiermark / Wagna		Ja
	K654.2	Landeskrankenhaus Südsteiermark / Bad Radkersburg		Ja
Steiermark	K655	Landeskrankenhaus Weiz	Standard-KA	Ja
Steiermark	K659	Hansa Privatklinikum	Sanatorium	Ja
Steiermark	K664°	Landeskrankenhaus Weststeiermark	Standard-KA	-
	K664.1	Landeskrankenhaus Weststeiermark / Deutschlandsberg		Ja
	K664.2	Landeskrankenhaus Weststeiermark / Voitsberg		Ja
Steiermark	K665	Albert Schweitzer Klinik (gehört zu K615)	Sonder-KA	Ja
Steiermark	K667	Privatklinik Kastanienhof	Sanatorium	Ja

Fortsetzung nächste Seite

Bundesland	KA-Nr.	Bezeichnung	Kranken- anstaltentyp gem. KAKuG	Frage- bogen ausgefüllt
Steiermark	K672°	Landeskrankenhaus Murtal	Standard-KA	-
	K672.1	Landeskrankenhaus Murtal / Judenburg		Ja
	K672.2	Landeskrankenhaus Murtal / Knittelfeld		Ja
	K672.3	Landeskrankenhaus Murtal / Stolzalpe		Ja
Steiermark	K673°	LKH Graz II	Standard-KA	-
	K673.1	LKH Graz II / Graz West		Ja
	K673.2	LKH Graz II / Graz Süd		Ja
	K673.3	LKH Graz II / Enzenbach		Ja
Steiermark	K674	Privatklinik Graz-Ragnitz	Sanatorium	Ja
Tirol	K704	Landeskrankenhaus Hall in Tirol	Standard-KA	Ja
Tirol	K706	Landeskrankenhaus Universitätskliniken Innsbruck	Zentral-KA	Ja
Tirol	K707°	Ö. Landeskrankenhaus Hochzirl – Natters	Sonder-KA	-
	K707.1	Ö. Landeskrankenhaus Hochzirl – Natters / Hochzirl		Ja
	K707.2	Ö. Landeskrankenhaus Hochzirl – Natters / Natters		Ja
Tirol	K708	Sanatorium Kettenbrücke der Barmherzigen Schwestern	Sanatorium	Ja
Tirol	K709	Privatklinik Hochrum – Sanatorium der Kreuzschwestern Innsbruck	Sanatorium	Ja
Tirol	K711	Medalp Sportclinic Imst	Sonder-KA	Ja
Tirol	K714	Bezirkskrankenhaus Lienz	Standard-KA	Ja
Tirol	K717	Bezirkskrankenhaus Reutte	Standard-KA	Ja
Tirol	K719	Bezirkskrankenhaus St. Johann in Tirol	Standard-KA	Ja
Tirol	K720	Bezirkskrankenhaus Schwaz	Standard-KA	Ja
Tirol	K722	Krankenhaus St. Vinzenz Zams	Standard-KA	Ja
Tirol	K731	Bezirkskrankenhaus Kufstein	Standard-KA	Ja
Tirol	K732	Kursana Sanatorium Wörgl	Sanatorium	Ja
Vorarlberg	K802	Landeskrankenhaus Bludenz	Standard-KA	Ja
Vorarlberg	K803	Landeskrankenhaus Bregenz	Standard-KA	Ja
Vorarlberg	K807	Krankenhaus der Stadt Dornbirn	Standard-KA	Ja
Vorarlberg	K816	Landeskrankenhaus Hohenems	Sonder-KA	Ja
Vorarlberg	K824	Landeskrankenhaus Rankweil	Sonder-KA	Ja
Vorarlberg	K828	Krankenhaus Stiftung Maria Ebene Frastanz	Sonder-KA	Ja
Vorarlberg	K830	Landeskrankenhaus Feldkirch	Schwer- punkt-KA	Ja
Vorarlberg	K838	Unfallsanatorium Dr. Rhomberg	Sanatorium	Ja
Vorarlberg	K853	Sanatorium Dr. Schenk	Sanatorium	Ja
Wien	K901°	Universitätsklinikum AKH Wien	Zentral-KA	Ja
	K901.1	Universitätsklinikum AKH Wien / Wien AKH		-
	K901.2	Universitätsklinikum AKH Wien / Baumgarten		-
Wien	K903	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder	Schwer- punkt-KA	Ja
Wien	K904	Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul	Standard-KA	Ja

Fortsetzung nächste Seite

Bundesland	KA-Nr.	Bezeichnung	Kranken- anstaltentyp gem. KAKuG	Frage- bogen ausgefüllt
Wien	K905	Privatklinik Confraternität	Sanatorium	Ja
Wien	K908	Evangelisches Krankenhaus	Standard-KA	Ja
Wien	K910	Wiener Gesundheitsverbund Klinik Favoriten	Schwer- punkt-KA	Ja
Wien	K911	Privatklinik Goldenes Kreuz	Sanatorium	Ja
Wien	K912	Österreichische Gesundheitskasse – Mein Hanusch- Krankenhaus	Schwer- punkt-KA	Ja
Wien	K913	Sanatorium Hera	Sanatorium	Ja
Wien	K914	Herz Jesu-Krankenhaus	Standard-KA	Ja
Wien	K915° K915.1 K915.2	Franziskus Spital Franziskus Spital / Hartmannspital Franziskus Spital / St Elisabeth	Standard-KA	– Ja Ja
Wien	K916	Wiener Gesundheitsverbund Klinik Hietzing	Schwer- punkt-KA	Ja
Wien	K917	Wiener Gesundheitsverbund Klinik Landstraße	Schwer- punkt-KA	Ja
Wien	K919	St. Josef-Krankenhaus	Standard-KA	Ja
Wien	K920° K920.1 K920.2	Traumazentrum Wien der Allgemeinen Unfallversi- cherungsanstalt – Fakultätsklinikum der Sigmund Freud Privatuniversität Traumazentrum Wien der Allgemeinen Unfallversi- cherungsanstalt – Fakultätsklinikum der Sigmund Freud Privatuniversität / Meidling Traumazentrum Wien der Allgemeinen Unfallversi- cherungsanstalt – Fakultätsklinikum der Sigmund Freud Privatuniversität / Böhler	Sonder-KA	– Ja Ja
Wien	K921	Wiener Gesundheitsverbund Klinik Ottakring	Schwer- punkt-KA	Ja
Wien	K943	Orthopädisches Spital Speising	Sonder-KA	Ja
Wien	K949	Rudolfinerhaus	Sanatorium	Ja
Wien	K952	St. Anna-Kinderspital Zentrum für Kinder- und Jugendheilkunde	Sonder-KA	Ja
Wien	K954	Wiener Privatklinik	Sanatorium	Ja
Wien	K955	Krankenhaus Göttlicher Heiland	Standard-KA	Ja
Wien	K956	Wiener Gesundheitsverbund Klinik Donaustadt	Schwer- punkt-KA	Ja
Wien	K963	Privatklinik Döbling – Vienna International Health Center	Sanatorium	Ja
Wien	K964	Gesundheitszentrum für Selbständige	Sonder-KA	Ja
Wien	K970	Privatklinik Währing	Sanatorium	Ja
Wien	K971	Wiener Gesundheitsverbund Klinik Penzing	Sonder-KA	Ja
Wien	K976	Wiener Gesundheitsverbund Klinik Floridsdorf	Schwer- punkt-KA	Ja
Wien	K982	Kuzbari Zentrum für ästhetische Medizin	Sanatorium	Ja

° In Abstimmung mit den Bundesländern füllten Mehrfachstandortkrankenanstalten zum Teil pro Einzelstandort einen separaten Fragebogen aus (vgl. Spalte „Fragebogen ausgefüllt“).

Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform



# Anhang 3

---

Kriterien zur Erfüllung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement  
und Erfüllungsgrad



Tabelle Anhang 3

Kriterien zur Erfüllung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement und Erfüllungsgrad im Berichtsjahr 2022 im Vergleich zum Berichtsjahr 2017

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, d. h. für das Jahr 2017, N = 155 und für das Berichtsjahr 2022, N = 170.

Fragen-Nr.	Fragen zu Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM)	Antwortmöglichkeit(en)	Mindestanforderungen an QM erfüllt, wenn Antwort...	Anteil der KA der Akutversorgung, die die Mindestanforderung an QM erfüllen	
				2017 (N = 155)	2022 (N = 170)
2.2	Ist in der Einrichtung eine Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt?*	1. ja 2. nein	1	90 % 139 KA	96 % 164 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	90 % 139 KA	96 % 164 KA
2.2.4	Sind aus der Qualitätsstrategie konkrete Qualitätsziele abgeleitet?*	1. ja 2. nein	1	87 % 135 KA	93 % 158 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 und 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	87 % 135 KA	93 % 158 KA

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 3

Fragen-Nr.	Fragen zu Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM)	Antwortmöglichkeit(en)	Mindestanforderungen an QM erfüllt, wenn Antwort...	Anteil der KA der Akutversorgung, die die Mindestanforderung an QM erfüllen	
				2017 (N = 155)	2022 (N = 170)
3.1	Die QSK ist gesetzlich verankert. Sie besteht in der Einrichtung aus Vertreterinnen bzw. Vertretern folgender Berufsgruppen/Bereiche:* (Mehrfachantwort möglich)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ärztlicher Dienst</li> <li>2. Gesundheits- und Krankenpflegeberufe</li> <li>3. Gehobene medizinischtechnische Dienste</li> <li>4. Verwaltungsdienst</li> <li>5. <i>Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Universität dienen:</i> Vertreter:in des Rektorats bzw. Universitätsprofessor:in der Medizinischen Universität</li> <li>6. <i>Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät an einer Universität dienen:</i> Vizerektor:in für den medizinischen Bereich bzw. Universitätsprofessor:in der Medizinischen Universität</li> <li>7. Qualitäts- und/oder Risikomanagement</li> <li>8. Psychologischer Dienst</li> <li>9. Psychotherapeutischer Dienst</li> <li>10. Hebammen</li> <li>11. Hygieneteam</li> <li>12. Träger</li> <li>13. Betriebsrat/Personalvertretung</li> <li>14. sonstige</li> </ol>	1 und 2 und 3 und 4	86 % 133 KA	85 % 144 KA

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 3

Fragen-Nr.	Fragen zu Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM)	Antwortmöglichkeit(en)	Mindestanforderungen an QM erfüllt, wenn Antwort...	Anteil der KA der Akutversorgung, die die Mindestanforderung an QM erfüllen	
				2017 (N = 155)	2022 (N = 170)
3.2	Gibt es eine Geschäftsordnung für die QSK?*	1. ja 2. nein	1	90 % 140 KA	94 % 159 KA
3.5	Gibt es Protokolle zu den regelmäßigen Sitzungen der QSK?*	1. ja 2. nein	1	97 % 151 KA	97 % 165 KA
3.6	Gibt es eine schriftliche Vorgabe, wie mit den Empfehlungen der QSK in der Einrichtung umzugehen ist?*	1. ja 2. nein	1	68 % 105 KA	89 % 152 KA
3.9	Gibt es in den Abteilungen/Bereichen definierte Ansprechpartner:innen für Qualitäts- und/oder Risikomanagementarbeit?*	1. ja 2. nein	1	83 % 129 KA	89 % 151 KA
3.12	Wie wird sichergestellt, dass für alle Gesundheitsberufe der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist?*(Mehrfachantwort möglich)	1. Wissensmanagement 2. Arbeitsplätze mit Internetzugang 3. Arbeitsplätze mit Zugang zu Meta-Datenbanken für fachspezifische Publikationen 4. einrichtungsinterne (elektronische) Bibliothek 5. medizinische Universitätsbibliothek 6. Bereitstellen von Fachzeitschriften 7. sonstige	1 und/oder 2 und/oder 3 und/oder 4 und/oder 5 und/oder 6	100 % 155 KA	100 % 170 KA

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 3

Fragen-Nr.	Fragen zu Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM)	Antwortmöglichkeit(en)	Mindestanforderungen an QM erfüllt, wenn Antwort...	Anteil der KA der Akutversorgung, die die Mindestanforderung an QM erfüllen	
				2017 (N = 155)	2022 (N = 170)
3.13	Wie werden Mitarbeiter:innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert?*(Mehrfachantworten möglich)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. elektronisches Dokumentenlenkungssystem</li> <li>2. Bereitstellung im Intranet, u. a. Links zu Websites von Fachverbänden</li> <li>3. E-Mail-Aussendungen des Trägers, der Kollegialen Führung und/oder der (Geschäfts-) Leitung</li> <li>4. Dokumente werden in Druckform / als Informationsmappe zur Verfügung gestellt.</li> <li>5. Teambesprechung</li> <li>6. Fortbildungen</li> <li>7. sonstiges</li> </ol>	1 und/oder 2 und/oder 3 und/oder 4 und/oder 5 und/oder 6	99 % 153 KA	99 % 169 KA
3.14	Sind die Mitarbeiter:innen nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert?*	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ja</li> <li>2. nein</li> </ol>	1	99 % 153 KA	100 % 170 KA
3.15	Sind patientenbezogene (elektronische) Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (z. B. durch Passwörter)?*	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ja</li> <li>2. nein</li> </ol>	1	100 % 155 KA	100 % 170 KA
3.16	Sind patientenbezogene (elektronische) Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt?*	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ja</li> <li>2. nein</li> </ol>	1	100 % 155 KA	100 % 170 KA
3.20	Werden sensible Betriebsmittel, wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch, Suchtgiftvignetten oder papiergebundene Daten, diebstahlgeschützt aufbewahrt?*	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ja</li> <li>2. nein</li> </ol>	1	98 % 152 KA	99 % 169 KA

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 3

Fragen-Nr.	Fragen zu Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM)	Antwortmöglichkeit(en)	Mindestanforderungen an QM erfüllt, wenn Antwort...	Anteil der KA der Akutversorgung, die die Mindestanforderung an QM erfüllen	
				2017 (N = 155)	2022 (N = 170)
3.21	Gibt es in der Einrichtung eine strukturierte Dokumentenlenkung?*	1. ja 2. nein	1	85 % 132 KA	91 % 155 KA
5.1.1	Welche Leistungsprozesse/-abläufe sind in der Einrichtung schriftlich definiert?*(Mehrfachantwort möglich)	1. Aufnahmemanagement 2. Entlassungsmanagement 3. Hygienemanagement 4. patientenorientiertes Blutmanagement (Patient Blood Management) 5. präoperative Diagnostik 6. Wartezeitenmanagement für Operationstermine 7. OP-Management 8. Schmerzmanagement 9. Dekubitusprävention 10. Sturzprävention 11. Prävention von Mangelernährung 12. Management von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen 13. Management von Medikationssicherheit (z. B. Polypharmazie, PIM) 14. sonstige	1 und/oder 2 und/oder 3 und/oder 4 und/oder 5 und/oder 6 und/oder 7 und/oder 8 und/oder 9 und/oder 10 und/oder 11 und/oder 12 (mind. 3 Antworten)	100 % 155 KA	100 % 170 KA
5.1.2	Ist ein Konzept für einrichtungsinterne medizinische Notfälle ausgearbeitet?*	1. ja 2. nein	1	99 % 153 KA	100 % 170 KA
5.1.4	Gibt es ein Schulungskonzept, um Mitarbeiter:innen für einrichtungsinterne medizinische Notfälle zu schulen?*	1. ja 2. nein	1	97 % 151 KA	99 % 168 KA

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 3

Fragen-Nr.	Fragen zu Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM)	Antwortmöglichkeit(en)	Mindestanforderungen an QM erfüllt, wenn Antwort...	Anteil der KA der Akutversorgung, die die Mindestanforderung an QM erfüllen	
				2017 (N = 155)	2022 (N = 170)
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	85 % 132 KA	91 % 154 KA
5.4.5	Werden Patientinnen bzw. Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht?*	1. ja 2. nein	1	99 % 154 KA	98 % 167 KA
5.4.7	Werden in Ihrer Einrichtung regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt?*	1. ja 2. nein	1	97 % 151 KA	98 % 167 KA
5.4.7.2	Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?*	1. ja 2. nein	1	90 % 139 KA	97 % 165 KA
5.4.8	Ist die Einrichtung barrierefrei zugänglich?*	1. ja 2. nein	1	97 % 151 KA	99 % 168 KA
5.4.10	Sind Informationen über die Erreichbarkeit und bauliche Barrierefreiheit der Einrichtung öffentlich verfügbar (Website, Informationsfolder u. ä.)?*	1. ja 2. nein	1	82 % 127 KA	87 % 148 KA
5.6.1	Werden in der Einrichtung regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durchgeführt?*	1. ja 2. nein	1	86 % 133 KA	89 % 152 KA
5.6.2	Werden in der Einrichtung regelmäßig strukturierte Mitarbeitergespräche geführt?*	1. ja 2. nein	1	96 % 149 KA	98 % 166 KA
5.6.3	Gibt es in der Einrichtung ein Personalentwicklungskonzept?*	1. ja 2. nein	1	78 % 121 KA	88 % 149 KA

Fortsetzung nächste Seite



Fortsetzung Tabelle Anhang 3

Fragen-Nr.	Fragen zu Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM)	Antwortmöglichkeit(en)	Mindestanforderungen an QM erfüllt, wenn Antwort...	Anteil der KA der Akutversorgung, die die Mindestanforderung an QM erfüllen	
				2017 (N = 155)	2022 (N = 170)
5.6.4	Werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche der Mitarbeiter:innen regelmäßig ermittelt?*	1. ja 2. nein	1	94 % 146 KA	98 % 167 KA
5.6.5	Werden Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter:innen strukturiert erfasst?*	1. ja, für alle Mitarbeiter:innen 2. ja, für einzelne Mitarbeitergruppen 3. nein	1	81 % 125 KA	86 % 147 KA
5.6.7	Die Einschulung der Mitarbeiter:innen in die Anwendung der in ihrem Einsatzgebiet erforderlichen medizinischen Geräte ist gesetzlich vorgeschrieben. Wann werden Mitarbeiter:innen in der Anwendung geschult?* (Mehrfachantwort möglich)	1. bei Dienstantritt (neue Mitarbeiter:innen) 2. nach längerer Abwesenheit (der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters) 3. beim Einsatz neuer Geräte 4. sonstige	1 und 2 und 3	57 % 88 KA	78 % 133 KA
5.7.1	Gibt es in der Einrichtung ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement)?*	1. ja 2. nein	1	96 % 149 KA	96 % 164 KA
5.7.2	Werden Instrumente des Risikomanagements in der Einrichtung verwendet?*	1. ja 2. nein	1	98 % 152 KA	98 % 167 KA
5.7.4	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	92 % 143 KA	95 % 162 KA

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 3

Fragen-Nr.	Fragen zu Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM)	Antwortmöglichkeit(en)	Mindestanforderungen an QM erfüllt, wenn Antwort...	Anteil der KA der Akutversorgung, die die Mindestanforderung an QM erfüllen	
				2017 (N = 155)	2022 (N = 170)
5.10.2	Auf Basis welcher Daten/Auswertungen werden kontinuierliche Verbesserungen initiiert? (Mehrfachantwort möglich)*	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Patientenbefragungen</li> <li>2. Mitarbeiterbefragungen</li> <li>3. Interne/externe Audits oder Visitationen</li> <li>4. Beschwerde/Feedbackmanagement, Ombuds-/Beschwerdestelle</li> <li>5. Risikomanagement, z. B. aus Fehlermelde- und Lernsystemen</li> <li>6. Fälle von Personenschaden</li> <li>7. Hygienesdaten</li> <li>8. Routinedaten, z. B. Abrechnungsdaten, Patientendaten, Kostendaten, Leistungsdaten</li> <li>9. AIQI, z. B. auf Basis von Peer Reviews</li> <li>10. Controlling, z. B. Aufzeichnungen, Auswertungen, Berichte oder Planungen der Controlling Abteilung, Balanced Scorecard (BSC)</li> <li>11. betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement</li> <li>12. patientreported outcome measures (PROMs)</li> <li>13. bundesweite Qualitätsregister (dazu zählen ICD, Herzschrittmacher und Loop-Recorder-Register, Stroke Unit)</li> <li>14. sonstige</li> </ol>	<p>1 und/oder 2 und/oder 3 und/oder 4 und/oder 5 und/oder 6 und/oder 7 und/oder 8 und/oder 9 und/oder 10 und/oder 11 und/oder 12 (mind. 3 Antworten)</p>	<p>98 % 152 KA</p>	<p>98 % 167 KA</p>

Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

## Anhang 4

---

Gegenüberstellung der Ergebnisse aus der Erhebung von Qualitätssystemen in Krankenanstalten der Akutversorgung der Berichtsjahre 2022, 2017, 2015 und 2012



Tabelle Anhang 4

Gegenüberstellung der Ergebnisse aus der Erhebung von Qualitätssystemen in Krankenanstalten der Akutversorgung der Berichtsjahre 2022, 2017, 2015 und 2012

Fragen zum Qualitätssystem in Krankenanstalten der Akutversorgung <i>Anmerkung: Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt und gegebenenfalls reduzierte Anzahl der Einrichtungen, für die diese Frage gilt, wird mit n = x ausgewiesen.</i>	Anteil der Krankenanstalten, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten			
	2012 (N = 169)	2015 (N = 161)	2017 (N = 155)	2022 (N = 170)
<b>strategische Verankerung der Qualitätsarbeit</b>				
Ist in der Einrichtung ein Leitbild definiert?	83 %	88 %	94 %	97 %
Ist in der Einrichtung eine Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt?*	71 %	83 %	90 %	96 %
Sind aus der Qualitätsstrategie konkrete Qualitätsziele abgeleitet?*	–	–	97 % (n = 39)	96 % (n = 164)
<b>strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit</b>				
Gibt es eine Geschäftsordnung für die QSK?*	79 %	83 %	90 %	94 %
Gibt es Protokolle zu den regelmäßigen Sitzungen der QSK?*	–	91 %	97 %	97 %
Gibt es eine schriftliche Vorgabe, wie mit den Empfehlungen der QSK in der Einrichtung umzugehen ist?*	–	–	68 %	89 %
Gibt es in den Abteilungen/Bereichen definierte Ansprechpartner:innen für Qualitäts- und/oder Risikomanagementarbeit?*	–	–	83 %	89 %
Sind die Mitarbeiter:innen nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert?*	–	100 %	99 %	100 %
Sind patientenbezogene (elektronische) Daten vor fremdem (eine:n unbefugtem) Zugriff geschützt (z. B. durch Passwörter)?*	–	100 %	100 %	100 %
Sind patientenbezogene (elektronische) Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt?*	–	100 %	100 %	100 %
Gibt es in der Einrichtung eine definierte Person (eine:n Datenschutzbeauftragte:n), die die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften (sowohl gesetzliche als auch einrichtungsinterne Vorgaben) sicherstellt? <i>Anmerkung: Der Klammerbegriff „(Datenschutzbeauftragte:r)“ ist im Fragebogen 2022 ergänzt worden, somit ist keine vollständige Übereinstimmung der Frage mit dem Jahr 2017 gegeben. Die Prozentangabe bezieht sich auf die Anzahl der Einrichtungen, die die Antwort „Ja“ oder „Ja, Überwachung der Vorschriften durch eine definierte Person des Trägers“ gewählt haben.</i>	–	–	97 %	99 %
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? <i>Anmerkung: Die Prozentangabe bezieht sich auf die Anzahl der Einrichtungen, die die Antwort „Ja“ oder „Ja, Überwachung der Vorschriften durch eine definierte Person des Trägers“ gewählt haben. Die Antwortmöglichkeit „Ja, Überwachung der Vorschriften durch eine definierte Person des Trägers“ wurde im Fragebogen 2022 ergänzt worden, somit ist keine vollständige Übereinstimmung der Frage mit dem Jahr 2017 gegeben.</i>	–	–	95 %	96 %
Werden sensible Betriebsmittel, wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch, Suchtgiftvignetten oder papiergebundene Daten, diebstahlgeschützt aufbewahrt?*	–	88 %	98 %	99 %
Gibt es in der Einrichtung eine strukturierte Dokumentenlenkung?*	–	66 %	85 %	91 %
<b>*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement</b>				

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 4

Fragen zum Qualitätssystem in Krankenanstalten der Akutversorgung <i>Anmerkung: Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt und die gegebenenfalls reduzierte Anzahl der Einrichtungen, für die diese Frage gilt, wird mit n = x ausgewiesen.</i>	Anteil der Krankenanstalten, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten			
	2012 (N = 169)	2015 (N = 161)	2017 (N = 155)	2022 (N = 170)
<b>Qualitätsmodelle</b>				
Ist ein Qualitätsmodell bzw. sind mehrere Qualitätsmodelle (ISO, EFQM, KTQ etc.) in der Einrichtung implementiert?	46 %	51 %	79 %	82 %
<b>Prozesse</b>				
Ist ein Konzept für einrichtungsinterne medizinische Notfälle ausgearbeitet?*	-	-	99 %	100 %
Wird ein entsprechendes Notfall-Equipment in den jeweiligen Funktionseinheiten/Abteilungen bereitgehalten?	-	-	98 %	99 %
Wird dieses Notfall-Equipment regelmäßig einer Prüfung unterzogen und diese im erforderlichen Maße dokumentiert?	-	-	100 % (n = 52)	100 % (n = 169)
Gibt es ein Schulungskonzept, um Mitarbeiter:innen für einrichtungsinterne medizinische Notfälle zu schulen?*	-	-	97 %	99 %
Sind die Mitarbeiter:innen entsprechend ihrem Einsatzgebiet nachweislich geschult?*	-	-	88 % (n = 151)	92 % (n = 168)
<i>Anmerkung: Das Ergebnis bezieht sich ausschließlich auf die Antwortmöglichkeit „Ja, für alle Mitarbeiter:innen“.</i>				
Ist in der Einrichtung ein strukturiertes Aufnahmemanagement implementiert?	-	87 %	91 %	94 %
Orientiert sich das strukturierte Aufnahmemanagement an der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM)?	-	-	87 % (n = 141)	90 % (n = 159)
Wird der Ernährungsstatus von Patientinnen bzw. Patienten bei der Aufnahme in die Einrichtung erhoben?	-	-	75 %	87 %
Gibt es in der Einrichtung einen standardisierten Prozess zur Betreuung mangelernährter Patientinnen bzw. Patienten?	-	-	55 %	75 %
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?	-	-	78 %	84 %
Orientiert sich das indirekte Entlassungsmanagement an der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM)?	-	-	96 % (n = 121)	96 % (n = 142)
<b>OP-Organisation</b>				
Wird in der OP-Einheit eine OP-Sicherheits-Checkliste entsprechend den WHO-Empfehlungen angewandt?	-	-	99 % (n = 135)	99 % (n = 142)
<i>Anmerkung: Die Frage wurde nur jenen Einrichtungen gestellt, die angaben, dass eine Operationseinheit (exkl. Eingriffsräume) vorhanden ist (n = x).</i>				
<b>*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement</b>				

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 4

Fragen zum Qualitätssystem in Krankenanstalten der Akutversorgung <i>Anmerkung: Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt und die gegebenenfalls reduzierte Anzahl der Einrichtungen, für die diese Frage gilt, wird mit n = x ausgewiesen.</i>	Anteil der Krankenanstalten, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten			
	2012 (N = 169)	2015 (N = 161)	2017 (N = 155)	2022 (N = 170)
<b>Bericht über die Qualitätsarbeit</b>				
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)?	-	67 %	76 %	84 %
Wird dieser Bericht veröffentlicht? <i>Anmerkung: Die Prozentangabe bezieht sich auf die Anzahl der Einrichtungen, die die Antwort „Ja, der einrichtungseigene Bericht bzw. der Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes wird veröffentlicht“ oder „Ja, es gibt allerdings zwei Versionen – eine für die interne Verwendung und eine für die Öffentlichkeit“ gewählt haben.</i>	-	37 % (n = 108)	28 % (n = 119)	19 % (n = 143)
<b>Patientenorientierung</b>				
Werden Patientinnen bzw. Patienten durch spezifische Maßnahmen (z. B. Informationsbroschüren, Patienteninformationsmappe, Merkblätter) in der Gesundheitskompetenz unterstützt?	-	-	99 %	98 %
Werden Patientinnen bzw. Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht?*	-	97 %	99 %	98 %
Werden für Mitarbeiter:innen regelmäßig Schulungen zum Thema Patientenrechte angeboten?	-	-	59 %	63 %
Werden in der Einrichtung regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt?*	-	-	97 %	98 %
Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?*	-	-	92 % (n = 51)	99 % (n = 167)
Ist die Einrichtung barrierefrei zugänglich?*	-	-	97 %	99 %
Sind Informationen über die Erreichbarkeit und bauliche Barrierefreiheit der Einrichtung öffentlich verfügbar (Website, Informationsfolder u. Ä.)?*	-	-	82 %	87 %
<b>Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen bzw. Patienten</b>				
Gibt es in der Einrichtung ein strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement?	75 %	90 %	96 %	97 %
Bekommen Patientinnen bzw. Patienten eine individuelle Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden (Ausnahme anonyme Meldung)?	88 %	94 %	98 %	99 %
Werden aus Vorschlägen und Beschwerden auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?	-	-	90 %	98 %
Werden für Patientinnen bzw. Patienten im Bedarfsfall Informationen zu Patientenanwaltschaften (Länder), Ombuds-/Beschwerdestellen (Sozialversicherungsträger, Träger), Schieds- und Schlichtungsstellen (Ärzttekammern) bereitgestellt?	-	89 %	96 %	98 %

\*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 4

Fragen zum Qualitätssystem in Krankenanstalten der Akutversorgung <i>Anmerkung: Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt und die gegebenenfalls reduzierte Anzahl der Einrichtungen, für die diese Frage gilt, wird mit n = x ausgewiesen.</i>	Anteil der Krankenanstalten, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten			
	2012 (N = 169)	2015 (N = 161)	2017 (N = 155)	2022 (N = 170)
<b>Mitarbeiterorientierung</b>				
Werden in der Einrichtung regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durchgeführt?*	-	-	86 %	89 %
Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?	-	-	93 % (n = 24)	99 % (n = 152)
Werden in der Einrichtung regelmäßig strukturierte Mitarbeitergespräche geführt?*	-	-	96 %	98 %
Gibt es in der Einrichtung ein Personalentwicklungskonzept?*	-	66 %	78 %	88 %
Werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche der Mitarbeiter:innen regelmäßig ermittelt?*	-	87 %	94 %	98 %
Werden Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter:innen strukturiert erfasst?*	66 %	95 %	80 %	86 %
<i>Anmerkung: Das Ergebnis bezieht sich ausschließlich auf die Antwortmöglichkeit „Ja, für alle Mitarbeiter:innen“.</i>				
Gibt es eine zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter:innen?	85 %	89 %	71 %	70 %
<i>Anmerkung: Das Ergebnis bezieht sich ausschließlich auf die Antwortmöglichkeit „Ja, für alle Mitarbeiter:innen“.</i>				
Ist in der Einrichtung ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ein betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert?	57 %	78 %	82 %	86 %
Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter:innen?	55 %	72 %	72 %	87 %
<b>Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit</b>				
Gibt es in der Einrichtung ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement)?*	65 %	89 %	96 %	96 %
Werden Instrumente des Risikomanagements in der Einrichtung verwendet?*(Mehrfachantwort möglich)	-	-	98 %	98 %
Ist in der Einrichtung ein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit implementiert (inklusive Interaktionsprüfung)?	-	-	37 %	45 %
Werden Mitarbeiter:innen mithilfe eines standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken bei Patientinnen bzw. Patienten informiert z. B. über Allergien, Desorientierung?*	-	88 %	92 %	95 %
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?	-	47 %	59 %	80 %

\*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Fortsetzung nächste Seite



Fortsetzung Tabelle Anhang 4

Fragen zum Qualitätssystem in Krankenanstalten der Akutversorgung <i>Anmerkung: Subfragen sind in der Tabell eingerückt dargestellt und die gegebenenfalls reduzierte Anzahl der Einrichtungen, für die diese Frage gilt, wird mit n = x ausgewiesen.</i>	Anteil der Krankenanstalten, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten			
	2012 (N = 169)	2015 (N = 161)	2017 (N = 155)	2022 (N = 170)
<b>Krankenhaushygiene</b>				
Orientiert sich die Krankenhaushygiene am bundesweiten Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene?			97 %	99 %
Gibt es in der Einrichtung zusätzlich zum Hygieneteam eine Hygienekommission?	-	49 %	58 %	77 %
Gibt es die Möglichkeit im Anlassfall die Hygienekommission einzuberufen?			100 % (n=90)	98 % (n = 130)
Nimmt die Einrichtung an Hygieneprojekten teil, wie z. B. an der Aktion Saubere Hände, PPS (Punkt-Prävalenz-Untersuchung)?	-	57 %	72 %	76 %
Gibt es in der Einrichtung eine:n Antibiotika-Beauftragte:n oder eine Antibiotika-Kommission?	-	65 %	66 %	69 %
Werden in der Einrichtung Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung umgesetzt?	-	48 %	51 %	61 %
Gibt es in der Einrichtung eine Erfassung des Antibiotika-Verbrauches?	-	74 %	75 %	76 %
Wird in der Einrichtung regelmäßig stationsbasiert der Antibiotika-Verbrauch erhoben?	-	74 % (n = 88)	74 % (n = 117)	81 % (n = 131)
Wird in der Einrichtung der Desinfektionsmittelverbrauch erhoben, z. B. von Händedesinfektionsmitteln?	-	86 %	90 %	92 %
Wird in Ihrer Einrichtung ein Hygienebericht erstellt?	-	84 %	88 %	95 %
Wird dieser Hygienebericht veröffentlicht? <i>Anmerkung: Die Prozentangabe bezieht sich auf die Anzahl der Einrichtungen, die die Antwort „Ja, der einrichtungseigene Bericht bzw. der Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes wird veröffentlicht.“ oder „Ja, es gibt allerdings zwei Versionen – eine für die interne Verwendung und eine für die Öffentlichkeit.“ gewählt haben.</i>	-	12 % (n = 135)	5 % (n = 136)	5 % (n = 162)
<b>kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)</b>				
Ist das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert?	53 %	67 %	86 %	91 %

\*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Quelle und Darstellung: GÖG