

Zielsteuerung-Gesundheit

Bund • Länder • Sozialversicherung



Qualitätssysteme in Krankenanstalten der stationären Rehabilitation

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 stationären Rehabilitation. Berichtsjahr 2022.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur

Stubenring 1, 1010 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,

vertreten durch SL Dr.ⁱⁿ Reich (BMSGPK, Sektion VII)

Erscheinungsdatum:

April 2024

Kurzfassung

Hintergrund

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

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

Methode

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

Anfang 2023 wurden alle 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation kontaktiert und zur gesetzlich verpflichtenden Teilnahme an der Berichterstattung zum Datenjahr 2022 gebeten. Die Erhebung wurde mit einer 100-prozentigen Teilnahmequote im Mai 2023 abgeschlossen.

Die auf Selbstbewertungen der Einrichtungen basierenden Daten werden im vorliegenden Bericht auf aggregierter Ebene für alle Krankenanstalten der stationären Rehabilitation dargestellt. Dafür wurden 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 vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass Krankenanstalten der stationären Rehabilitation vielfältige Anstrengungen unternehmen, um die Qualität ihrer Arbeit kontinuierlich zu verbessern. Nachfolgende Übersichtstabelle stellt in Kurzform¹ einige ausgewählte Aktivitäten und deren Erfüllungsgrad der Einrichtungen dar:

¹

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

Strategie & Struktur der Qualitätsarbeit	Leitbild	99 %
	Qualitätsstrategie	95 %
	Geschäftsordnung für die Qualitätssicherungskommission	73 %
	Ansprechpartner:innen für Qualitäts- und/oder Risikomanagementarbeit in den Abteilungen/Bereichen	86 %
	Datenschutzbeauftragte:r	99 %
	Digitalisierungsbeauftragte:r	57 %
	Beauftragte:r zur Einhaltung von Sicherheitsvorschriften der IT	79 %
	strukturierte Dokumentenlenkung	98 %
	Projekte/Maßnahmen zur Optimierung der Dokumentationsqualität	92 %
	einrichtungswertes Qualitätsmodell	81 %

Prozesse	Konzept für einrichtungsinterne medizinische Notfälle	100 %
	Schulungskonzept, um Mitarbeiter:innen für einrichtungsinterne medizinische Notfälle zu schulen	99 %
	strukturiertes Aufnahmemanagement	98 %
	Erhebung des Ernährungsstatus von Patientinnen bzw. Patienten	98 %
	standardisierter Betreuungsprozess mangelernährter Patientinnen bzw. Patienten	49 %
	kontinuierlicher Verbesserungsprozess	98 %

Patientenorientierung & Beschwerdemanagement	Unterstützung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen bzw. Patienten	99 %
	Mitarbeiterschulungen zur patientenzentrierten Gesprächsführung	60 %
	Einbindung von Selbsthilfegruppen	48 %
	Mitarbeiterschulungen zum Thema Patientenrechte	51 %
	Patientenbefragungen	99 %
	barrierefreier Zugang zur Einrichtung	98 %
	öffentliche Informationen über die Erreichbarkeit und bauliche Barrierefreiheit (Website, Informationsfolder u. Ä.)	79 %
	strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement	100 %
	strukturiertes Ableiten von Maßnahmen aus Vorschlägen und Beschwerden	100 %

Mitarbeiterorientierung	Mitarbeiterbefragungen	83 %
	strukturierte Mitarbeitergespräche	93 %
	Personalentwicklungskonzept	77 %
	Erhebung des Qualifizierungsbedarfs / der Qualifizierungswünsche der Mitarbeiter:innen	99 %
	Erfassen von Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter:innen	100 %
	zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter:innen	94 %
	betriebliche Gesundheitsförderung / betriebliches Gesundheitsmanagement	71 %
	betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter:innen	99 %

Risikomanagement, Patienten- & Mitarbeitersicherheit	Risikomanagement	95 %
	Verwendung von Risikomanagement-Instrumenten	95 %
	interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit	58 %
	Aus- und Fortbildungen zu Risikokommunikation für Mitarbeiter:innen	78 %
	strukturiertes Feedback an betroffene Patientinnen bzw. Patienten bei unerwünschten Ereignissen oder Fehlern	62 %
	Mitarbeiterschulungen/-fortbildungen zur Patientensicherheit	73 %

Krankenhaus- hygiene	Orientierung der Krankenhaushygiene am bundesweiten Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene	97 %
	Hygienekommission (zusätzlich zum Hygieneteam)	71 %
	Teilnahme an Hygieneprojekten	37 %
	Antibiotika-Beauftragte:n oder eine Antibiotika-Kommission (Frage für 34 Einrichtungen relevant)	26 %
	Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung (Frage für 32 Einrichtungen relevant)	19 %
	Erfassung des Antibiotika-Verbrauches (Frage für 32 Einrichtungen relevant)	28 %
	Erhebung des Desinfektionsmittelverbrauchs	84 %
	Erstellung eines Hygieneberichts	73 %

Impfstatus Mitarbeiter:innen	Plan zur Umsetzung der Impfeempfehlungen für das Gesundheitspersonal	67 %
	Erhebung und Dokumentation der Immunität gegen Masern	56 %
	Erhebung und Dokumentation der Immunität gegen Varizellen	37 %
	Erhebung und Dokumentation des Impfschutzes gegenüber Pertussis	15 %
	Erhebung und Dokumentation der Durchimpfungsrate hinsichtlich saisonaler Influenza	36 %

Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement definieren die grundlegenden Aspekte und Inhalte, die von den Krankenanstalten in der Qualitätsarbeit berücksichtigt werden sollen. Insgesamt 35 Fragen sind als solche definiert und im Fragebogen integriert². Die 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 67 Prozent der Einrichtungen, die zumindest 90 Prozent der Mindestanforderungen erfüllten, waren es im Berichtsjahr 2022 bereits 72 Prozent.

Die Bemühungen der Einrichtungen kontinuierlich ihre Qualitätsarbeit voranzutreiben, zeigt sich auch bei der Gegenüberstellung der Ergebnisse mit den vorangegangenen Erhebungsjahren. Bei rund der Hälfte jener 65 Fragen, die für einen Vergleich herangezogen werden können, kam es zu einer Verbesserung der Ergebnisse, d. h. jener Anteil der Krankenanstalten der stat. Rehabli-

²

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

tation, die diese Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, ist gestiegen und die Prozentwerte im Jahr 2022 liegen über den Ausgangswerten von 2012, 2015 und/oder 2017³.

Schlussfolgerungen

Der vorliegende – nunmehr vierte – Bericht über Qualitätssysteme in Krankenanstalten der stationären Rehabilitation bietet einen umfassenden Überblick über die Qualitätsarbeit in den Krankenanstalten der stationären Rehabilitation und beleuchtet die Entwicklungen in den Qualitätsaktivitäten. 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 der interessierten Öffentlichkeit zudem Einblicke in die Qualitätssysteme in den Krankenanstalten der stationären Rehabilitation.

Schlüsselwörter

Qualitätsberichterstattung, Qualitätsplattform, Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement, stationäre Rehabilitation

3

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.

Summary

Background

In Austria, inpatient rehabilitation clinics 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 <http://www.qualitaetsplattform.at>. Additionally, minimum requirements for quality management, defined in 2014, are also integrated into the questionnaire for inpatient rehabilitation facilities.

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

Method

To address new challenges, in 2022, the questionnaire for the survey of quality systems in inpatient rehabilitation facilities was revised, partially adapted, and expanded by a group of experts. At the beginning of 2023, all 86 inpatient rehabilitation facilities 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 inpatient rehabilitation facilities 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 inpatient rehabilitation facilities make a variety of efforts to constantly improve their quality of care. For example, this can be seen in the areas of risk management / patient and employee safety or complaints management. The degree of fulfillment with the minimum requirements for quality management has also increased. While 67 percent of all rehabilitation facilities met at least 90 percent of the minimum requirements in the last mandatory reporting year 2017, this figure had already risen to 72 percent by the 2022 reporting year. There is still room for improvement in areas such as training for employees on patient rights or the introduction of support initiatives such as peer support groups and professional help for healthcare professionals who have been involved in errors or incidents (also known as “second victims”).

Discussion

This report provides a comprehensive overview of quality work in inpatient rehabilitation facilities 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 inpatient rehabilitation institutions.

Keywords

Quality reporting, quality platform, minimum requirements for quality management, inpatient rehabilitation facilities/clinics

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	VII
Inhalt	IX
Abbildungen.....	X
Tabellen	XI
Abkürzungen.....	XIII
1 Einleitung	1
2 Methode	2
2.1 Überarbeitung des Fragebogens.....	2
2.2 Teilnehmende Krankenanstalten der stationären Rehabilitation.....	3
2.3 Datenerhebung	5
2.4 Datenauswertung und Datendarstellung	6
3 Ergebnisse für das Berichtsjahr 2022	9
3.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit	9
3.2 Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit	10
3.3 Qualitätsmodelle.....	16
3.4 Qualitätsarbeit	18
3.4.1 Prozesse	18
3.4.2 Bericht über die Qualitätsarbeit	19
3.4.3 Patientenorientierung	20
3.4.4 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen bzw. Patienten.....	22
3.4.5 Mitarbeiterorientierung	23
3.4.6 Risikomanagement/Patienten- und Mitarbeitersicherheit.....	25
3.4.7 Krankenhaushygiene	27
3.4.8 Impfstatus der Mitarbeiter:innen	29
3.4.9 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)	31
3.5 Ergebnisse hinsichtlich der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement	31
4 Gegenüberstellung der Ergebnisse aus den Berichtsjahren 2022, 2017, 2015 und 2012.....	34
5 Diskussion, Limitationen und Schlussfolgerungen	36
Literatur	39
Anhang	41
Anhang 1.....	43
Anhang 2.....	55
Anhang 3.....	61
Anhang 4.....	71

Abbildungen

Abbildung 3.1: Einrichtungen, die eine fixe Zahl ermitteln können: Anzahl der Vollzeitäquivalente (VZÄ) für die einrichtungsweite Koordination von Qualitäts- und Risikomanagementarbeit – nach Bettengruppen (56 von 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation).....	12
Abbildung 3.2: Einrichtungen, die eine fixe Zahl ermitteln können: Anzahl der Mitarbeiter:innen mit spezieller Qualitätsmanagementausbildung – nach Bettengruppen (50 von 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation)	14
Abbildung 3.3: Einrichtungen, die eine fixe Zahl ermitteln können: Anzahl der Mitarbeiter:innen mit spezieller Risikomanagementausbildung – nach Bettengruppen (38 von 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation)	15

Tabellen

Tabelle 2.1:	Krankenanstalten (KA) der stationären Rehabilitation nach Bundesland und Bettengruppe.....	5
Tabelle 3.1:	Fragenblock 2. Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86).....	9
Tabelle 3.2:	Fragenblock 3. Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86).....	10
Tabelle 3.3:	Fragenblock 4. Qualitätsmodelle; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86).....	16
Tabelle 3.4:	Qualitätsmodelle, die in den Krankenanstalten der stationären Rehabilitation implementiert sind (87 Nennungen von 70 Einrichtungen).....	17
Tabelle 3.5:	Zumindest ein implementiertes Qualitätsmodell für die gesamte Einrichtung nach Bettengruppen.....	17
Tabelle 3.6:	Fragenblock 5.1 Prozesse; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86)	18
Tabelle 3.7:	Fragenblock 5.2 Bericht über die Qualitätsarbeit; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86).....	19
Tabelle 3.8:	Fragenblock 5.3 Patientenorientierung; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86)	20
Tabelle 3.9:	Fragenblock 5.4. Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86).....	22
Tabelle 3.10:	Fragenblock 5.5 Mitarbeiterorientierung; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86)	23
Tabelle 3.11:	Fragenblock 5.6 Risikomanagement/Patienten- und Mitarbeitersicherheit; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86).....	25
Tabelle 3.12:	Fragenblock 5.7 Krankenhaushygiene; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86).....	27
Tabelle 3.13:	Fragenblock 5.8 Impfstatus der Mitarbeiter:innen; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86).....	29

Tabelle 3.17: Fragenblock 5.9 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP); Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86).....	31
Tabelle 3.18: Erfüllungsgrad der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (MA an QM) (N = 86).....	32

Abkürzungen

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

1 Einleitung

Seit 2010 betreibt die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur die Website 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 stationären Rehabilitation ebenso Einrichtungen der Akutversorgung, der Langzeitversorgung und Genesung/Prävention sowie selbstständige Ambulatorien regelmäßig dazu aufgerufen, den Fragebogen zu den Qualitätssystemen auszufüllen. In den Jahren zwischen den verpflichtenden Qualitätsberichterstattungen haben die Krankenanstalten der stationären Rehabilitation und der Akutversorgung 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 Servicebereich⁴ der Qualitätsplattform heruntergeladen werden. Durch die österreichweite Qualitätsberichterstattung wird ein Überblick über die 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 stationären Rehabilitation (Berichtsjahr 2022) durch. Zeitgleich wurde die Befragung auch in Krankenanstalten der Akutversorgung und der Langzeitversorgung und Genesung/Prävention durchgeführt.

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

4

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

2 Methode

Die Erhebung der Qualitätssysteme in Einrichtungen der stationären Rehabilitation erfolgt über die Beantwortung eines Onlinefragebogens (Selbstbewertung), der den betroffenen Krankenanstalten über den zugangsgeschützten Bereich der Website 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 stationären Rehabilitation 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 Expertengruppe⁵ (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 elf Fragen und drei Subfragen neu aufgenommen. Diese werden in den Tabellen bzw. im Text mit „neue Frage“ ausgewiesen. Zudem wurden zwei Fragen aus dem Fragebogen entfernt. Dabei handelt es sich um folgende:

- » „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)⁶ (vgl. BMSGPK 2022) generiert werden.

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)

Bereits vor den oben genannten Änderungen wurde in Abstimmung mit dem BMSGPK und der Fachgruppe Versorgungsprozesse zusätzlich der Fragenblock „Impfstatus 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 stationären Rehabilitation umfasst im Berichtsjahr 2022 insgesamt 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 Servicebereich⁷ zu finden.

2.2 Teilnehmende Krankenanstalten der stationären Rehabilitation

Das BMSGPK führt und veröffentlicht eine Liste der bettenführenden Krankenanstalten in Österreich gemäß Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (vgl. KAKuG) über seine Webseite⁸. Jede Krankenanstalt ist mit einer Krankenanstaltennummer (vgl. BMSGPK 2023) identifizierbar. Laut dem Krankenanstaltenverzeichnis gibt es in Österreich mit Stand Oktober 2022 insgesamt 270 Krankenanstalten. Von diesen 270 Einrichtungen sind 84 Krankenanstalten dem Versorgungssektor „Rehabilitation“ zugeordnet.

Für die Erhebung der Qualitätssysteme in Krankenanstalten der stationären Rehabilitation und für die Darstellung der Ergebnisse im vorliegenden Bericht wurden nachfolgende Ausnahmeregelungen abgestimmt und festgelegt: Die Sonderkrankenanstalt für Neurorehabilitation für Kinder und Jugendliche (K556) ist in das Qualitätsmanagementsystem des Landeskrankenhaus Salzburg – Universitätsklinikum der PMU (K524) vollständig integriert und wird daher, wie mit dem Krankenanstaltenträger abgestimmt, nicht gesondert erfasst. Zusätzlich gibt es drei weitere

7

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

8

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

Krankenanstalten der stationären Rehabilitation in der Rechtsform eines selbstständigen Ambulatoriums (Sonnenpark Neusiedlersee, Sonnenpark Bad Hall und Sonnenpark Lans), die jeweils mit einem angeschlossenen Hotelbetrieb geführt und von der Sozialversicherung als Einrichtungen der stationären Rehabilitation akzeptiert werden. Da diese Einrichtungen als versorgungswirksam – ähnlich einer Krankenanstalt der stationären Rehabilitation – einzustufen sind, wurden sie – wie auch bereits in den Jahren 2012, 2015 und 2017 – eingeladen, an der Qualitätsberichterstattung teilzunehmen. Daraus ergeben sich in Summe 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Aufforderung erhielten, sich an der Berichterstattung zu beteiligen.

Bettengruppen lt. Krankenanstalten-Kataster (KA-Kataster)

Krankenanstalten der stationären Rehabilitation werden – in Abhängigkeit der Bettenanzahl – Bettengruppen zugeordnet. Auf Basis des Krankenanstalten-Katasters des BMSGPK (unveröffentlicht) werden nachfolgende Bettengruppen unterschieden:

- » 1 bis 99 Betten
- » 100 bis 199 Betten
- » 200 bis 299 Betten
- » 300 bis 499 Betten
- » keiner Bettengruppe zugeordnet

Nachfolgende Tabelle 2.1 schafft einen Überblick über die oberhalb ausgewiesenen 86 Einrichtungen der stationären Rehabilitation nach Bundesland und der zugehörigen Bettengruppe.

Tabelle 2.1:

Krankenanstanlen (KA) der stationären Rehabilitation nach Bundesland und Bettengruppe

Bundesland/ Bettengruppe lt. KA-Kataster	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Summe
1 bis 99 Betten	0	3	1	5	3	1	2	0	1	16
100 bis 199 Betten	6 ⁹	1	17	11 ⁸	6	8	3 ⁸	0	1	53
200 und 299 Betten	0	1	2	1	1	3	0	1	1	10
300 bis 499 Betten	0	1	2	0	0	1	1	0	0	5
keiner Bettengruppe zugeordnet		1				1				2
Summe - der Kranken- anstalten der stationären Rehabilitati- on	6	7	22	17	10	14	6	1	3	86

Quelle und Darstellung: BMSGPK/GÖG, Qualitätsplattform

Die Liste aller an der Qualitätsberichterstattung teilgenommen habenden Krankenanstanlen der stationären Rehabilitation sind im Anhang 2 ausgewiesen. Zudem kann die Liste im öffentlichen Servicebereich auf der Qualitätsplattform www.qualitaetsplattform.at abgerufen werden.

2.3 Datenerhebung

Anfang des Jahres 2023 wurden die Krankenanstanlen der stationären Rehabilitation und ihre Krankenanstalenträger 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 auch telefonisch kontaktiert und erneut zur Teilnahme aufgefordert. Nachdem alle

9

Betrifft die für die Qualitätsberichterstattung in Krankenanstanlen der stationären Rehabilitation zusätzlich aufgenommenen Einrichtungen (Sonnenpark) in der Rechtsform selbstständiges Ambulatorium, die laut Websites der Einrichtungen der Bettengruppe 100 bis 199 Betten zuzuordnen sind.

Krankenanstalten der stationären Rehabilitation den Fragebogen ausgefüllt und freigegeben hatten, wurde im Mai 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 Auswertungstool 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 Fragenummern in Tabellen gelistet. Des Weiteren werden darin die Anteile der Einrichtungen in Prozent (gerundet) und die Anzahl der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation (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 Fragenummer 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 worden sind, werden daher 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 analysiert, kategorisiert und in den vorliegenden Bericht integriert.

Informationstexte

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

Auswertungen nach Bettengruppen

Wenn im Rahmen der Ergebnisauswertung nach Bettengruppen der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation (vgl. Kapitel 2.2) aussagekräftige Unterschiede erkennbar waren, wurden diese im vorliegenden Bericht in den Fließtext aufgenommen. Um jedoch die Vertraulichkeit zu wahren (Datenschutzbestimmungen) und keine Rückschlüsse auf einzelne Einrichtungen zuzulassen, werden die Bettengruppen „200 bis 299 Betten“ und „300 bis 499 Betten“ unter „200 bis 499 Betten“ zusammengefasst. Zudem werden aus demselben Grund Einrichtungen, die keiner Bettengruppe zugeordnet sind, nicht explizit ausgewiesen.

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, weil mit dieser Darstellungsform gut abgebildet werden kann, 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 ausgespart. In so einem Fall wird jedoch im Text auf Ausreißer hingewiesen.

Antwortmöglichkeit „für die Einrichtung nicht relevant“

Die Krankenanstalten der stationären Rehabilitation sind in ihrer Leistungserbringung unterschiedlich. Dies wird berücksichtigt, indem bei vier Fragen die Antwortoption „nicht relevant für die Einrichtung“ hinzugefügt wurde, wie zum Beispiel bei der Frage „Gibt es in der Einrichtung eine:n Antibiotika-Beauftragte:n oder eine Antibiotika-Kommission?“. Dies ermöglicht den Einrichtungen, die Frage nur zu beantworten, wenn diese für die Einrichtung relevant ist. Bei den entsprechenden Fragen wird im Text und in den Tabellen auf eine Fußnote mit Erklärungstext verwiesen.

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 und weisen auch die Ergebnisse je Frage aus. Die zusammenfassende Auswertung über den Erfüllungsgrad der Mindestanforderungen wird im Kapitel 3.5 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 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation in Österreich dargestellt.

3.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit

Tabelle 3.1:

Fragenblock 2. Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
2.1	Ist in der Einrichtung ein Leitbild definiert? ¹⁰	99 % 85 KA
2.2	Ist in der Einrichtung eine Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt? ^{*11}	95 % 82 KA
2.2.4	Sind aus der Qualitätsstrategie konkrete Qualitätsziele abgeleitet? ^{*12} (n = 82)	98 % 80 KA

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

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Bei den Krankenanstalten, die eine **Qualitätsstrategie** nachweislich festgelegt haben, wurde diese etwa zur Hälfte vom Träger erarbeitet (43 Nennungen) und etwa zur Hälfte von der Einrichtung selbst (39 Nennungen). Von den 82 Einrichtungen mit einer Qualitätsstrategie wird diese in 63 Einrichtungen allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommuniziert. Von den restlichen 19 Einrichtungen kommunizieren acht die Qualitätsstrategie an die obere Führungsebene und 17 an die mittlere Führungsebene. Die Kommunikation erfolgt in den Einrichtungen über verschiedene Kanäle: Primär genannt wurden Sitzungen (73 Nennungen), Informationsveranstaltungen (durch den Träger und/oder einrichtungsintern) (62 Nennungen), Dokumentenlenkungssystem (59 Nennungen), Intranet und E-Mail (jeweils 55 Nennungen) sowie Qualitätsmanagement-Handbuch (50 Nennungen). (Nr. 2.2.1; 2.2.2*; 2.2.3). In 75 Einrichtungen werden die Qualitätsziele allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommuniziert und in 75 Einrichtungen sind Kennzahlen zur Messung, wie weit Qualitätsziele erreicht sind, festgelegt. In 70 Einrichtungen wird die Zielerreichung anhand von festgelegten Kennzahlen überprüft. (Nr. 2.2.4.1*)

¹⁰

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.

¹¹

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

¹²

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 der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
3.2	Gibt es eine Geschäftsordnung für die Qualitätssicherungskommission (QSK)?* ¹³	73 % 63 KA
3.5	Gibt es Protokolle zu den regelmäßigen Sitzungen der QSK?*	95 % 82 KA
3.6	Gibt es eine schriftliche Vorgabe , wie mit den Empfehlungen der QSK in der Einrichtung umzugehen ist?*	67 % 58 KA
3.9	Gibt es in den Abteilungen/Bereichen definierte Ansprechpartner:innen für Qualitäts- und/oder Risikomanagementarbeit?*	86 % 74 KA
3.14	Sind die Mitarbeiter:innen nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert?*	100 % 86 KA
3.15	Sind patientenbezogene (elektronische) Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (z. B. durch Passwörter)?*	100 % 86 KA
3.16	Sind patientenbezogene (elektronische) Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt?*	100 % 86 KA
3.17	Gibt es in der Einrichtung eine definierte Person (eine:n Datenschutzbeauftragte:n), die die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften (sowohl gesetzliche als auch einrichtungsinterne Vorgaben) sicherstellt?	99 % ¹⁴ 85 KA ¹⁴
3.18	Gibt es in der Einrichtung eine:n Digitalisierungsbeauftragte:n ? ¹⁵ (<i>neue Frage</i>)	57 % ¹⁴ 49 KA ¹⁴
3.19	Gibt es in der Einrichtung eine definierte Person (eine:n Beauftragte:n), die die Einhaltung von Sicherheitsvorschriften der IT (sowohl gesetzliche als auch einrichtungsinterne Vorgaben) sicherstellt?	79 % ¹⁴ 68 KA ¹⁴
3.20	Werden sensible Betriebsmittel , wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch, Suchtgiftvignetten oder papiergebundene Daten, diebstahlgeschützt aufbewahrt?*	100 % 86 KA
3.21	Gibt es in der Einrichtung eine strukturierte Dokumentenlenkung ?* ¹⁶	98 % 84 KA
3.22	Gibt es Projekte/Maßnahmen zur Optimierung der Dokumentationsqualität ? (<i>neue Frage</i>)	92 % 79 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)

¹⁶

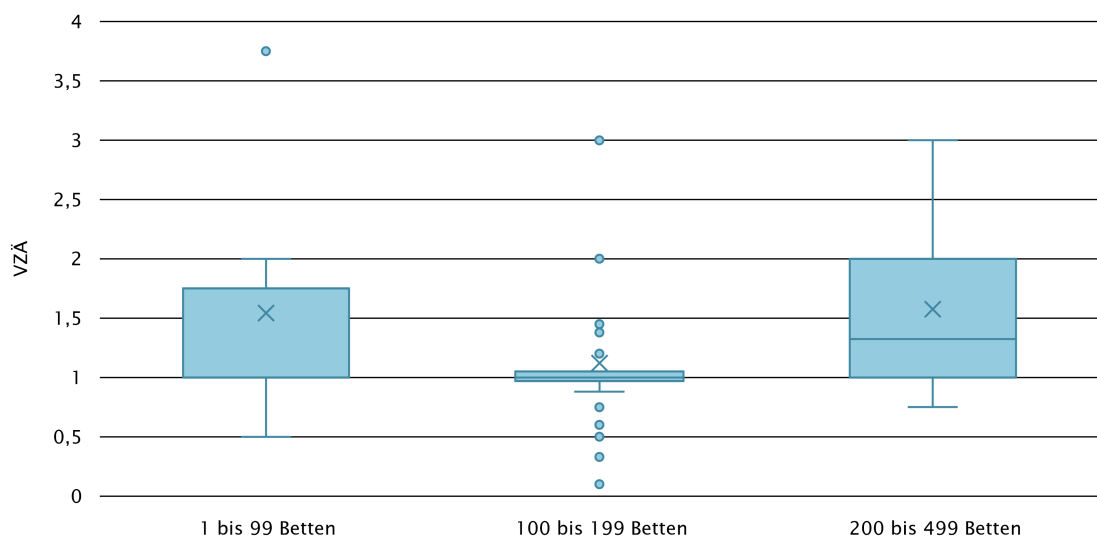
Unter Lenkung von Dokumenten versteht man das geregelte Erstellen, Prüfen, Aktualisieren, Freigeben, Verteilen, Zurückziehen und Archivieren von Dokumenten. Dadurch soll sichergestellt werden, dass alle Unterlagen, die in der Einrichtung verwendet werden, auf dem gültigen Stand und an jenen Stellen verfügbar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

- » Die **Qualitätssicherungskommission** (QSK) ist gesetzlich verankert. Sie besteht in den Krankenanstalten der stationären Rehabilitation aus Vertreterinnen und Vertretern nachfolgender Berufsgruppen/Bereiche: Ärztlicher Dienst (85 Nennungen), Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (84 Nennungen), Verwaltungsdienst (82 Nennungen), Gehobene medizinisch-technische Dienste (68 Nennungen) und zusätzlich noch häufig Mitglieder aus dem Qualitäts- und/oder Risikomanagement (63 Nennungen) und das Hygieneteam (41 Nennungen). (Nr. 3.1*)
- » In den Einrichtungen, in denen eine **Geschäftsordnung für die QSK** verankert ist, erhält die QSK regelmäßig Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen (z. B. Patienten-, Mitarbeiter-, Zuweiserbefragungen) (84 Nennungen), Informationen über laufende Projekte (inklusive baulicher Maßnahmen) (77 Nennungen), Informationen aus dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) (76 Nennungen), Kennzahlen, Qualitätsindikatoren (z. B. QM-System, Controlling) und Informationen über Beschwerden (z. B. von der Patientenanwaltschaft, Ombudsstelle) (jeweils 72 Nennungen), Informationen aus dem betrieblichen Vorschlagswesen/Ideenmanagement (71 Nennungen), Informationen aus dem Risikomanagement (z. B. aus Fehlermelde- und Lernsystemen) (69 Nennungen) und Informationen vom Hygieneteam (68 Nennungen). Die Sitzungen der QSK finden in den Einrichtungen am häufigsten in vierteljährlichen (39 Nennungen) und halbjährlichen (29 Nennungen) Abständen statt. (Nr. 3.3–3.4)
- » In 70 der 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation erfolgt die einrichtungsweite **Koordination der Qualitäts- und Risikomanagementarbeit** nicht getrennt voneinander und wird oftmals von mehreren Stellen wahrgenommen, genannt wurden v. a. Qualitätsmanager:in oder Qualitätsbeauftragte:r (57 Nennungen), Kollegiale Führung / (Geschäfts-)Leitung (49 Nennungen), Qualitätssicherungskommission (41 Nennungen), Pflegedienstleitung (31 Nennungen), ärztliche Leitung (30 Nennungen) und Risikomanager:in oder Risikomanagementbeauftragte:r (29 Nennungen), extern durch Träger bzw. extern durch Betreiber von Krankenanstalten (privatwirtschaftliches Unternehmen für Krankenanstaltenmanagement) (insgesamt 29 Nennungen). In 16 der 86 Einrichtungen der stationären Rehabilitation erfolgt die einrichtungsweite Koordination von Qualitäts- und Risikomanagementarbeit getrennt voneinander. Auch hier werden meist mehrere Stellen angegeben: für die Koordination der einrichtungsweiten Qualitätsmanagementarbeit vorrangig Qualitätsmanager:in oder Qualitätsbeauftragte:r (13 Nennungen) und eine einrichtungsinterne Abteilung oder Stabsstelle (10 Nennungen) und in der Hälfte dieser Einrichtungen durch die Kollegiale Führung / (Geschäfts-)Leitung (8 Nennungen). Die Koordination der einrichtungsweiten Risikomanagementarbeit erfolgt primär durch einen bzw. eine Risikomanager:in oder eine:n Risikomanagementbeauftragte:n (12 Nennungen) und die Kollegiale Führung/(Geschäfts-)Leitung (8 Nennungen). (Nr. 3.7; 3.7.1–3.7.3)

Fixe Dienstposten für die einrichtungsweite Koordination von Qualitäts- und Risikomanagementarbeit sind in 80 der 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation besetzt. In 56 dieser Einrichtungen sind die **Vollzeitäquivalente**¹⁷ (VZÄ) ermittelbar. Dabei reichen die Angaben von 0,1 bis 4,5 VZÄ, die in den Einrichtungen auf eine bis sechs Personen aufgeteilt werden. (Nr. 3.8; 3.8.1; 3.8.2) Die Verteilung der genannten VZÄ und der daraus berechnete Median (Linie) werden im nachfolgenden Boxplot in Abbildung 3.1 nach Bettengruppen veranschaulicht. In der Bettengruppe eins bis 99 Betten ist der Median nicht ersichtlich, da er mit einem Wert von eins auf der unteren Linie der Box liegt. Die Datenpunkte symbolisieren die Ausreißer. In der Bettengruppe 100 bis 199 Betten werden hier mehrere Datenpunkte als Ausreißer ausgewiesen, da der Großteil dieser Einrichtungen rund eine VZÄ für die einrichtungsweite Koordination von Qualitäts- und Risikomanagementarbeit bereitstellt.

Abbildung 3.1:

Einrichtungen, die eine fixe Zahl ermitteln können: Anzahl der Vollzeitäquivalente (VZÄ) für die einrichtungsweite Koordination von Qualitäts- und Risikomanagementarbeit – nach Bettengruppen (56 von 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation¹⁸)¹⁹



Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

¹⁷

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.

¹⁸

6 von 16 „1 bis 99 Betten“, 36 von 53 „100 bis 199 Betten“ und 12 von 15 „200 bis 499 Betten“; die beiden Einrichtungen, die keiner Bettengruppe zugeordnet sind, werden im Boxplot nicht dargestellt

¹⁹

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

- » 74 der 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation melden zurück, dass es **definierte Ansprechpartner:innen**²⁰ für **Qualitäts- und/oder Risikomanagementarbeit** gibt. Bei der Auswertung der Ergebnisse nach Bettengruppen zeigt sich, dass Einrichtungen der Bettengruppe „1 bis 99 Betten“ weniger häufig definierte Ansprechpartner:innen haben (75 %) im Vergleich zu den Einrichtungen der Bettengruppen „100 bis 199 Betten“ (91 %) und „200 bis 499 Betten“ (87 %). In 47 der 74 Einrichtungen gibt es Ansprechpartner:innen in allen Abteilungen/Bereichen, in 20 Einrichtungen in mehr als der Hälfte der Abteilungen/Bereiche und in sieben Einrichtungen in weniger als der Hälfte aller Abteilungen/Bereiche. (Nr. 3.9)
- » 75 der 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation geben an, dass in ihrer Einrichtung Mitarbeiter:innen mit spezieller **Qualitätsmanagementausbildung**²¹ tätig sind. 50 Einrichtungen können deren genaue Zahl ermitteln, die Angaben betragen zwischen einer und zwölf Personen. 25 Einrichtungen können diese Zahl nur schätzen: 22 Einrichtungen schätzen zwischen einer und fünf Personen, zwei Einrichtungen zwischen sechs und zehn Personen und eine Einrichtung zwischen elf und 20 Personen. (Nr. 3.10; 3.10.1) Die Verteilung der genannten VZÄ und der daraus berechnete Median (Linie) werden im nachfolgenden Boxplot Abbildung 3.2 nach Bettengruppen veranschaulicht. Da der Median bei den ersten beiden Bettengruppen exakt auf eine Linie der Box liegt, ist dieser in der Grafik nicht erkennbar. Der Median liegt bei 1 bis 99 Betten bei eins und bei 100 bis 199 Betten bei zwei. Der Mittelwert wird in Form eines X dargestellt. Die Bettengruppe „keine Bettengruppe“ wird nicht im Boxplot ausgewiesen, da nur eine Einrichtung einen genauen Wert angeben kann (1 Person).

20

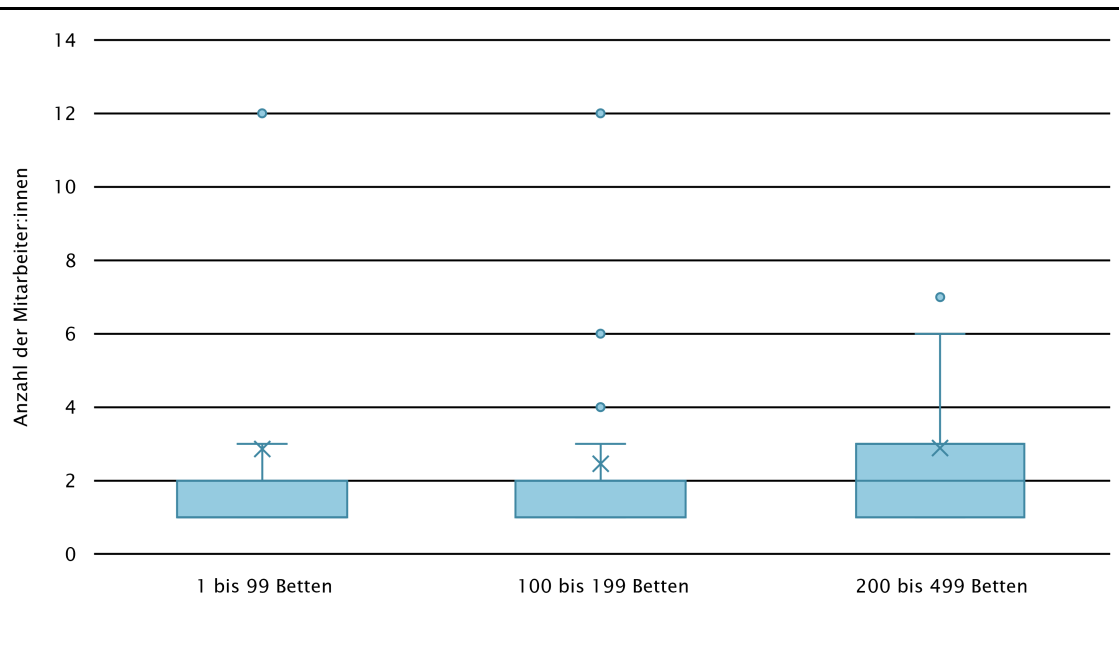
Ansprechpartner:innen sind von der Kollegialen Führung / (Geschäfts-)Leitung / Direktion nominiert und die Aufgaben sind in der Stellenbeschreibung verankert.

21

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.

Abbildung 3.2:

Einrichtungen, die eine fixe Zahl ermitteln können: Anzahl der Mitarbeiter:innen mit spezieller Qualitätsmanagementausbildung – nach Bettengruppen (50 von 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation²²⁾²³



Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » 56 der 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation geben an, dass in ihrer Einrichtung Mitarbeiter:innen mit spezieller **Risikomanagementausbildung**²⁴ tätig sind, 38 Einrichtungen können deren genaue Zahl ermitteln, die Angaben betragen zwischen einer und 22 Personen. Jene 18 Einrichtungen, die die Anzahl der Mitarbeiter:innen mit einer Risikomanagementausbildung nur schätzen können, melden nachfolgende Schätzung zurück: 15 Einrichtungen schätzen zwischen einer und fünf Personen, eine Einrichtung schätzt zwischen sechs und zehn Personen und zwei Einrichtungen schätzen zwischen elf und 20 Personen. (Nr. 3.11; 3.11.1) Die Verteilung der genannten VZÄ und der daraus berechnete Median (strichlierte Linie) wird im nachfolgenden Boxplot Abbildung 3.3 nach Bettengruppen veranschaulicht. Die Bettengruppe „keine Bettengruppe“ wird nicht im Boxplot ausgewiesen, da nur eine Einrichtung einen genauen Wert angeben kann (1 Person). Der Boxplot zeigt, dass sich die Bettengruppen nicht wesentlich voneinander unterscheiden. Die Angaben der Einrichtungen verteilen sich rund um den Median von einer bis zwei Personen mit spezieller Risikomanagementausbildung. Bei den beiden Bettengruppen „100 bis 199 Betten“ und „200 bis 499 Betten“ haben vereinzelte Einrichtungen eine höhere Anzahl an Personen mit Risi-

²²

7 von 16 „1 bis 99 Betten“, 33 von 53 „100 bis 199 Betten“, 9 von 15 „200 bis 499 Betten“; eine Einrichtung, die keiner Bettengruppe zugeordnet ist, wird im Boxplot nicht dargestellt

²³

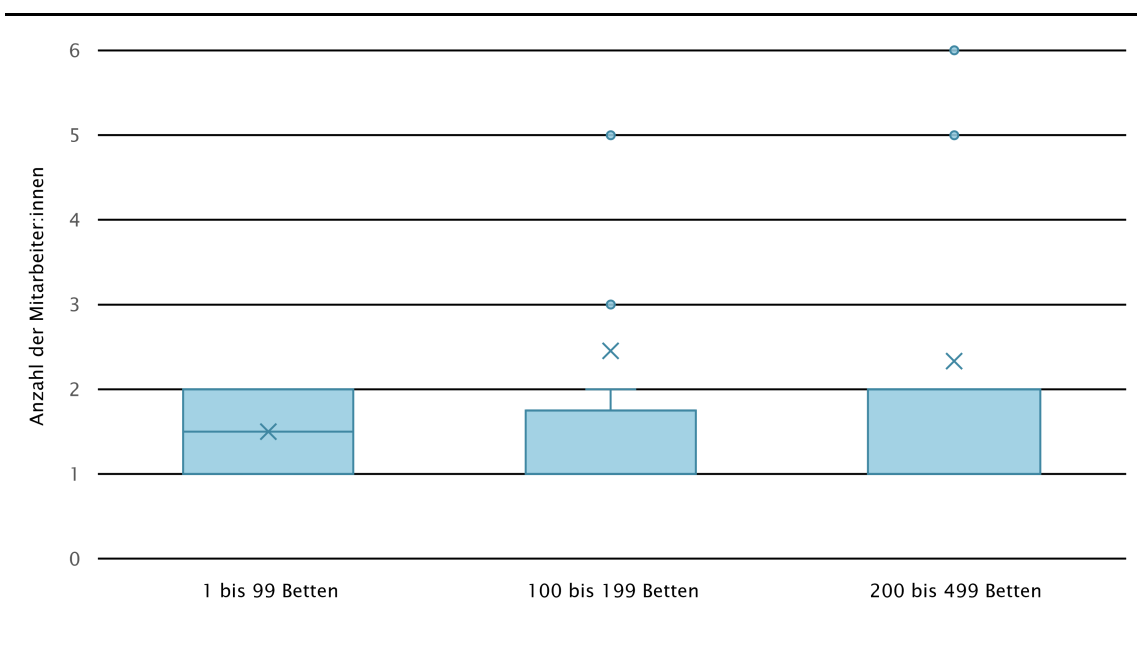
Die Linie in den Boxplots weist den Median aus und das X stellt den Mittelwert dar.

²⁴

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

komanagementausbildung beschäftigt. Diese Streuung nach oben wird in Form von Ausreißerpunkten angezeigt. Zudem wird ein extremer Ausreißerpunkt bei der Bettengruppe 100 bis 199 Betten nicht in der Grafik dargestellt. Eine Einrichtung dieser Bettengruppe beschäftigt 22 Mitarbeiter:innen mit spezieller Risikomanagementausbildung.

Abbildung 3.3:
Einrichtungen, die eine fixe Zahl ermitteln können: Anzahl der Mitarbeiter:innen mit spezieller Risikomanagementausbildung – nach Bettengruppen (38 von 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation²⁵⁾²⁶



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 (86 Nennungen), Bereitstellen von Fachzeitschriften (74 Nennungen), Wissensmanagement (59 Nennungen), einrichtungsinterne (elektronische) Bibliothek und Arbeitsplätze mit Zugang zu Metadatenbanken für fachspezifische Publikationen (jeweils 38 Nennungen) genannt. (Nr. 3.12*)
- » Über **aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen** werden Mitarbeiter:innen über verschiedene Informationskanäle informiert, vorrangig über Teambesprechungen (85 Nennungen), E-Mail-Aussendungen des Trägers, der Kollegialen Führung und/oder der (Geschäfts-)Leitung (77 Nennungen), Fortbildungen (72 Nennungen), elektronisches Dokumentenlenkungssystem (58 Nennungen), Bereitstellung im Intranet (u. a. Links zur Website von Fachverbänden) (46 Nennungen) sowie Dokumente in Druckform/als Informationsmappe (42 Nennungen). (Nr. 3.13*)

²⁵

6 von 16 „1 bis 99 Betten“, 22 von 53 „100 bis 199 Betten“, 9 von 15 „200 bis 499 Betten“; eine Einrichtung, die keiner Bettengruppe zugeordnet ist, wird im Boxplot nicht dargestellt

²⁶

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

- » In 49 der 86 Einrichtungen (22 Nennungen) oder in deren Trägerorganisation (27 Nennungen) gibt es eine:n **Digitalisierungsbeauftragte:n**. Bei der Auswertung der Ergebnisse nach Bettengruppen zeigt sich, dass Einrichtungen der Bettengruppen „1 bis 99 Betten“ (94 %) und „200 bis 499 Betten“ (67 %) häufiger eine:n Digitalisierungsbeauftragte:n haben als Einrichtungen der Bettengruppe „100 bis 199 Betten“ (45 %). (Nr. 3.18)

3.3 Qualitätsmodelle

Tabelle 3.3:

Fragenblock 4. Qualitätsmodelle; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
4.1	Ist ein Qualitätsmodell bzw. sind mehrere Qualitätsmodelle (ISO, EFQM, KTQ etc.) in der Einrichtung implementiert? ²⁷	81 % 70 KA
4.1.2	Gibt es in der Einrichtung noch weitere Qualitätsmodelle, nach denen zertifiziert wird? (n = 70) (<i>neue Frage</i>)	26 % 18 KA

Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt.

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

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

Bei der Frage 4.1.1, welches **Qualitätsmodell** in der gesamten Einrichtung bzw. in Teilen der Einrichtung implementiert ist, konnten nachfolgende Qualitätsmodelle genannt werden:

1. träger- oder einrichtungseigenes QM-System (z. B. AUVA-QM-System)
 2. EFQM (European Foundation for Quality Management)
 3. KTQ (inkl. pCC; Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)
 4. JCI (Joint Commission International)
 5. ISO (International Organization Standardization)
 6. EN 15224 (Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung – Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen nach EN ISO 9001:2008)
- » Insgesamt haben 68 von 86 (79 Prozent) Krankenanstalten der stationären Rehabilitation zumindest ein Qualitätsmodell für die gesamte Einrichtung implementiert.
 - » Nachfolgende Tabelle 3.4 gibt eine Übersicht über die Häufigkeit der genannten Qualitätsmodelle und darüber, ob sie in der gesamten bzw. nur in Teilen der Einrichtung implementiert sind. Am häufigsten werden die Qualitätsmodelle ISO (37 Nennungen) und träger-/einrichtungseigenes QM-System (28 Nennungen) genannt.

27

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

Tabelle 3.4:

Qualitätsmodelle, die in den Krankenanstalten der stationären Rehabilitation implementiert sind (87 Nennungen von 70 Einrichtungen)

Qualitätsmodelle, implementiert für die gesamte bzw. in Teilen der Einrichtung	Träger-/einrichtungseigenes QM-System	EFQM	KTQ	JCI	ISO	EN 15224
Qualitätsmodell in der gesamten Einrichtung implementiert	28	1	1	2	33	16
Qualitätsmodell in Teilen der Einrichtung implementiert	-	1	-	-	4	1

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Nachfolgende Tabelle 3.5 zeigt, dass Krankenanstalten der stationären Rehabilitation mit der Bettengruppe „100 bis 199 Betten“ am häufigsten (zumindest) ein **Qualitätsmodell in der gesamten Einrichtung** implementiert haben.

Tabelle 3.5:

Zumindest ein implementiertes Qualitätsmodell für die gesamte Einrichtung nach Bettengruppen

Bettengruppe	1 bis 99 Betten	100 bis 199 Betten	200 bis 499 Betten	Keiner Bettengruppe zugeordnet	Alle Krankenanstalten der stationären Rehabilitation
Anzahl/Prozentanteil der Einrichtungen	11 von 16 69 %	45 von 53 85 %	12 von 15 71 %	0 von 2 0 %	68 von 86 79 %

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

3.4 Qualitätsarbeit

3.4.1 Prozesse

Tabelle 3.6:

Fragenblock 5.1 Prozesse; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.1.2	Ist ein Konzept für einrichtungsinterne medizinische Notfälle ausgearbeitet?*	100 % 86 KA
5.1.3	Wird ein entsprechendes Notfall-Equipment in den jeweiligen Funktionseinheiten/Abteilungen bereitgehalten?	100 % 86 KA
5.1.3.1	Wird dieses Notfall-Equipment regelmäßig einer Prüfung unterzogen und dies im erforderlichen Maße dokumentiert? (n = 86)	100 % 86 KA
5.1.4	Gibt es ein Schulungskonzept, um Mitarbeiter:innen für einrichtungsinterne medizinische Notfälle zu schulen?*	99 % 85 KA
5.1.4.1	Sind die Mitarbeiter:innen entsprechend ihrem Einsatzgebiet nachweislich geschult?*(n = 85)	75 % ²⁸ 64 KA ²⁹
5.1.6	Ist in der Einrichtung ein strukturiertes Aufnahmemanagement implementiert? ²⁹	98 % 84 KA
5.1.6.1	Orientiert sich das strukturierte Aufnahmemanagement an der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM)? (n = 84)	55 % 46 KA
5.1.7	Wird der Ernährungsstatus von Patientinnen bzw. Patienten bei der Aufnahme in die Einrichtung erhoben?	98 % 84 KA
5.1.8	Gibt es in der Einrichtung einen standardisierten Prozess zur Betreuung mangelernährter Patientinnen bzw. Patienten?	49 % 42 KA
5.1.9	Ist in der Einrichtung ein indirektes Entlassungsmanagement implementiert, in dem Patientinnen bzw. Patienten den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne eines Case Management quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen durchlaufen? ³⁰	71 % 61 KA
5.1.9.3	Orientiert sich das indirekte Entlassungsmanagement an der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM)? (n = 61)	64 % 39 KA

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

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Bei der Frage 5.1.1*, welche **Leistungsprozesse/-abläufe** in der Einrichtung definiert sind, geben alle Krankenanstalten der stationären Rehabilitation ein Aufnahmemanagement an. Weitere häufig genannte definierte Leistungsprozesse/-abläufe sind: Hygienemanagement

28

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

29

Darunter wird ein strukturierter Aufnahmeprozess unter Einhaltung bestimmter Mindeststandards verstanden.

30

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 Management quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen.

- (84 Nennungen), Entlassungsmanagement (83 Nennungen), Management von Medikationssicherheit (z. B. Polypharmazie, Potenzielle inadäquate Medikation (PIM)) (67 Nennungen) und Sturzprävention (57 Nennungen).
- » In jenen 85 Einrichtungen, die ein Schulungskonzept zur Mitarbeiterschulung von einrichtungsinternen **medizinischen Notfällen** haben, werden in 64 Einrichtungen alle Mitarbeiter:innen und in 21 Einrichtungen ein Teil der **Mitarbeiter:innen entsprechend ihrem Einsatzgebiet nachweislich geschult**. (Nr. 5.1.4*; 5.1.4.1*)
 - » Krankenanstalten der stationären Rehabilitation informieren ihre Zuweiser:innen über die **Aufnahmemodalitäten** in ihren Häusern vorrangig über die Website (78 Nennungen), ein Info-Blatt bzw. einen Info-Brief (56 Nennungen) und Information per E-Mail (55 Nennungen). (Nr. 5.1.5)
 - » In den Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, in denen der **Ernährungsstatus** von Patientinnen bzw. Patienten bei der Aufnahme in die Einrichtung erhoben wird, erfolgt dies in 46 Einrichtungen in allen Abteilungen, in 17 Einrichtungen in mehr als der Hälfte aller Abteilungen und in 21 Einrichtungen in weniger als der Hälfte aller Abteilungen. (Nr. 5.1.7.1)
 - » Bei der Frage, wie viele fixe Dienstposten in Vollzeitäquivalenten³¹ (VZÄ) für das **indirekte Entlassungsmanagement** besetzt sind, reichen die Angaben von 0,01 bis 20,15 VZÄ. Vorrangig übernimmt die Berufsgruppe des gehobenen Dienstes für Gesundheit- und Krankenpflege das indirekte Entlassungsmanagement (53 Nennungen), gefolgt von Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeitern (27 Nennungen). (Nr. 5.1.9.1; 5.1.9.2)

3.4.2 Bericht über die Qualitätsarbeit

Tabelle 3.7:

Fragenblock 5.2 Bericht über die Qualitätsarbeit; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.2.1	Wird in der Einrichtung – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung (Qualitätsplattform) – ein eigener Bericht über die Qualitätsarbeit erstellt (einrichtungseigener Bericht oder z. B. auch ein Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes)?	66 % 57 KA
5.2.1.1	Wird dieser Bericht veröffentlicht? (n = 57)	42 % ³² 24 KA ³²

Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt.

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

³¹

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.

³²

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.

- » 24 der 57 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung (Qualitätsplattform) einen **eigenen Bericht über die Qualitätsarbeit** (ein einrichtungseigener Bericht oder z. B. auch ein Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes) erstellen, veröffentlichen diesen Bericht. Die anderen 33 Einrichtungen geben an, dass dieser nur für die interne Verwendung oder für eine Meldung an Träger/Fonds/Land gedacht ist. 56 der 57 Einrichtungen erstellen den Bericht über die Qualitätsarbeit in jährlichen Abständen, eine Einrichtung in längeren Abständen. (Nr. 5.2.1.1; 5.2.1.2)

3.4.3 Patientenorientierung

Tabelle 3.8:

Fragenblock 5.3 Patientenorientierung; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.3.1	Werden Patientinnen bzw. Patienten durch spezifische Maßnahmen (z. B. Informationsbroschüren, Patienteninformationsmappe, Merkblätter) in der Gesundheitskompetenz unterstützt? ³³	99 % 85 KA
5.3.2	Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern regelmäßige Schulungen zur patientenzentrierten Gesprächsführung angeboten? ³⁴ (<i>neue Frage</i>)	60 % 52 KA
5.3.3	Werden bei der Neuerstellung von Patienteninformationen durch die Einrichtung selbst die Qualitätskriterien einer „guten Gesundheitsinformation“ berücksichtigt? ³⁵ (n = 81) ³⁶ (<i>neue Frage</i>)	67 % 54 KA

Fortsetzung nächste Seite

33

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.

34

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 für die individuelle Patientin bzw. den 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).

35

(vgl. Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz 2023c)

36

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

Fortsetzung Tabelle 3.8

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.3.4	Werden in der Einrichtung Maßnahmen zur Einbindung von Selbsthilfegruppen gesetzt? ³⁷ (<i>neue Frage</i>)	48 % 41 KA
5.3.5	Werden Patientinnen bzw. Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht?*	99 % 85 KA
5.3.6	Werden für Mitarbeiter:innen regelmäßig Schulungen zum Thema Patientenrechte angeboten?	51 % 44 KA
5.3.7	Werden in der Einrichtung regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt?*	99 % 85 KA
5.3.7.2	Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?*(n = 85)	99 % 84 KA
5.3.8	Ist die Einrichtung barrierefrei zugänglich? ³⁸	98 % 84 KA
5.3.10	Sind Informationen über die Erreichbarkeit und bauliche Barrierefreiheit der Einrichtung öffentlich verfügbar (Website, Informationsfolder u. Ä.)?*	93 % 80 KA
5.3.11	Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern Schulungen/Fortbildungen zum Umgang mit Menschen mit Behinderung angeboten? (<i>neue Frage</i>)	50 % 43 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 nachfolgende Maßnahmen am häufigsten: Patientenschulungen (79 Nennungen), Informationsbroschüren/Infoblatt zu häufigen Diagnosen/Behandlungen (77 Nennungen), Patienteninfomappe (71 Nennungen), Plakate/Informationstafeln (61 Nennungen), Website (54 Nennungen) und Informationsfilme (46 Nennungen). (Nr. 5.3.1.1, neue Frage)
- » Einrichtungen, die ihren Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern regelmäßig Schulungen zur **patientenzentrierten Gesprächsführung** anbieten, bieten diese vorrangig den Berufsgruppen der Gesundheits- und Krankenpflege (jeweils 49 Nennungen), des Ärztlichen Dienstes (48 Nennungen), des Psychologischen Dienstes (45 Nennungen), des Gehobenen medizinisch-technischen Dienstes (43 Nennungen) und den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern der Verwaltung (inklusive des technischen Dienstes, Wirtschaftsbereichs, QM, RM etc.) (39 Nennungen) an. (Nr. 5.3.2.1, neue Frage) Bei der Auswertung der Ergebnisse nach Bettengruppen zeigt sich, dass Einrichtungen der Bettengruppe „100 bis 199 Betten“ am häufigsten regelmäßige Schulungen zur patientenzentrierten Gesprächsführung anbieten (66 %), gefolgt von den Einrichtungen der Bettengruppen „1 bis 99 Betten“ (56 %) und „200 bis 499 Betten“ (47 %).

37

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.

38

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).

- » Bei den Einrichtungen, die ihren Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern regelmäßig Schulungen zum Thema **Patientenrechte** anbieten, zeigt sich bei der Auswertung nach Bettengruppen, dass Einrichtungen der Bettengruppe „100 bis 199 Betten“ (57 %) und der Bettengruppe „200 bis 499“ (60 %) regelmäßige Schulungen zum Thema Patientenrechte häufiger anbieten als Einrichtungen der Bettengruppe „1 bis 99 Betten“ (31 %). (5.3.6)
- » In 85 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die regelmäßige **Patientenbefragungen** durchführen, werden diese kontinuierlich (z. B. Patientenfeedbackbögen) durchgeführt. Zusätzlich führt eine Einrichtung eine Patientenbefragung einmal im Jahr innerhalb eines begrenzten Zeitraums durch und sieben Einrichtungen in Abständen von zwei bis fünf Jahren. (Nr. 5.3.7.1)
- » Die Krankenanstalten der stationären Rehabilitation 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 (85 Nennungen), barrierefreie Stellplätze für Pkw bzw. Zufahrtswege für Fahrtendienste (83 Nennungen), Einrichtung und Ausstattung: z. B. Sanitärräume, Haltegriffe/Handläufe, Sitzgelegenheiten, Orientierungssysteme und Beleuchtung, Möblierung (78 Nennungen), Gebäudegestaltung innerhalb des Gebäudes: z. B. Stufen, Türschwellen, Türrahmen, Umkleidekabinen, Aufenthaltsräume (76 Nennungen) sowie Information und Kommunikation: z. B. Texte in leicht verständlicher Sprache, Übersetzung in Fremdsprachen oder Gebärdensprache (37 Nennungen). Von zwei Einrichtungen wurde unter „Sonstige“ ein Farbleitsystem rückgemeldet und von einer Einrichtung Sprachansagen in den Aufzügen. (Nr. 5.3.9, neue Frage)

3.4.4 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen bzw. Patienten

Tabelle 3.9:

Fragenblock 5.4. Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.4.1	Gibt es in der Einrichtung ein strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement ⁷³⁹	100 % 86 KA
5.4.3	Bekommen Patientinnen bzw. Patienten eine individuelle Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden (Ausnahme: anonyme Meldung)?	94 % 81 KA
5.4.4	Werden aus Vorschlägen und Beschwerden auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet ?	100 % 86 KA
5.4.5	Werden für Patientinnen bzw. Patienten im Bedarfsfall Informationen zu Patientenanwaltschaften (Länder), Ombuds-/Beschwerdestellen (Sozialversicherungsträger, Träger), Schieds- und Schlichtungsstellen (Ärztikammern) bereitgestellt ?	87 % 75 KA

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Alle 86 Einrichtungen erfassen **mündlich eingebrachte Beschwerden** schriftlich. Zudem werden noch nachfolgende Erhebungsmethoden genutzt: Patientenbefragung (82 Nennungen), Beschwerdebögen/Vorschlags- bzw. Beschwerdebriefkästen (79 Nennungen), Ombuds-/Beschwerdestelle (54 Nennungen) und Eingabemöglichkeit über die Website der Einrichtung bzw. per E-Mail (51 Nennungen). (Nr. 5.4.2)

3.4.5 Mitarbeiterorientierung

Tabelle 3.10:
Fragenblock 5.5 Mitarbeiterorientierung; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.5.1	Werden in der Einrichtung regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durchgeführt?*	83 % 71 KA
5.5.1.3	Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet? (n=71)	99 % 70 KA
5.5.2	Werden in der Einrichtung regelmäßig strukturierte Mitarbeitergespräche geführt?*	93 % 80 KA
5.5.3	Gibt es in der Einrichtung ein Personalentwicklungskonzept ?*	77 % 66 KA
5.5.4	Werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche der Mitarbeiter:innen regelmäßig ermittelt?*	99 % 85 KA
5.5.5	Werden Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter:innen strukturiert erfasst ?* ⁴⁰	92 % ⁴¹ 79 KA ⁴¹
5.5.6	Gibt es eine zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter:innen?	85 % ⁴¹ 73 KA ⁴¹
5.5.8	Ist in der Einrichtung ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ein betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert?	71 % 61 KA
5.5.9	Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter:innen?	99 % 85 KA
5.5.10	Gibt es in der Einrichtung eine standardisierte Vorgehensweise zum Thema End-of-life ? ⁴² (neue Frage)	28 % 24 KA

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

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Von den 71 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die regelmäßig **Mitarbeiterbefragungen** durchführen, befragen 64 Einrichtungen alle Mitarbeiter:innen. In sieben Einrichtungen erfolgen diese mit bestimmten Mitarbeitergruppen oder in einigen ausgewählten Abteilungen. 35 der 71 Einrichtungen führen die Mitarbeiterbefragung einmal im Jahr durch,

40

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

41

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

42

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

die anderen 36 Einrichtungen in längeren Abständen zwischen zwei und fünf Jahren. (Nr. 5.5.1.1; 5.5.1.2)

- » Von den Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die angeben, regelmäßig **strukturierte Mitarbeitergespräche** durchzuführen, führt der überwiegende Teil (67 Einrichtungen) diese mit allen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern durch. 13 Einrichtungen geben an, diese nur mit bestimmten Mitarbeitergruppen oder in einigen Bereichen (z. B. in ausgewählten Abteilungen) durchzuführen. 46 der 80 Einrichtungen, die regelmäßig Mitarbeitergespräche durchführen, führen diese jährlich durch, 34 Einrichtungen in längeren Abständen zwischen zwei und fünf Jahren. (Nr. 5.5.2.1; 5.5.2.2)
- » In allen 86 Einrichtungen werden **Fort- und Weiterbildungen** strukturiert erfasst. 79 Einrichtungen erfassen diese für alle Mitarbeiter:innen, sieben Einrichtungen nur für einzelne Mitarbeitergruppen. Genannt werden Ärztlicher Dienst (7 Nennungen), Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (7 Nennungen), Gehobene medizinisch-technische Dienste (7 Nennungen), Psychologischer Dienst (7 Nennungen), Psychotherapeutischer Dienst und Verwaltung (inklusive des technischen Dienstes, Wirtschaftsbereichs, QM, RM etc.) (jeweils 4 Nennungen). (Nr. 5.5.5*; 5.5.5.1)
- » Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die zurückmelden, dass sie eine **zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung** der Mitarbeiter:innen haben, haben diese in 73 Einrichtungen für alle Mitarbeitergruppen und in acht Einrichtungen für einzelne Mitarbeitergruppen. Als Mitarbeitergruppen werden von den Einrichtungen Gehobene medizinisch-technische Dienste (8 Nennungen), Ärztlicher Dienst (7 Nennungen), Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (7 Nennungen), Psychologischer Dienst (6 Nennungen), Verwaltung (inklusive des technischen Dienstes, Wirtschaftsbereichs, QM, RM etc.) (4 Nennungen) und Psychotherapeutischer Dienst (3 Nennungen). (Nr. 5.5.6; 5.5.6.1)
- » Die **Einschulung** der Mitarbeiter:innen in die Anwendung der in ihrem Einsatzgebiet erforderlichen **medizinischen Geräte** ist gesetzlich vorgeschrieben (vgl. MPG) In allen 86 Einrichtungen werden Mitarbeiter:innen bei Dienstantritt geschult. 81 Einrichtungen schulen ihre Mitarbeiter:innen beim Einsatz neuer Geräte und 53 Einrichtungen nach längerer Abwesenheit der Mitarbeiter:innen. Elf Einrichtungen verweisen auf „Sonstige“ bei der Frage, wann Mitarbeiter:innen geschult werden. (Nr. 5.5.7*)

3.4.6 Risikomanagement/Patienten- und Mitarbeitersicherheit

Tabelle 3.11:

Fragenblock 5.6 Risikomanagement/Patienten- und Mitarbeitersicherheit; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.6.1	Gibt es in der Einrichtung ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement)?*	95 % 82 KA
5.6.2	Werden Instrumente des Risikomanagements in der Einrichtung verwendet?*(Mehrfachantworten möglich)	95 % 82 KA
5.6.2.1	<i>Welche Instrumente?</i> einrichtungsinterne/trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme (Reporting- & Learning-Systeme) (n = 82)	66 % 54 KA
	übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at) (n = 82)	32 % 26 KA
	Risikoanalyse (n = 82)	78 % 64 KA
	Risikoaudit (n = 82)	41 % 34 KA
	Fehleranalyse (z. B. anhand des London-Protokolls) (n = 82)	29 % 24 KA
	andere Instrumente bzw. ein anderes Instrument, welches hier nicht angeführt wird? (n = 82)	33 % 27 KA
5.6.3	Ist in der Einrichtung ein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit implementiert (inklusive Interaktionsprüfung)? ⁴³	58 % 50 KA
5.6.4	Werden Mitarbeiter:innen mithilfe eines standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken bei Patientinnen bzw. Patienten informiert, z. B. Allergien, Desorientierung?*	93 % 80 KA
5.6.5	Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern Aus- und Fortbildungen zu Risikokommunikation (Gesprächen) mit Patientinnen, Patienten bzw. ihren Angehörigen angeboten? ⁴⁴ (neue Frage)	13 % ⁴⁵ 11 KA ⁴⁵

Fortsetzung nächste Seite

43

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.

44

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).

45

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

Fortsetzung Tabelle 3.11

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.6.6	Sind in der Einrichtung Unterstützungsmaßnahmen (z. B. peer support groups und/oder professionelle Hilfe) für Angehörige der Gesundheitsberufe, die an Fehlern und Zwischenfällen beteiligt waren („second victim“), implementiert? (n=71)	55 % ⁴⁶ 39 KA ⁴⁶
5.6.7	Gibt es ein strukturiertes Feedback an betroffene Patientinnen bzw. Patienten, wenn unerwünschte Ereignisse oder Fehler analysiert und bearbeitet worden sind? (<i>neue Frage</i>)	62 % 53 KA
5.6.8	Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern regelmäßig Schulungen/Fortbildungen zur Patientensicherheit angeboten? (<i>neue Frage</i>)	73 % 63 KA

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

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » Jene 27 Einrichtungen, die **andere Instrumente des Risikomanagements** zurückmelden, welche nicht angeführt sind, nennen u. a. folgende: Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse (FMEA), Chancen- und Risikobewertung, SWOT-Analyse (Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen) und Threats (Risiken)), Analyse von Stürzen, Infektionen, umfassende Nachbesprechungen nach kritischen Ereignissen, um daraus zu lernen (alle Berufsgruppen), Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz, Risikoatlas, Ishikawa- oder Ursache-Wirkungs-Diagramm, Delphi-Methode, Mitarbeiterbefragungen und Beschwerdemanagement. (Nr. 5.6.2.1)
- » In 50 Krankenanstalten ist ein interaktives **EDV-System zur Medikationssicherheit** (inklusive Interaktionsprüfung) implementiert. Bei der Auswertung der Ergebnisse nach Bettengruppen zeigt sich, dass Einrichtungen der Bettengruppe „100 bis 199 Betten“ (62 %) und der Bettengruppe „1 bis 99 Betten“ (56 %) häufiger ein solches EDV-System angeben als Einrichtungen der Bettengruppe „200 bis 499 Betten“ (40 %). (Nr. 5.6.3)
- » Aus- und Fortbildungen zu **Risikokommunikation** (Gesprächen) mit Patientinnen, Patienten bzw. ihren Angehörigen werden in elf der 86 Einrichtungen für alle und in 56 Einrichtungen für einzelne Mitarbeitergruppen angeboten. (Nr. 5.6.5)

46

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

3.4.7 Krankenhaushygiene

Tabelle 3.12:

Fragenblock 5.7 Krankenhaushygiene; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.7.1	Orientiert sich die Krankenhaushygiene am bundesweiten Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene? ⁴⁷	97 % 83 KA
5.7.5	Gibt es in der Einrichtung zusätzlich zum Hygieneteam eine Hygienekommission ?	71 % 61 KA
5.7.5.3	Gibt es die Möglichkeit, im Anlassfall die Hygienekommission einzuberufen? (n = 61)	100 % 61 KA
5.7.6	Nimmt die Einrichtung an Hygieneprojekten teil, wie z. B. an der Aktion Saubere Hände, PPS (Punkt-Prävalenz-Untersuchung)?	37 % 32 KA
5.7.7	Gibt es in der Einrichtung eine:n Antibiotika-Beauftragte:n oder eine Antibiotika-Kommission? (n = 34)	26 % ⁴⁸ 9 KA ⁴⁸
5.7.8	Werden in der Einrichtung Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung umgesetzt? (n = 32)	19 % ⁴⁹ 6 KA ⁴⁹
5.7.9	Gibt es in der Einrichtung eine Erfassung des Antibiotika-Verbrauches ? (n = 36)	28 % ⁵⁰ 10 KA ⁵⁰
5.7.9.1	Wird in der Einrichtung regelmäßig stationsbasiert der Antibiotika-Verbrauch erhoben? (n = 10)	70 % 7 KA
5.7.10	Wird in der Einrichtung der Desinfektionsmittelverbrauch erhoben, z. B. von Händedesinfektionsmitteln?	84 % 72 KA
5.7.11	Wird in der Einrichtung ein Hygienebericht erstellt? ⁵¹	78 % 67 KA
5.7.11.1	Wird dieser Hygienebericht veröffentlicht? (n = 67)	4 % ⁵² 3 KA ⁵²

Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt.

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » In den Einrichtungen setzt sich das **Hygieneteam** vorrangig aus nachfolgenden Mitgliedern zusammen⁵³: Hygienefachkraft (Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Kran-

47

(vgl. BMSGPK 2021b)

48

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

49

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

50

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

51

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

52

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.

- kenpflege) (83 Nennungen), hygienebeauftragte Ärztin bzw. hygienebeauftragter Arzt (75 Nennungen) und Krankenhaushygieniker:in (Fachärztin bzw. Facharzt für Hygiene und Mikrobiologie) (47 Nennungen). 38 Einrichtungen nennen unter „Sonstiges“ u. a. noch Hygienekontaktpersonen, Vertretungen der Kollegialen Führung, Hygienekommission, Arbeitsmediziner:in, Sicherheitsfachkraft, Vertretungen aus den Bereichen Küche, Qualitätsmanagement, Risikomanagement, Haustechnik, Reinigung, Labor, Wäscherei und externe Fachkräfte aus einem Hygieneinstitut oder ein auf Hygiene spezialisiertes Unternehmen. Das Treffen des Hygieneteams findet wöchentlich in 15 Einrichtungen, monatlich in 17 Einrichtungen, vierteljährlich in 36 Einrichtungen, halbjährlich in 13 Einrichtungen und in längeren Abständen in fünf Einrichtungen statt. Das Hygieneteam bespricht die Belange oftmals mit mehreren Ansprechpersonen/Verantwortungsbereichen: der Kollegialen Führung / (Geschäfts-)Leitung (84 Nennungen), weiteren Führungskräften (66 Nennungen), einzelnen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern (65 Nennungen), der Qualitätssicherungskommission (51 Nennungen) und dem Stationspersonal (50 Nennungen). (Nr. 5.7.2–5.7.4)
- » In den Einrichtungen, die zusätzlich zum Hygieneteam eine **Hygienekommission** haben, besteht diese neben den Personen des Hygieneteams noch aus Vertreterinnen bzw. Vertretern folgender Bereiche: Kollegiale Führung / (Geschäfts-)Leitung (59 Nennungen), Ärztlicher Dienst (42 Nennungen), Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (42 Nennungen), Verwaltungsdienst (37 Nennungen), Gehobene medizinisch-technische Dienste (27 Nennungen). Unter „Sonstige Berufsgruppen“ werden u. a. nachfolgende genannt: Hygienefachkraft, Betriebsärztin bzw. Betriebsarzt, Sicherheitsbeauftragte:r, Vertretungen aus den Bereichen Küche, Qualitätsmanagement, Risikomanagement, Haustechnik, Physiotherapie, Reinigung, Arbeitsmedizin, Prokurist:in und externe hygienebeauftragte Person(en) bzw. externes auf Hygiene spezialisiertes Unternehmen. Die Treffen der Hygienekommission finden in 15 Einrichtungen vierteljährlich, in 21 Einrichtungen halbjährlich und in 25 Einrichtungen in längeren Abständen statt. (Nr. 5.7.5.1; 5.7.5.2)
 - » Die Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die an **Hygieneprojekten** teilnehmen, nennen nachfolgende Projekte am häufigsten: Aktion Saubere Hände (21 Nennungen), Abklatschtests, Punkt-Prävalenz-Erhebung (PPS), Hand-KISS, Tag der Händehygiene, Aktion Händeschütteln, hausinterne Gastroenteritis Surveillance und Infektionsstatistik, verbundweite Hygienetreffen, Mitarbeiterschulungen, wie HACCP-Schulungen („Hazard Analysis and Critical Control Points“-Schulungen), Patientenschulungen, Salzburger Arbeitskreis für Krankenhaushygiene und Tiroler Hygienezertifikat. Bei der Auswertung der Ergebnisse nach Bettengruppen zeigt sich, dass Einrichtungen der Bettengruppe „200 bis 499 Betten“ häufiger an Hygieneprojekten teilnehmen (53 %) als Einrichtungen der Bettengruppe „1 bis 99 Betten“ (38 %) und der Bettengruppe „100 bis 199 Betten“ (32 %). (Nr. 5.7.6)
 - » Von den 72 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, in denen der **Desinfektionsmittelverbrauch**, z. B. von Händedesinfektionsmitteln, erhoben wird, erfolgt dies in 64 Einrichtungen jährlich und in acht Einrichtungen in längeren Abständen. (Nr. 5.7.10.1)
 - » Die Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die einen **Hygienebericht** erstellen, melden zurück, dass dieser vorwiegend nicht veröffentlicht wird, d. h., er dient ausschließ-

lich für die interne Verwendung oder für eine Meldung an Träger/Fonds/Land (64 Nennungen). Eine Einrichtung erstellt zwei Versionen des Hygieneberichts (eine für die interne Verwendung und eine für die Öffentlichkeit). Zwei Einrichtungen geben an, dass der einrichtungseigene Bericht bzw. der Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes veröffentlicht wird. In 64 Krankenanstalten wird der Hygienebericht jährlich erstellt und in drei Einrichtungen in längeren Abständen. (Nr. 5.7.11.1; 5.7.11.2)

3.4.8 Impfstatus der Mitarbeiter:innen

Tabelle 3.13:

Fragenblock 5.8 Impfstatus der Mitarbeiter:innen; Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.8.1	Gibt es in der Einrichtung einen Umsetzungsplan, um die österreichweiten Impfpfehlungen für das Gesundheitspersonal zu realisieren („Empfehlung zu Impfungen für das Gesundheitspersonal“)? ⁵⁴	67 % 58 KA
5.8.1.1	Wenn nein: Gibt es eine schriftliche Vorgabe zum Thema Impfungen für Mitarbeiter:innen? (n = 28)	18 % 5 KA
5.8.1.2	Wenn ja: Sind aus dem Umsetzungsplan konkrete Ziele abgeleitet? (n = 58)	72 % 42 KA
5.8.2	Wird in der Einrichtung die aufrechte Immunität der Mitarbeiter:innen gegen Masern erhoben und dokumentiert? ⁵⁵	56 % 48 KA
5.8.3	Wird in der Einrichtung die aufrechte Immunität der Mitarbeiter:innen gegen Varizellen erhoben und dokumentiert? ⁵⁶	37 % 32 KA
5.8.4	Wird in der Einrichtung der aufrechte Impfschutz der Mitarbeiter:innen gegenüber Pertussis regelmäßig erhoben und dokumentiert? ⁵⁷	15 % 13 KA
5.8.5	Gibt es in der Einrichtung eine schriftliche Vorgabe zur Sicherstellung der Durchführung von Auffrischungsimpfungen im jeweils empfohlenen Intervall hinsichtlich Pertussis ?	13 % 11 KA
5.8.6	Wird in der Einrichtung jährlich die Durchimpfungsrate gegen saisonale Influenza aller Mitarbeiter:innen erhoben und dokumentiert?	36 % 31 KA

Subfragen sind in der Tabelle eingerückt dargestellt.

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » In den 58 Krankenanstalten mit einem Umsetzungsplan, um die **österreichweiten Impfpfehlungen** zu realisieren, umfasst dieser folgende Mitarbeitergruppen: alle angestellten Mitarbeiter:innen (Stammpersonal) (46 Nennungen), neu eintretende Mitarbeiter:innen (47

54

(vgl. BMSGPK 2021a)

55

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

56

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

57

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

Nennungen), Auszubildende, Praktikantinnen bzw. Praktikanten, Zivildienstleistende (28 Nennungen), dauerhaft eingesetzte „Leihmitarbeiter:innen“, z. B. von Sicherheitsfirmen, für die Reinigung (6 Nennungen), zeitweise eingesetzte „Leihmitarbeiter:innen“, z. B. für Wartungen, Umbaumaßnahmen, Schulungen (3 Nennungen). „Sonstige“ Mitarbeitergruppen werden von vier Einrichtungen genannt: Zivildienstler, Mitarbeiter:innen aus Risikobereichen oder bei bestimmten Aktionen. (Nr. 5.8.1, 5.8.1.3)

- » Jene 28 Einrichtungen, die keinen Umsetzungsplan angeben, sind gefragt worden, ob alternativ eine schriftliche Vorgabe zum Thema Impfungen für Mitarbeiter:innen existiert. Dies bestätigen fünf Einrichtungen. Genannt werden u. a. nachfolgende schriftliche Vorschriften und Vorgaben: für Hepatitis, Masern oder Masern-Mumps-Röteln, Prozessbeschreibung, Formular Immunstatusnachweis inklusive Begleitschreiben. (Nr. 5.8.1.1)
- » Von den insgesamt 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation geben 48 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, Psychologischer Dienst und Verwaltung (inkl. Technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.). Jene Krankenanstalten, die die Immunitätsrate dieser Mitarbeitergruppen beziffern, belaufen sich zwischen 10 und 100 Prozent. (Nr. 5.9.2; 5.9.2.1)
- » 32 der 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation geben an, dass sie die aufrechte Immunität der Mitarbeiter:innen gegen **Varizellen** erheben und dokumentieren. Dies erfolgt ebenso am häufigsten in den nachfolgenden Mitarbeitergruppen: Ärztlicher Dienst, Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Psychologischer Dienst, Gehobene medizinisch-technische Dienste und Reinigungsdienst. Jene Einrichtungen, die die Immunitätsrate der Mitarbeitergruppen rückmelden, liegen zwischen 10 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 13 der 86 Krankenanstalten an dies zu tun. Auch am häufigsten erfolgt dies bei den Mitarbeitergruppen Ärztlicher Dienst, Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Psychologischer Dienst und Gehobene medizinisch-technische Dienste. Einrichtungen, die eine Immunitätsrate dieser Mitarbeitergruppen im Fragebogen rückmelden, bewegen sich zwischen 50 und 100 Prozent. (Nr. 5.9.4; 5.9.4.1)
- » Von den 31 Krankenanstalten, die die jährliche Durchimpfungsrate hinsichtlich **saisonalen Influenza** aller Mitarbeiter:innen erheben und dokumentieren, können sechs Einrichtungen diese für der vergangene abgeschlossene Influenzasaison (Saison 2021/2022) in Prozent angeben. Die Angaben der Durchimpfungsrate belaufen sich in diesen Einrichtungen auf sieben bis 25 Prozent. (Nr. 5.8.6.1)

3.4.9 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

Tabelle 3.14:

Fragenblock 5.9 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP); Anteil der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die die Fragen mit „Ja“ beantworteten (N = 86)

Nr.	Frage	Anteil/ Anzahl
5.9.1	Ist das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert? ⁵⁸	98 % 84 KA

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

- » In allen Einrichtungen werden **Verbesserungen auf Basis von Daten/Auswertungen** initiiert. Diesbezüglich werden von den Einrichtungen am häufigsten genannt: Beschwerde-/Feedbackmanagement, Ombuds-/Beschwerdestelle (86 Nennungen), Patientenbefragungen (84 Nennungen), Risikomanagement, z. B. aus Fehlermelde- und Lernsystemen (82 Nennungen), interne/externe Audits oder Visitationen (79 Nennungen), Hygienesystemen und betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement (jeweils 76 Nennungen), Controlling, z. B. Aufzeichnungen, Auswertungen, Berichte oder Planungen der Controlling-Abteilung, Balanced Scorecard (BSC) und Mitarbeiterbefragungen (jeweils 70 Nennungen), Fälle von Personenschaden (65), Routinedaten, z. B. Abrechnungsdaten, Patientendaten, Kostendaten, Leistungsdaten (63 Nennungen). (Nr. 5.9.2*)
- » Bei der Frage, aus welchen zusätzlichen Quellen **weitere Informationen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess** einfließen, wurden von den Einrichtungen Gespräche mit anderen Krankenanstalten, z. B. Rehabilitationseinrichtungen, Akutkrankenhäusern, Langzeitversorgungseinrichtungen (65 Nennungen), Zuweiserinnen bzw. Zuweisern (64 Nennungen), sonstigen Vertrags- und Kooperationspartnern / Institutionen (62 Nennungen), Patientenvertretungen/Patientenanwaltschaften (24 Nennungen), sozialen Diensten/Pflegeheimen (21 Nennungen) und Selbsthilfegruppen (17 Nennungen) angegeben. (Nr. 5.9.3)

3.5 Ergebnisse hinsichtlich der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wurden im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM) 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 stationären Rehabilitation integriert und mit einem Sternchen „*“ gekennzeichnet. Eine nähere Betrachtung

58

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.

dieser definierten Fragen gibt Aufschluss über den Erfüllungsgrad der Mindestanforderungen in den Krankenanstalten der stationären Rehabilitation.

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

- » Nr. 5.2.1 „Wird in der Einrichtung – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung (Qualitätsplattform) – ein eigener Bericht über die Qualitätsarbeit erstellt (einrichtungseigener Bericht oder z. B. auch ein Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes)?“

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 stationären Rehabilitation (Berichtsjahr 2022) enthält somit insgesamt 35 Fragen zu den Mindestanforderungen an QM.

Das BMSGPK legte im Jahr 2018 fest, welche Antwort(en) bei einer Frage der Mindestanforderung an QM 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 zeigt (vgl. Tabelle 3.15), dass zwölf der 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation alle definierten Mindestanforderungen an QM erfüllen. Die Hälfte und mehr Mindestanforderungen erfüllen alle 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation.

Nachfolgende Tabelle zeigt die Zusammenfassung der Erfüllungsgrade der Mindestanforderungen an QM in den Krankenanstalten der stationären Rehabilitation.

Tabelle 3.15:

Erfüllungsgrad der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (MA an QM) (N = 86)

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	14 % 12 KA	72 % 62 KA	91 % 78 KA	97 % 83 KA	100 % 86 KA

Quelle und Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

Folgende acht Fragen zu den Mindestanforderungen an QM erfüllen alle Krankenanstalten der stationären Rehabilitation:

- » Nr. 3.12 Wie wird in der Einrichtung sichergestellt, dass für alle Gesundheitsberufe der Zugang zum aktuellen Stand der Wissenschaft gewährleistet ist?*
- » Nr. 3.13 Wie werden Mitarbeiter:innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert?*
- » Nr. 3.14 Sind die Mitarbeiter:innen nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert?*
- » Nr. 3.15 Sind patientenbezogene (elektronische) Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (z. B. durch Passwörter)?*

- » Nr. 3.16 Sind patientenbezogene (elektronische) Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt?*
- » Nr. 3.20 Werden sensible Betriebsmittel, wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch, Suchtgiftvignetten oder papiergebundene Daten, diebstahlgeschützt aufbewahrt?*
- » Nr. 5.1.2 Ist ein Konzept für einrichtungsinterne medizinische Notfälle ausgearbeitet?*
- » Nr. 5.9.2 Auf Basis welcher Daten/Auswertungen werden kontinuierliche Verbesserungen initiiert?* (Mehrfachantworten möglich)

Nachfolgende Mindestanforderung an Qualitätsmanagement hat den niedrigsten Erfüllungsgrad:

Nr. 5.5.7 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 von 52 der 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation (60 Prozent).

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 stationären Rehabilitation“ 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 65 Fragen zur Verfügung, die für diesen Vergleich berücksichtigt worden sind.

Insgesamt haben im Berichtsjahr 2012 72 Einrichtungen, im Jahr 2015 80 Einrichtungen, im Jahr 2017 84 Einrichtungen und im Jahr 2022 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation an der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichterstattung teilgenommen. Die Teilnahmequote lag jeweils bei 100 Prozent. Die schwankende Zahl an Einrichtungen in der Grundgesamtheit hat unterschiedliche Gründe, wie z. B. Neueröffnungen und Schließungen (vgl. auch Kapitel 2.2). Es ist wichtig, zu beachten, dass sich die prozentualen Angaben auf die unterschiedlichen Grundgesamtheiten beziehen. Dies ist bei der Betrachtung des Vergleichs der Ergebnisse zu berücksichtigen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass sich vom Berichtsjahr 2017 auf das Berichtsjahr 2022 die Ergebnisse bei 33 der 65 Fragen verbessert haben, d. h. jener Anteil der Krankenanstalten der stat. Rehabilitation, die diese Fragen mit „Ja“ beantwortet haben. Beispielsweise betrifft dies die Fragen zum Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen bzw. Patienten. Bei einigen Fragen reduzierte sich der Anteil der Einrichtungen, die diese positiv beantworteten. Hier zeigt sich, dass u. a. der Block der Krankenhaushygiene davon betroffen ist. Beispielsweise gaben 28 Prozent der Einrichtungen, für die die Frage relevant war, an, den Antibiotika-Verbrauch zu erheben. Im Jahr 2017 waren es noch 42 Prozent. 2017 meldeten 49 Prozent der Einrichtungen, dass sie an Hygieneprojekten teilnahmen, im Jahr 2022 waren es nur noch 27 Prozent.

Die gesamte Liste mit den Fragen und die Gegenüberstellung aller Ergebnisse sind im Anhang 4 zu finden.

Gegenüberstellung der Ergebnisse zu den Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM) aus dem Berichtsjahr 2022 und dem Berichtsjahr 2017

Im Berichtsjahr 2017 wurden erstmals Fragen zu den Mindestanforderungen an QM erhoben, mit Erfüllungskriterien hinterlegt und ausgewertet (vgl. 3.5). Im Anhang 3 wurden der Erfüllungsgrad jeder Mindestanforderung an QM aus dem Berichtsjahr 2022 der entsprechenden aus dem Berichtsjahr 2017 gegenübergestellt. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass im Berichtsjahr 2022 86 Krankenanstalten der stationären Rehabilitation und im Jahr 2017 84

Einrichtungen teilgenommen haben. Dies muss bei der Betrachtung des Vergleichs der Ergebnisse berücksichtigt werden. Zudem ist für die Gegenüberstellung die Frage 5.2.1, welche im Jahr 2022 nicht mehr als Mindestanforderung an QM gilt, aus der Darstellung entfernt worden, um so die idente Anzahl an Fragen vergleichen zu können (vgl. 3.5).

Bei dieser Gegenüberstellung zeigt sich, dass Erfüllungsgrad **aller** Mindestanforderungen an QM weitgehend gleich geblieben ist: Waren es 2017 15 Prozent der Einrichtungen, die alle 35 Mindestanforderungen erfüllten, sind es im aktuellen Berichtsjahr insgesamt 14 Prozent.

Jedoch wurden im Berichtsjahr 2022 insgesamt mehr Mindestanforderungen an QM von den Einrichtungen erfüllt. So werden 2022 90 Prozent aller Mindestanforderungen an QM von insgesamt 72 Prozent der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation erfüllt, 2017 waren es noch 55 Prozent der Einrichtungen.

Bei der Frage 3.21 „Gibt es in der Einrichtung eine strukturierte Dokumentenlenkung?“ gab es den stärksten Anstieg des Erfüllungsgrades. Waren es 2017 noch 83 Prozent der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, die diese Mindestanforderung erfüllten, sind es für das Berichtsjahr 2022 bereits 98 Prozent. Bei einigen Fragen hat sich der Erfüllungsgrad seit 2017 etwas reduziert. Den stärksten Rückgang verzeichnet die Frage 5.1.4.1 „Sind die Mitarbeiter:innen entsprechend ihrem Einsatzgebiet geschult?“. Hier reduzierte sich der Erfüllungsgrad von 82 Prozent im Berichtsjahr 2017 auf 74 Prozent im Berichtsjahr 2022.

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

5 Diskussion, Limitationen und Schlussfolgerungen

Der vorliegende Bericht gibt einen österreichweiten Überblick über die Qualitätssysteme und Qualitätsarbeit in Krankenanstalten der stationären Rehabilitation. Alle 86 Einrichtungen (100 %), die zur Qualitätsberichterstattung aufgefordert wurden, nahmen an der Erhebung teil, füllten den Fragebogen vollständig aus und gaben ihn für die GÖG zur Auswertung frei. Die Qualitätsberichterstattung wurde, wie in den letzten Jahren, über die zugangsgeschützte Website www.qualitaetsplattform.at abgewickelt.

Die Ergebnisse zeigen, dass Krankenanstalten der stationären Rehabilitation vielfältige Maßnahmen ergreifen, um die Qualität ihrer Arbeit zu gewährleisten und zu verbessern. Beispielsweise sind in allen Einrichtungen die Themen Verschwiegenheitspflichten der Mitarbeiter:innen oder der Schutz von patientenbezogenen (elektronischen) Daten und sensiblen Betriebsmitteln, z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch, fest verankert. Zudem zeigt sich bei der Gegenüberstellung der Ergebnisse mit jenen aus den vorangegangenen verpflichtenden Erhebungsjahren, dass der Anteil der Einrichtung, die Fragen positiv beantwortet haben, stetig zunimmt. Dies verdeutlicht die Anstrengungen der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, ihre Versorgungsqualität kontinuierlich zu verbessern, beispielsweise in den Themenfeldern Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit oder Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen bzw. Patienten.

Es lassen sich jedoch auch Themenbereiche erkennen, in denen es möglicherweise sinnvoll wäre, verstärkt Maßnahmen zu ergreifen. Dazu zählen beispielsweise Schulungen für Mitarbeiter:innen zu Patientenrechten oder die Einführung von Unterstützungsmaßnahmen wie Peer-Support-Gruppen und professioneller Hilfe für Angehörige der Gesundheitsberufe, die in Fehler oder Zwischenfälle involviert waren (auch bekannt als „second victim“). 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 stationären Rehabilitation bereitstehen (Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz 2024).

Im Vergleich zu den Vorjahren kam es bei wenigen Fragen zu einem leichten Rückgang des Erfüllungsgrades, u. a. Fragen zum Themenblock „Krankenhaushygiene“. In diesem Zusammenhang sollten Überlegungen angestellt werden, ob es sinnvoll wäre, gezielte hygienerelevante Verbesserungsmaßnahmen zu implementieren.

Mitarbeiter:innen mit Patientenkontakt oder Kontakt zu infektiösem Material sollten ausreichend geimpft sein, um sowohl sich selbst als auch die betreuten Personen vor vermeidbaren Erkrankungen zu schützen. Das BMSGPK gibt regelmäßig Empfehlungen zu Impfungen für das

Gesundheitspersonal heraus (vgl. BMSGPK 2021a). In 67 Prozent der Einrichtungen ist bereits ein Umsetzungsplan implementiert, um diese Impfpfehlungen zu realisieren. In diesem Zusammenhang unterstützen die Erhebung, Dokumentation und Auswertung des Immunitätsgrads von Mitarbeiterinnen bzw. 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 55 Prozent der Krankenanstalten, 2022 waren es 72 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 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 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 durch die Einrichtungen. Diese Methode stellt ein einfaches und effektives Instrument dar, um Informationen zu verschiedenen Themen einzuholen, der Methode sind jedoch Grenzen gesetzt. So hängt die Qualität der Ergebnisse beispielsweise stark von den fachlichen Kompetenzen und von der Objektivität der bewertenden Personen ab.

Die Anzahl der Einrichtungen, die an der verpflichtenden Qualitätsberichterstattung teilnehmen, ist Schwankungen unterworfen, beispielsweise durch Schließung oder Neueröffnung von Einrichtungen. Diese Schwankungen können Einfluss auf die Gesamtdarstellung der Ergebnisse haben und müssen daher bei der Interpretation und Analyse der Daten entsprechend berücksichtigt werden.

Schlussfolgerung

Der vorliegende Bericht bietet eine bundesweite Zusammenschau über die Qualitätssysteme in österreichischen Krankenanstalten der stationären Rehabilitation. Durch die gesetzlich vorgeschriebene regelmäßige Qualitätsberichterstattung lassen sich langfristige Veränderungen in der Qualitätsarbeit der Krankenanstalten der stationären Rehabilitation dokumentieren. Zudem

werden den teilnehmenden Einrichtungen, Krankenanstalenträgern, Vertreterinnen und Vertretern der Länder die Ergebnisse über ein zugangsgeschütztes Onlinetool zur Verfügung gestellt. Die auf diesem Portal bereitgestellten Ergebnisse bieten noch mehr Details, sind differenzierter und über den Zeitverlauf dargestellt. Teilnehmende Einrichtungen und Institutionen erhalten dadurch die Möglichkeit, sich mit aggregierten Ergebnissen (Österreich gesamt) zu vergleichen, um daraus etwaige Verbesserungen für die eigene Einrichtung abzuleiten. 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 stationären Rehabilitation.

Der Fragebogen zur Erhebung der Qualitätssysteme in Krankenanstalten der stationären Rehabilitation wird regelmäßig von der eigens eingerichteten Expertengruppe Qualitätsplattform geprüft, angepasst und optimiert. Anregungen und Empfehlungen aus der Qualitätsberichterstattung sowie Schlussfolgerungen und Erfahrungen werden – so wie in der Vergangenheit – auch in die nächste Überarbeitung einfließen.

Literatur

- 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 – BOLL AUFEM [online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Bundesqualitaetsleitlinie-zum-Aufnahme--und-Entlassungsmanagement---BOLL-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 (2022): Gesundheitssystem-assoziierte Infektionen in Österreich. Projekt Austrian healthcare-associated infections (A-HAI) – Grundlagen, Überblick zum ersten Bericht, Empfehlungen zur Dokumentation, Ausblick. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- BMSGPK (2023): Krankenanstalten in Österreich [online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Krankenanstalten-und-selbststaendige-Ambulatorien-in-Oesterreich/Krankenanstalten-in-Oesterreich.html> [Zugriff am 21.07.2023]

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2017): Risikokommunikation [online]. BZgA. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/risikokommunikation/> [Zugriff am 19.07.2023]
- Friesenecker, B.; Fruhwald, S.; Hasibeder, W.; Hormann, C.; Hoffmann, M. L.; Krenn, C. G.; Lenhart-Orator, A.; Likar, R.; Pernerstorfer, T.; Pfausler, B.; Roden, C.; Schaden, E.; Valentin, A.; Wallner, J.; Weber, G.; Zink, M.; Peintinger, M. (2013): Therapiezieländerungen auf der Intensivstation. Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation. In: Anasthesiol 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 2021 (Medizinproduktegesetz 2021 – MPG 2021). BGBl. I Nr. 122/2021, in der geltenden Fassung
- Österreichische Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe Die Selbsthilfe-Landschaft in Österreich [online]. ÖKUSS, BMSGPK, GÖG, FGÖ. https://oekuss.at/sites/oekuss.at/files/inline-files/oekuss_bild-der-sh.pdf [Zugriff am 28.07.2023]
- Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (2023a): Die Gesundheitskompetenz-Plattform für Österreich [online]. Gesundheit Österreich GmbH. <https://oepgk.at/> [Zugriff am 18.07.2023]
- Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (2023b): Gute Gesprächsqualität im Gesundheitssystem [online]. Gesundheit Österreich GmbH. <https://oepgk.at/gute-gespraechsqualitaet-im-gesundheitssystem/> [Zugriff am 18.07.2023]
- Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz (2023c): Gute Gesundheitsinformation Österreich [online]. Gesundheit Österreich GmbH. <https://oepgk.at/gute-gesundheitsinformation-oesterreich/> [Zugriff am 18.07.2023]
- 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 stationären Rehabilitation
- Anhang 2: Teilnehmende Krankenanstalten der stationären Rehabilitation
- Anhang 3: Kriterien zur Erfüllung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement und Erfüllungsgrad
- Anhang 4: Gegenüberstellung der Ergebnisse aus der Erhebung von Qualitätssystemen in Krankenanstalten der stationären Rehabilitation der Berichtsjahre 2022, 2017, 2015 und 2012

Anhang 1

Fragebogen zum Qualitätssystem in Krankenanstalten der stationären Rehabilitation

Fragebogen zum Qualitätssystem **Stationäre Rehabilitationseinrichtung - 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 style="width: 90%;" type="text"/>	Titel	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Vorname	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Vorname	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Nachname	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Nachname	<input style="width: 90%;" type="text"/>
E-Mail	<input style="width: 90%;" type="text"/>	E-Mail	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Telefon	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Telefon	<input style="width: 90%;" 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 style="width: 90%;" type="text"/>	Titel	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Vorname	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Vorname	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Nachname	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Nachname	<input style="width: 90%;" type="text"/>
E-Mail	<input style="width: 90%;" type="text"/>	E-Mail	<input style="width: 90%;" type="text"/>
Telefon	<input style="width: 90%;" type="text"/>	Telefon	<input style="width: 90%;" 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"/> 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"/> 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 abzulaufen 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. 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 Patienten-anwaltschaft, 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?	<input type="radio"/> Ermittelbar <input type="radio"/> Nicht ermittelbar <input type="radio"/> Keine
	<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>	

3.9	Gibt es in den Abteilungen/Bereichen definierte Ansprechpartner:innen für Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Arbeit? <i>Ansprechpartner:innen sind von der kollegialen Führung/(Geschäfts-)Leitung nominiert und die Aufgaben sind in der Stellenbeschreibung verankert.</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3.10	Wie viele Mitarbeiter:innen in der Einrichtung haben eine spezielle Qualitätsmanagement-Ausbildung? <i>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.</i>	<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? <i>Damit ist eine spezielle abgeschlossene Diplom-Ausbildung (z. B. Risikomanager:in) oder eine dieser gleichzusetzende, zumindest einwöchige Ausbildung gemeint.</i>	<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 <i>Wissensmanagement beschäftigt sich mit dem Erwerb, der Entwicklung, dem Transfer, der Speicherung sowie der Nutzung von Wissen.</i> <input type="checkbox"/> Arbeitsplätze mit Internetzugang <input type="checkbox"/> Arbeitsplätze mit Zugang zu Meta-Datenbanken für fachspezifische Publikationen <input type="checkbox"/> Einrichtunginterne (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 <i>Unter einem 'elektronischen Dokumentenlenkungssystem' wird die datenbankgestützte Verwaltung elektronischer Dokumente verstanden.</i> <input type="checkbox"/> Bereitstellung im Intranet (u. a. Links zu Webseiten von Fachverbänden) <input type="checkbox"/> E-Mail-Aussendungen des Trägers, der kollegialen Führung und/oder der (Geschäfts-)Leitung <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	Gibt es in der Einrichtung eine:n Digitalisierungsbeauftragte:n? <i>Die:Der Digitalisierungsbeauftragte erkennt die Möglichkeiten der Digitalisierung, berät und unterstützt bei der Entwicklung digitaler Geschäftsmodelle und/oder Prozesse und ist Ansprechpartner:in für digitale Themen. (Beschreibung angelehnt an der österreichischen Organisation für Standardisierung und Innovation, vgl. Austrian Standards)</i>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Die Aufgabe wird durch eine definierte Person des Trägers übernommen <input type="radio"/> Nein
3.19	Gibt es in der Einrichtung eine definierte Person (Beauftragte:n), die die Einhaltung von Sicherheitsvorschriften der IT (sowohl gesetzliche als auch einrichtungsinterne Vorgaben) sicherstellt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Überwachung der Vorschriften durch eine definierte Person des Trägers <input type="radio"/> Nein

3.20	Werden sensible Betriebsmittel, wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch, Suchtgiftvignetten oder papiergebundene Daten, diebstahlgeschützt aufbewahrt?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3.21	Gibt es in der Einrichtung eine strukturierte Dokumentenlenkung?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<small>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.</small>	
3.22	Gibt es Projekte/Maßnahmen zur Optimierung der Dokumentationsqualität?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
4. Qualitätsmodelle		
4.1	Ist ein Qualitätsmodell bzw. sind mehrere Qualitätsmodelle (ISO, EFQM, KTQ etc.) in der Einrichtung implementiert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<small>Für eine positive Beantwortung reicht die Implementierung aus, es muss keine Zertifizierung vorliegen.</small>	
5. Qualitätsarbeit		
5.1 Prozesse		
5.1.1	Welche Leistungsprozesse/-abläufe sind in der Einrichtung schriftlich definiert? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Aufnahmemanagement <input type="checkbox"/> Entlassungsmanagement <input type="checkbox"/> Hygienemanagement <input type="checkbox"/> Schmerzmanagement <input type="checkbox"/> Dekubitusprävention <input type="checkbox"/> Sturzprävention <input type="checkbox"/> Prävention von Mangelernährung <input type="checkbox"/> Management von Medikationssicherheit (z. B. Polypharmazie, PIM) <input type="checkbox"/> Sonstige
5.1.2	Ist ein Konzept für einrichtunginterne medizinische Notfälle ausgearbeitet?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.1.3	Wird ein entsprechendes Notfall-Equipment in den jeweiligen Funktionseinheiten/Abteilungen bereitgehalten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.1.4	Gibt es ein Schulungskonzept, um Mitarbeiter:innen für einrichtunginterne medizinische Notfälle zu schulen?*	<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 <input type="checkbox"/> Für die Einrichtung nicht relevant
5.1.6	Ist in der Einrichtung ein strukturiertes Aufnahmemanagement implementiert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<small>Darunter wird ein strukturierter Aufnahmeprozess unter Einhaltung bestimmter Mindeststandards verstanden.</small>	
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	<p>Ist in der Einrichtung ein indirektes Entlassungsmanagement implementiert, in dem Patientinnen bzw. Patienten den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne eines Case Managements quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen durchlaufen?</p> <p><i>Entlassungsmanagement leistet entweder das Pflegepersonal der Abteilung (= direktes Entlassungsmanagement lt. Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM)) oder eine Person mit einem für das Entlassungsmanagement zweckgewidmeten Dienstposten (= indirektes Entlassungsmanagement lt. BQLL AUFEM). Im ersten Fall ist das Entlassungsmanagement integraler Bestandteil des Pflegeprozesses, im zweiten Fall (speziell gewidmeter Dienstposten) durchlaufen Patientinnen bzw. Patienten den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne eines Case Managements quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen.</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.2 Bericht über die Qualitätsarbeit		
5.2.1	<p>Wird in der Einrichtung – zusätzlich zur gesetzlich verpflichtenden österreichweiten Qualitätsberichterstattung (Qualitätsplattform) – ein eigener Bericht über die Qualitätsarbeit erstellt (einrichtungseigener Bericht oder z. B. auch ein Kapitel in einem Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes)?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.3 Patientenorientierung		
5.3.1	<p>Werden Patientinnen bzw. Patienten durch spezifische Maßnahmen (z. B. Informationsbroschüren, Patienteninformationsmappe, Merkblätter) in ihrer Gesundheitskompetenz unterstützt?</p> <p><i>Definition Gesundheitskompetenz: Um die Gesundheit zu stärken und Krankheiten vorzubeugen und zu bewältigen, brauchen Menschen auch Informationen. Gesundheitskompetente Menschen sind meist in der Lage, Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Gesundheitskompetenz trägt wesentlich dazu bei, Lebensqualität und Gesundheit zu erhalten und zu verbessern. (vgl. Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz) Nicht gemeint sind die gesetzlich verpflichtend zu leistenden Aufklärungs- und Informationsaufgaben.</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.3.2	<p>Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern regelmäßige Schulungen zur patientenzentrierten Gesprächsführung angeboten?</p> <p><i>Patientenzentrierte Gesprächsführung umfasst vor allem eine Beziehung aufzubauen, das Gespräch zu strukturieren, der Patientin/dem Patienten zuzuhören, Verständnis für die Patientenperspektive zu zeigen, die richtige Menge und Art von Informationen für die individuelle Patientin/den individuellen Patienten zu vermitteln, genaues Erinnern und Verständnis von Informationen zu unterstützen, ein gemeinsames Verständnis zu erreichen und mit der Patientin/dem Patienten gemeinsam eine Entscheidung zu finden. (vgl. Gute Gesprächsqualität im Gesundheitssystem)</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.3.3	<p>Werden bei der Neuerstellung von Patienteninformationen durch die Einrichtung selbst, die Qualitätskriterien einer 'guten Gesundheitsinformation' berücksichtigt?</p> <p><i>(Vgl. Gute Gesundheitsinformation Österreich bzw. Kurzzusammenfassung)</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nicht zutreffend (es werden keine eigenen Patienteninformationen erstellt)
5.3.4	<p>Werden in der Einrichtung Maßnahmen zur Einbindung von Selbsthilfegruppen gesetzt?</p> <p><i>Selbsthilfegruppen sind freiwillige Zusammenschlüsse von Menschen zur gemeinsamen Bewältigung von Krankheiten oder psychischen und sozialen Problemen. SHGs arbeiten themenbezogen. Die Mitglieder sind entweder selbst oder als Angehörige betroffen. Aufgaben: positive Veränderung der persönlichen Lebensumstände; Wirkung im sozial- und gesundheitspolitischem Umfeld (vgl. ÖKUSS) Maßnahmen können sich an den Kriterien für selbsthilfefreundliche Krankenhäuser orientieren, die in den meisten Bundesländern etabliert sind.</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.3.5	<p>Werden Patientinnen bzw. Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht?*</p> <p><i>(z. B. Patientencharta)</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.3.6	<p>Werden für Mitarbeiter:innen regelmäßig Schulungen zum Thema Patientenrechte angeboten?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.3.7	<p>Werden in der Einrichtung regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt?*</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.3.8	<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 „Barrierefreie Unternehmen“ (BMSGPK))</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

5.3.9	Welche weiteren Maßnahmen zur Barrierefreiheit wurden in der Einrichtung bereits gesetzt?	<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 <small>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.</small> <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/>
5.3.10	Sind Informationen über die Erreichbarkeit und bauliche Barrierefreiheit der Einrichtung öffentlich verfügbar (Webseite, Informationsfolder u. ä.)? *	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.3.11	Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern Schulungen/Fortbildungen zum Umgang mit Menschen mit Behinderung angeboten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.4 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen bzw. Patienten		
5.4.1	Gibt es in der Einrichtung ein strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement? <small>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.</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.4.2	Wie werden in der Einrichtung Vorschläge und Beschwerden der Patientinnen bzw. Patienten erhoben? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Beschwerdebögen/Vorschlags- bzw. Beschwerdebriefkästen <input type="checkbox"/> Eingabemöglichkeit über die Webseite der Einrichtung bzw. per E-Mail <input type="checkbox"/> Ombuds-/Beschwerdestelle <input type="checkbox"/> Patientenbefragungen <input type="checkbox"/> Schriftliche Erfassung mündlich eingebrachter Beschwerden <input type="checkbox"/> Andere Erhebungsmethode
5.4.3	Bekommen Patientinnen bzw. Patienten eine individuelle Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden (Ausnahme anonyme Meldung)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.4.4	Werden aus Vorschlägen und Beschwerden auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.4.5	Werden für Patientinnen bzw. Patienten im Bedarfsfall Informationen zu Patientenanzweltschaften (Länder), Ombuds-/Beschwerdestellen (Sozialversicherungsträger, Träger), Schieds- und Schlichtungsstellen (Ärztckammern) bereitgestellt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.5 Mitarbeiterorientierung		
5.5.1	Werden in der Einrichtung regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durchgeführt?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.5.2	Werden in der Einrichtung regelmäßig strukturierte Mitarbeitergespräche geführt?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.5.3	Gibt es in der Einrichtung ein Personalentwicklungskonzept?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

5.5.4	Werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche der Mitarbeiter:innen regelmäßig ermittelt?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.5.5	Werden Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter:innen strukturiert erfasst?*	<input type="radio"/> Ja, für alle Mitarbeiter:innen <input type="radio"/> Ja, für einzelne Mitarbeitergruppen <input type="radio"/> Nein
	<i>Die Frage bezieht sich auf Fort- und Weiterbildung generell und nicht nur auf QM-Fort- und -Weiterbildungen.</i>	
5.5.6	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
5.5.7	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 (neuer Mitarbeiter:innen) <input type="checkbox"/> Nach längerer Abwesenheit (der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters) <input type="checkbox"/> Beim Einsatz neuer Geräte <input type="checkbox"/> Sonstige
5.5.8	Ist in der Einrichtung ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ein betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.5.9	Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter:innen?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.5.10	Gibt es in der Einrichtung eine standardisierte Vorgehensweise zum Thema End-of-life?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<i>Nähere Informationen finden Sie beispielsweise in der Leitlinie der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin, vgl. ÖGARI Leitlinie</i>	
5.6	Risikomanagement/Patienten- und Mitarbeitersicherheit	
5.6.1	Gibt es in der Einrichtung ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement)?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.6.2	Werden Instrumente des Risikomanagements in der Einrichtung verwendet?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.6.3	Ist in der Einrichtung ein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit implementiert (inkl. Interaktionsprüfung)?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<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>	
5.6.4	Werden Mitarbeiter:innen mithilfe eines standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken bei Patientinnen bzw. Patienten informiert, z. B. über Allergien, Verwirrtheit?*	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.6.5	Werden den Mitarbeiter:innen Aus- und Fortbildungen zu Risikokommunikation (Gespräche) mit Patientinnen bzw. Patienten bzw. ihren Angehörigen angeboten?	<input type="radio"/> Ja, für alle Mitarbeiter:innen <input type="radio"/> Ja, für einzelne Mitarbeitergruppen <input type="radio"/> Nein
	<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>	
5.6.6	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?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Für die Einrichtung nicht relevant
5.6.7	Gibt es ein strukturiertes Feedback an betroffene Patientinnen bzw. Patienten, wenn unerwünschte Ereignisse oder Fehler analysiert und bearbeitet wurden?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

5.6.8	Werden den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern regelmäßig Schulungen/Fortbildungen zur Patientensicherheit angeboten?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.7 Krankenhaushygiene		
Allgemein (5.7.1)		
5.7.1	Orientiert sich die Krankenhaushygiene am bundesweiten Qualitätsstandard <i>Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene</i> ? <small>Vgl. Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaus-Hygiene</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hygieneteam (5.7.2-5.7.4)		
5.7.2	Aus welchen Mitgliedern setzt sich das Hygieneteam in der Einrichtung zusammen? (Mehrfachantworten möglich) <small>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.</small>	<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: <input type="text"/>
5.7.3	Wie häufig trifft sich das Hygieneteam?	<input type="radio"/> Täglich <input type="radio"/> Wöchentlich <input type="radio"/> Monatlich <input type="radio"/> Vierteljährlich <input type="radio"/> Halbjährlich <input type="radio"/> In längeren Abständen
5.7.4	Mit wem bespricht das Hygieneteam Hygienebelange? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/> Kollegiale Führung/(Geschäfts-)Leitung <input type="checkbox"/> Qualitätssicherungskommission <input type="checkbox"/> Weitere Führungskräfte <input type="checkbox"/> Stationspersonal <input type="checkbox"/> Einzelne Mitarbeiter:innen
Hygienekommission (5.7.5)		
5.7.5	Gibt es in der Einrichtung zusätzlich zum Hygieneteam eine Hygienekommission?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hygieneprojekt und Antibiotika-Verwendung (5.7.6-5.7.10)		
5.7.6	Nimmt die Einrichtung an Hygieneprojekten teil, wie z. B. <i>Aktion saubere Hände, PPS (Punkt-Prävalenz-Untersuchung)</i> ?	<input type="radio"/> Ja, an welchen: <input type="text"/> <input type="radio"/> Nein
5.7.7	Gibt es in der Einrichtung eine:n Antibiotika-Beauftragte:n oder eine Antibiotika-Kommission?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Für die Einrichtung nicht relevant
5.7.8	Werden in der Einrichtung Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung umgesetzt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Für die Einrichtung nicht relevant
5.7.9	Gibt es in der Einrichtung eine Erfassung des Antibiotika-Verbrauches?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Für die Einrichtung nicht relevant
5.7.10	Erheben Sie den Desinfektionsmittelverbrauch, z. B. von Händedesinfektionsmitteln?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bericht über Hygiene (5.7.11)		
5.7.11	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
5.8 Impfstatus der Mitarbeiter:innen		
5.8.1	Gibt es in der Einrichtung einen Umsetzungsplan, um die österreichweiten Impfeempfehlungen für das Gesundheitspersonal zu realisieren ('Empfehlung zu Impfungen für das Gesundheitspersonal')? <small>Vgl. Empfehlungen für Gesundheitspersonal</small>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

5.8.2	<p>Wird in der Einrichtung die aufrechte Immunität der Mitarbeiter:innen gegen Masern erhoben und dokumentiert?</p> <p><i>Als Masernimmunität ist die dokumentierte 2-malige Lebendimpfung oder positiver Antikörpermachweis im Serum oder zurückliegende, laborbestätigte Maserninfektion definiert.</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.8.3	<p>Wird in der Einrichtung die aufrechte Immunität der Mitarbeiter:innen gegen Varizellen erhoben und dokumentiert?</p> <p><i>Als Varizellenimmunität bei Mitarbeiter:innen im Gesundheitswesen ist die dokumentierte, zweimalige Impfung gegen Varizellen oder ein positiver Antikörpermachweis definiert.</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.8.4	<p>Wird in der Einrichtung der aufrechte Impfschutz der Mitarbeiter:innen gegenüber Pertussis regelmäßig erhoben und dokumentiert?</p> <p><i>Als aufrechter Pertussis-Impfschutz ist bis zum vollendeten 60. Lebensjahr das Vorliegen einer dokumentierten Pertussisimpfung innerhalb der letzten 10 Jahre, ab dem vollendeten 60. Lebensjahr das Vorliegen einer dokumentierten Pertussisimpfung innerhalb der letzten 5 Jahre definiert.</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.8.5	<p>Gibt es in der Einrichtung eine schriftliche Vorgabe zur Sicherstellung der Durchführung von Auffrischungsimpfungen im jeweils empfohlenen Intervall hinsichtlich Pertussis?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.8.6	<p>Wird in der Einrichtung jährlich die Durchimpfungsrate gegen saisonale Influenza aller Mitarbeiter:innen erhoben und dokumentiert?</p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.9 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)		
5.9.1	<p>Ist das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert?</p> <p><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></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5.9.2	<p>Auf Basis welcher Daten/Auswertungen werden kontinuierliche Verbesserungen initiiert? (Mehrfachantworten möglich)*</p>	<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"/> Controlling, z. B. Aufzeichnungen, Auswertungen, Berichte oder Planungen der Controlling-Abteilung, Balanced Scorecard (BSC) <input type="checkbox"/> Betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement <input type="checkbox"/> Sonstige
5.9.3	<p>Welche weiteren Informationen fließen in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess ein? Gespräche mit ... (Mehrfachantworten möglich)</p>	<input type="checkbox"/> Patientenvertretungen/Patientenanwaltschaften <input type="checkbox"/> Sozialen Diensten/Pflegeheimen <input type="checkbox"/> Zuweiserinnen bzw. Zuweiser <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppen <input type="checkbox"/> Andere Krankenanstalten, z. B. stationäre Rehabilitationseinrichtungen, Akutkrankenhäuser, Langzeitversorgungseinrichtungen <input type="checkbox"/> Sonstige Vertrags- und Kooperationspartner
6. Anmerkungen (optional)		
6.1	Ihre Anmerkungen und Anregungen (optional):	<input type="text"/>
7. Dateneingabe freigeben		
7.1	<p>Daten für die Gesundheit Österreich GmbH freigeben</p> <p><i>Der Fragebogen kann erst freigegeben werden, wenn er korrekt und vollständig ausgefüllt wurde.</i></p> <p><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></p> <p><i>Achtung: NACH dem Ende des Erhebungszeitraums ist eine Bearbeitung oder Änderung der Daten nicht mehr möglich.</i></p>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Anhang 2

Teilnehmende Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, Berichtsjahr 2022

Tabelle Anhang 2:
Krankenanstalten der stationären Rehabilitation, inklusive Krankenanstaltennummer, nach Bundesland und Bettengruppe

Bundesland	KA-Nr.	Bezeichnung	Bettengruppe
Burgenland	K101	Rehabilitationszentrum für Herz-Kreislaferkrankungen Bad Tatzmannsdorf	100 bis 199 Betten
Burgenland	K109	Orthopädisches Klinikum SKA Zicksee	100 bis 199 Betten
Burgenland	K112	BVAEB Therapiezentrum Rosalienhof	100 bis 199 Betten
Burgenland	K113	Sonderkrankenanstalt Onkologische Rehabilitation – Der Sonnberghof	100 bis 199 Betten
Burgenland	K114	Sonderkrankenanstalt für neurologische Rehabilitation Kittsee	100 bis 199 Betten
Burgenland	K199.0	Sonnenpark Neusiedlersee ¹	100 bis 199 Betten
Kärnten	K220	Abteilung für chronische Kranke und Zentrum für Lymphologie im Landeskrankenhaus Wolfsberg	1 bis 99 Betten
Kärnten	K224	Interdisziplinäre Sonderkrankenanstalt für Rehabilitation	300 bis 499 Betten
Kärnten	K229	Rehabilitationsklinik für seelische Gesundheit und Prävention	1 bis 99 Betten
Kärnten	K230	Sonderkrankenanstalt für medizinische Rehabilitation Thermenhof	200 bis 299 Betten
Kärnten	K232	KABEG Gailtalklinik	100 bis 199 Betten
Kärnten	K233	Sonderkrankenanstalt im "OptimaMed Gesundheitsresort Agathenhof"	1 bis 99 Betten
Kärnten	K238	Sonderkrankenhaus Sarepta-Spezialklinik für Essstörungen	keiner Bettengruppe zugeordnet
Niederösterreich	K305	Klinikum am Kurpark Baden für Orthopädie und Rheumatologie	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	K307	Sonderkrankenanstalt Bad Schönau	1 bis 99 Betten
Niederösterreich	K313	SKA-RZ-Pensionsversicherungsanstalt Felbring im Schneeberg-land	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	K318	Rehabilitationszentrum Hohegg	200 bis 299 Betten
Niederösterreich	K328	Rehabilitationszentrum für Bewegungsstörungen und rheumatische Erkrankungen	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	K339	Sonderkrankenanstalt Gesundheitsresort Raxblick	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	K359	Österreichische Gesundheitskasse – Mein Peterhof Baden	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	K363	R-SKA Baden	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	K365	Sonderkrankenanstalt für Herz- und Kreislaferkrankungen Groß Gerungs	200 bis 299 Betten
Niederösterreich	K369	Rehabilitationszentrum „Weißer Hof“ Klosterneuburg	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	K370	Sonderkrankenanstalt Moorheilbad Harbach	300 bis 499 Betten
Niederösterreich	K371	Rehabilitationszentrum Alland	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	K375	Klinik Pirawarth, Kur- und Rehabilitationszentrum	300 bis 499 Betten
Niederösterreich	K376	BVAEB Therapiezentrum Buchenberg	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	K385	Sonderkrankenanstalt Ottenschlag	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	K386	BVAEB Rehabilitationszentrum Engelsbad	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	K387	Waldsanatorium Perchtoldsdorf	100 bis 199 Betten

¹ Rehabilitationseinrichtung in der Rechtsform selbstständiges Ambulatorium, die jeweils mit einem angeschlossenen Hotelbetrieb geführt und von der Sozialversicherung als stationäre Rehabilitationseinrichtung akzeptiert wird. Da diese Einrichtung krankenanstaltenrechtlich als selbstständiges Ambulatorium und nicht als bettenführende Krankenanstalt genehmigt ist, wird sie im Krankenanstaltenverzeichnis des BMSGPK nicht als bettenführende Krankenanstalt, sondern als selbstständiges Ambulatorium geführt.

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 2

Bundesland	KA-Nr.	Bezeichnung	Bettengruppe
Niederösterreich	K388	Sonderkrankenanstalt für Psychiatrie Krems-Hollenburg	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	K389	Psychosomatisches Zentrum Eggenburg – Rehabilitationsklinik Gars am Kamp (gehört zu K384)	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	K390	Sonderkrankenanstalt für Remobilisation/Nachsorge und onkologische Rehabilitation	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	K391	kokon Bad Erlach, Reha für junge Menschen	100 bis 199 Betten
Niederösterreich	K392	Sonderkrankenanstalt für stationäre psychiatrische Rehabilitation	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	K413	Sonderkrankenanstalt für neurologische und pneumologische Rehabilitation	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	K436	Sonderkrankenanstalt zur Behandlung unspezifischer Atemwegserkrankungen, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises sowie für postoperative Rehabilitation	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	K437	Klinikum Bad Hall für Herz-Kreislauf- und neurologische Rehabilitation	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	K438	Sonderkrankenanstalt – Rehabilitationszentrum Bad Schallerbach (SKA – RZ Bad Schallerbach)	200 bis 299 Betten
Oberösterreich	K442	Rehabilitationszentrum Bad Ischl-Lindau	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	K443	Rehabilitationszentrum St. Georgen	1 bis 99 Betten
Oberösterreich	K446	HerzReha Herz Kreislaufzentrum Bad Ischl	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	K447	Sonderkrankenanstalt für Herz- und Kreislauferkrankungen, Stoffwechselerkrankungen sowie Atemwegserkrankungen – BVAEB Rehabilitationszentrum Austria	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	K448	OptimaMed Rehabilitationszentrum Aspach	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	K450	Sonderkrankenanstalt für neurologische und orth. Rehabilitation und Kinderrehabilitation	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	K451	OptimaMed Rehabilitationszentrum Bad Wimsbach	1 bis 99 Betten
Oberösterreich	K452	Sonderkrankenanstalt für neurologische Rehabilitation Altmünster	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	K453	Das Klinikum Bad Hall/Bad Schallerbach, Zentrum für Herz-Kreislauf-, neurologische und orthopädische Rehabilitation (Standort Bad Schallerbach)	1 bis 99 Betten
Oberösterreich	K481	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum für psychische Rehabilitation in Bad Hall – BVAEB Therapiezentrum Justuspark	100 bis 199 Betten
Oberösterreich	K498	Rehabilitationszentrum Vortuna Bad Leonfelden	1 bis 99 Betten
Oberösterreich	K499	kokon Rohrbach-Berg Reha für junge Menschen	1 bis 99 Betten
Oberösterreich	K499.0	Sonnenpark Bad Hall ¹	100 bis 199 Betten
Salzburg	K505	Rehabilitationszentrum Bad Hofgastein	100 bis 199 Betten
Salzburg	K538	Klinikum Bad Gastein für Orthopädie und Rheumatologie	100 bis 199 Betten
Salzburg	K541	Rehabilitationszentrum Saalfelden	100 bis 199 Betten
Salzburg	K545	Rehabilitationszentrum Großgmain	100 bis 199 Betten
Salzburg	K552	NeuroCare Rehaklinik Salzburg	1 bis 99 Betten

¹ Rehabilitationseinrichtung in der Rechtsform selbstständiges Ambulatorium, die jeweils mit einem angeschlossenen Hotelbetrieb geführt und von der Sozialversicherung als stationäre Rehabilitationseinrichtung akzeptiert wird. Da diese Einrichtung krankenanstaltenrechtlich als selbstständiges Ambulatorium und nicht als bettenführende Krankenanstalt genehmigt ist, wird sie im Krankenanstaltenverzeichnis des BMSGPK nicht als bettenführende Krankenanstalt, sondern als selbstständiges Ambulatorium geführt.

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 2

Bundesland	KA-Nr.	Bezeichnung	Bettengruppe
Salzburg	K553	Rehabilitationszentrum für Stoffwechsel- und Gastroenterologische Erkrankungen	1 bis 99 Betten
Salzburg	K554	Rehabilitationszentrum Oberndorf	100 bis 199 Betten
Salzburg	K555	Rehabilitationszentrum Bad Vigaun	100 bis 199 Betten
Salzburg	K564	Onkologisches Rehabilitationszentrum St. Veit/Pongau	200 bis 299 Betten
Salzburg	K565	Psychiatrische Reha St. Veit	1 bis 99 Betten
Steiermark	K601	Rehabilitationszentrum Aflenz	100 bis 199 Betten
Steiermark	K603	Rehabilitationszentrum Bad Aussee	100 bis 199 Betten
Steiermark	K605	Klinikum Bad Gleichenberg für Lungen- und Stoffwechselerkrankungen	100 bis 199 Betten
Steiermark	K630	Sonderkrankenanstalt der PVA, REHABZ für Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates und neurologische Erkrankungen	100 bis 199 Betten
Steiermark	K645	Rehabilitationszentrum St. Radegund	100 bis 199 Betten
Steiermark	K649	Rehabilitationsklinik Tobelbad	200 bis 299 Betten
Steiermark	K663	Privatklinik St. Radegund für Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Orthopädie und Geriatrie/Gerontologie	100 bis 199 Betten
Steiermark	K668	Privatklinik Laßnitzhöhe	200 bis 299 Betten
Steiermark	K670	Theresienhof, Klinikum für Orthopädie und orthopädische Rehabilitation	100 bis 199 Betten
Steiermark	K671	Klinik Maria Theresia, Radkersburger Hof	300 bis 499 Betten
Steiermark	K675	Sonderkrankenanstalt für orthopädische und neuroorthopädische Rehabilitation	1 bis 99 Betten
Steiermark	K676	Rehabilitationsklinik für Neurologie, Pädiatrie, Orthopädie und Onkologie	200 bis 299 Betten
Steiermark	K680	OptimaMed Rehabilitationszentrum Wildbad	100 bis 199 Betten
Steiermark	K683	Auszeit Gesundheitszentrum St. Lambrecht	keiner Bettengruppe zugeordnet
Tirol	K701	Rehabilitationszentrum Bad Häring	100 bis 199 Betten
Tirol	K705	Rehabilitationszentrum Kitzbühel	100 bis 199 Betten
Tirol	K729	Rehabilitationszentrum Ederhof	1 bis 99 Betten
Tirol	K733	Wittlinger Therapiezentrum – Walchsee	1 bis 99 Betten
Tirol	K734	Rehabilitationszentrum Münster – Klinikum für Rehabilitation in Tirol für Neurologie, Kardiologie und Pulmologie und Onkologie	300 bis 499 Betten
Tirol	K799.0	Sonnenpark Lans ¹	100 bis 199 Betten
Vorarlberg	K862	Rehabilitationsklinik Montafon	200 bis 299 Betten
Wien	K907	Rehaklinik Baumgarten	200 bis 299 Betten
Wien	K945	Rehabilitationszentrum Meidling der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt	1 bis 99 Betten
Wien	K973	Neurologisches Rehabilitationszentrum Rosenhügel	100 bis 199 Betten

¹ Rehabilitationseinrichtung in der Rechtsform selbstständiges Ambulatorium, die jeweils mit einem angeschlossenen Hotelbetrieb geführt und von der Sozialversicherung als stationäre Rehabilitationseinrichtung akzeptiert wird. Da diese Einrichtung krankenstellenrechtlich als selbstständiges Ambulatorium und nicht als bettenführende Krankenanstalt genehmigt ist, wird sie im Krankenanstaltenverzeichnis des BMSGPK nicht als bettenführende Krankenanstalt, sondern als selbstständiges Ambulatorium geführt.

Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

Anhang 3

Kriterien zur Erfüllung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement und aktuelle Ergebnisse im Vergleich zum Berichtsjahr 2017

Tabelle Anhang 3:

Kriterien zur Erfüllung der Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM) und Anteil der Einrichtungen, die diese erfüllen

Achtung: Die Ergebnisse in Prozent beziehen sich in folgender Tabelle auch bei den untergeordneten Fragen immer auf die Grundgesamtheit aller Einrichtungen (N = 84; 2017) und (N = 86; 2022) und nicht wie in den vorherigen Abschnitten auf den Anteil der Einrichtungen, die bei der übergeordneten Frage mit „Ja“ geantwortet haben. Die Tabelle zeigt daher den Erfüllungsgrad je Mindestanforderung über alle Einrichtungen hinweg.

Fragen-Nr.	Fragen zu Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM)	Antwortmöglichkeiten	Mindestanforderungen an QM erfüllt, wenn Antwort ...	Anteil der Einrichtungen, die die Mindestanforderung an QM erfüllen	
				2017 (N = 84)	2022 (N = 86)
2.2	Ist in der Einrichtung eine Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt?*	1. ja 2. nein	1	96 % 81 KA	95 % 82 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	96 % 81 KA	95 % 82 KA
2.2.4	Sind aus der Qualitätsstrategie konkrete Qualitätsziele abgeleitet?*	1. ja 2. nein	1	95 % 80 KA	93 % 80 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	95 % 80 KA	93 % 80 KA

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 3

Fragen-Nr.	Fragen zu Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM)	Antwortmöglichkeiten	Mindestanforderungen an QM erfüllt, wenn Antwort ...	Anteil der Einrichtungen, die die Mindestanforderung an QM erfüllen	
				2017 (N = 84)	2022 (N = 86)
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"> 1. Ärztlicher Dienst 2. Gesundheits- und Krankenpflegeberufe 3. Gehobene medizinisch-technische Dienste 4. Verwaltungsdienst 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 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 7. Qualitäts- und/oder Risikomanagement 8. Psychologischer Dienst 9. Psychotherapeutischer Dienst 10. Hebammen 11. Hygieneteam 12. Träger 13. Betriebsrat/Personalvertretung 14. sonstige 	1 und 2 und 3 und 4	75 % 62 KA	77 % 66 KA
3.2	Gibt es eine Geschäftsordnung für die QSK?*	<ol style="list-style-type: none"> 1. ja 2. nein 	1	68 % 57 KA	73 % 63 KA
3.5	Gibt es Protokolle zu den regelmäßigen Sitzungen der QSK?*	<ol style="list-style-type: none"> 1. ja 2. nein 	1	93 % 78 KA	95 % 82 KA

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 3

Fragen-Nr.	Fragen zu Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM)	Antwortmöglichkeiten	Mindestanforderungen an QM erfüllt, wenn Antwort ...	Anteil der Einrichtungen, die die Mindestanforderung an QM erfüllen	
				2017 (N = 84)	2022 (N = 86)
3.6	Gibt es eine schriftliche Vorgabe, wie mit den Empfehlungen der QSK in der Einrichtung umzugehen ist?*	1. ja 2. nein	1	58 % 49 KA	67 % 58 KA
3.9	Gibt es in den Abteilungen/Bereichen definierte Ansprechpartner:innen für Qualitäts- und/oder Risikomanagementarbeit?*	1. ja 2. nein	1	81 % 68 KA	86 % 74 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 Metadatenbanken für fachspezifische Publikationen 4. einrichtungsinterne (elektronische) Bibliothek 5. medizinische Universitätsbibliothek 6. Bereitstellen von Fachzeitschriften 7. Sonstiges	1 und/oder 2 und/oder 3 und/oder 4 und/oder 5 und/oder 6	100 % 84 KA	100 % 86 KA
3.13	Wie werden Mitarbeiter:innen über aktuelle Gesetze, Verordnungen, Bundesqualitätsstandards, Leitlinien und Fachempfehlungen informiert?*(Mehrfachantwort möglich)	1. elektronisches Dokumentenlenkungssystem 2. Bereitstellung im Intranet, u. a. Links zu Websites von Fachverbänden 3. E-Mail-Aussendungen des Trägers, der Kollegialen Führung und/oder der (Geschäfts-)Leitung 4. Dokumente werden in Druckform / als Informationsmappe zur Verfügung gestellt. 5. Teambesprechung 6. Fortbildungen 7. Sonstiges	1 und/oder 2 und/oder 3 und/oder 4 und/oder 5 und/oder 6	100 % 84 KA	100 % 86 KA
3.14	Sind die Mitarbeiter:innen nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert?*	1. ja 2. nein	1	100 % 84 KA	100 % 86 KA

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 3

Fragen-Nr.	Fragen zu Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM)	Antwortmöglichkeiten	Mindestanforderungen an QM erfüllt, wenn Antwort ...	Anteil der Einrichtungen, die die Mindestanforderung an QM erfüllen	
				2017 (N = 84)	2022 (N = 86)
3.15	Sind patientenbezogene (elektronische) Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (z. B. durch Passwörter)?*	1. ja 2. nein	1	100 % 84 KA	100 % 86 KA
3.16	Sind patientenbezogene (elektronische) Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt?*	1. ja 2. nein	1	100 % 84 KA	100 % 86 KA
3.20	Werden sensible Betriebsmittel, wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch, Suchtgiftvignetten oder papiergebundene Daten, diebstahlgeschützt aufbewahrt?*	1. ja 2. nein	1	99 % 83 KA	100 % 86 KA
3.21	Gibt es in der Einrichtung eine strukturierte Dokumentenlenkung?*	1. ja 2. nein	1	83 % 70 KA	98 % 84 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)	95 % 80 KA	98 % 84 KA

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 3

Fragen-Nr.	Fragen zu Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM)	Antwortmöglichkeiten	Mindestanforderungen an QM erfüllt, wenn Antwort ...	Anteil der Einrichtungen, die die Mindestanforderung an QM erfüllen	
				2017 (N = 84)	2022 (N = 86)
5.1.2	Ist ein Konzept für einrichtungsinterne medizinische Notfälle ausgearbeitet?*	1. ja 2. nein	1	100 % 84 KA	100 % 86 KA
5.1.4	Gibt es ein Schulungskonzept, um Mitarbeiter:innen für einrichtungsinterne medizinische Notfälle zu schulen?*	1. ja 2. nein	1	100 % 84 KA	99 % 85 KA
5.1.4.1	Sind die Mitarbeiter:innen entsprechend ihrem Einsatzgebiet nachweislich geschult?*	1. ja, alle Mitarbeiter:innen 2. ja, nur ein Teil der Mitarbeiter:innen 3. nein	1	82 % 69 KA	74 % 64 KA
5.3.5	Werden Patientinnen bzw. Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht?*	1. ja 2. nein	1	99 % 83 KA	99 % 85 KA
5.3.7	Werden in Ihrer Einrichtung regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt?	1. ja 2. nein	1	100 % 84 KA	99 % 85 KA
5.3.7.2	Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?*	1. ja 2. nein	1	89 % 75 KA	98 % 84 KA
5.3.8	Ist die Einrichtung barrierefrei zugänglich?*	1. ja 2. nein	1	98 % 82 KA	98 % 84 KA
5.3.10	Sind Informationen über die Erreichbarkeit und bauliche Barrierefreiheit der Einrichtung öffentlich verfügbar (Website, Informationsfolder u. Ä.)?*	1. ja 2. nein	1	93 % 74 KA	93 % 80 KA
5.5.1	Werden in der Einrichtung regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durchgeführt?*	1. ja 2. nein	1	85 % 71 KA	83 % 71 KA
5.5.2	Werden in der Einrichtung regelmäßig strukturierte Mitarbeitergespräche geführt?*	1. ja 2. nein	1	96 % 81 KA	93 % 80 KA
5.5.3	Gibt es in der Einrichtung ein Personalentwicklungskonzept?*	1. ja 2. nein	1	74 % 62 KA	77 % 66 KA

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 3

Fragen-Nr.	Fragen zu Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM)	Antwortmöglichkeiten	Mindestanforderungen an QM erfüllt, wenn Antwort ...	Anteil der Einrichtungen, die die Mindestanforderung an QM erfüllen	
				2017 (N = 84)	2022 (N = 86)
5.5.4	Werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche der Mitarbeiter:innen regelmäßig ermittelt?*	1. ja 2. nein	1	89 % 75 KA	99 % 85 KA
5.5.5	Werden Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter:innen strukturiert erfasst?*	1. ja, für alle Mitarbeiter:innen 2. ja, für einzelne Mitarbeitergruppen 3. nein	1	90 % 76 KA	92 % 79 KA
5.5.7	Die Einschulung der Mitarbeiter:innen in die Anwendung entsprechend der in ihrem Einsatzgebiet erforderlichen medizinischen Geräte ist gesetzlich vorgeschrieben. Wann werden Mitarbeiter:innen auf die Anwendung geschult?*(Mehrfachantworten möglich)	1. bei Dienstantritt (neuer Mitarbeiter:innen) 2. nach längerer Abwesenheit (der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters) 3. beim Einsatz neuer Geräte 4. Sonstige	1 und 2 und 3	55 % 46 KA	60 % 52 KA
5.6.1	Gibt es in der Einrichtung ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement)?*	1. ja 2. nein	1	86 % 72 KA	95 % 82 KA
5.6.2	Werden Instrumente des Risikomanagements in der Einrichtung verwendet?*	1. ja 2. nein	1	88 % 74 KA	95 % 82 KA
5.6.4	Werden Mitarbeiter:innen mithilfe eines standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken bei Patientinnen bzw. Patienten informiert, z. B. über Allergien, Desorientierung?*	1. ja 2. nein	1	94 % 79 KA	93 % 80 KA

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 3

Fragen-Nr.	Fragen zu Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement (QM)	Antwortmöglichkeiten	Mindestanforderungen an QM erfüllt, wenn Antwort ...	Anteil der Einrichtungen, die die Mindestanforderung an QM erfüllen	
				2017 (N = 84)	2022 (N = 86)
5.9.2	Auf Basis welcher Daten/Auswertungen werden kontinuierliche Verbesserungen initiiert?*(Mehrfachantwort möglich)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patientenbefragungen 2. Mitarbeiterbefragungen 3. interne/externe Audits oder Visitationen 4. Beschwerde-/Feedbackmanagement, Ombuds-/Beschwerdestelle 5. Risikomanagement, z. B. aus Fehlermelde- und Lernsystemen 6. Fälle von Personenschaden 7. Hygienedaten 8. Routinedaten, z. B. Abrechnungsdaten, Patientendaten, Kostendaten, Leistungsdaten 9. AIQI, z. B. auf Basis von Peer Reviews 10. Controlling, z. B. Aufzeichnungen, Auswertungen, Berichte oder Planungen der Controlling-Abteilung, Balanced Scorecard (BSC) 11. betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement 12. patient-reported outcome measures (PROMs) 13. bundesweite Qualitätsregister (dazu zählen ICD, Herzschrittmacher- und Loop-Recorder-Register, Stroke Unit) 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 % 84 KA	100 % 86 KA

Darstellung: GÖG, Qualitätsplattform

Anhang 4

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

Tabelle Anhang 4:

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

Fragen zum Qualitätssystem in Krankenanstalten der stationären Rehabilitation <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 = 72)	2015 (N = 80)	2017 (N = 84)	2022 (N = 86)
strategische Verankerung der Qualitätsarbeit				
Ist in der Einrichtung ein Leitbild definiert?	89 %	94 %	99 %	99 %
Ist in der Einrichtung eine Qualitätsstrategie nachweislich festgelegt?*	90 %	93 %	96 %	95 %
Sind aus der Qualitätsstrategie konkrete Qualitätsziele abgeleitet?*	-	-	99 % (n=81)	98 % (n = 82)
strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit				
Gibt es eine Geschäftsordnung für die QSK?*	77 %	65 %	68 %	73 %
Gibt es Protokolle zu den regelmäßigen Sitzungen der QSK?*	-	89 %	93 %	95 %
Gibt es eine schriftliche Vorgabe, wie mit den Empfehlungen der QSK in der Einrichtung umzugehen ist?*	-	-	58 %	67 %
Gibt es in den Abteilungen/Bereichen definierte Ansprechpartner:innen für Qualitäts- und/oder Risikomanagementarbeit?*	-	-	81 %	86 %
Sind die Mitarbeiter:innen nachweislich über ihre Verschwiegenheitspflichten informiert?*	-	100 %	100 %	100 %
Sind patientenbezogene (elektronische) Daten vor fremdem (unbefugtem) Zugriff geschützt (z. B. durch Passwörter)?*	-	99 %	100 %	100 %
Sind patientenbezogene (elektronische) Daten durch geeignete Sicherheitsmaßnahmen vor Verlust geschützt?*	-	99 %	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 I: Der Klammerbegriff „(Datenschutzbeauftragte:n)“ wurde im Fragebogen 2022 ergänzt, somit ist keine vollständige Übereinstimmung der Frage mit dem Jahr 2017 gegeben.</i> <i>Anmerkung II: Die Antwortmöglichkeiten „Ja“ und „Ja, Überwachung der Vorschriften durch eine definierte Person des Trägers“ werden summiert dargestellt.</i>	-	-	96 %	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 I: Die Antwortmöglichkeiten „Ja“ und „Ja, Überwachung der Vorschriften durch eine definierte Person des Trägers“ werden summiert dargestellt.</i> <i>Anmerkung II: Die Antwortmöglichkeiten „Ja, Überwachung der Vorschriften durch eine definierte Person des Trägers“ wurde im Fragebogen 2022 ergänzt, somit ist keine vollständige Übereinstimmung der Frage mit dem Jahr 2017 gegeben.</i>	-	-	83 %	79 %
Werden sensible Betriebsmittel, wie z. B. Rezeptformulare, Stempel, Suchtgiftbuch, Suchtgiftvignetten oder papiergebundene Daten, diebstahlgeschützt aufbewahrt?*	-	98 %	99 %	100 %
Gibt es in der Einrichtung eine strukturierte Dokumentenlenkung?*	-	71 %	83 %	98 %
Qualitätsmodelle				
Ist ein Qualitätsmodell bzw. sind mehrere Qualitätsmodelle (ISO, EFQM, KTQ etc.) in der Einrichtung implementiert?	43 %	51 %	76 %	81 %

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 4

Fragen zum Qualitätssystem in Krankenanstalten der stationären Rehabilitation <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 = 72)	2015 (N = 80)	2017 (N = 84)	2022 (N = 86)
Prozesse				
Ist ein Konzept für einrichtungsinterne medizinische Notfälle ausgearbeitet?*	-	-	100 %	100 %
Wird ein entsprechendes Notfall-Equipment in den jeweiligen Funktionseinheiten/Abteilungen bereitgehalten?	-	-	100 %	100 %
Wird dieses Notfall-Equipment regelmäßig einer Prüfung unterzogen und diese im erforderlichen Maße dokumentiert?	-	-	100 %	100 %
Gibt es ein Schulungskonzept, um Mitarbeiter:innen für einrichtungsinterne medizinische Notfälle zu schulen?*	-	-	100 %	99 %
Sind die Mitarbeiter:innen entsprechend ihrem Einsatzgebiet nachweislich geschult?*	-	-	82 % (n = 84)	75 % (n = 85)
<i>Anmerkung: Das Ergebnis bezieht sich ausschließlich auf die Antwortmöglichkeit „Ja, für alle Mitarbeiter:innen“.</i>				
Ist in der Einrichtung ein strukturiertes Aufnahmemanagement implementiert?	-	98 %	99 %	98 %
Orientiert sich das strukturierte Aufnahmemanagement an der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM)?	-	-	53 % (n = 83)	55 % (n = 84)
Wird der Ernährungsstatus von Patientinnen bzw. Patienten bei der Aufnahme in die Einrichtung erhoben?	-	-	86 %	98 %
Gibt es in der Einrichtung einen standardisierten Prozess zur Betreuung mangelernährter Patientinnen bzw. Patienten?	-	-	46 %	49 %
Ist in der Einrichtung ein indirektes Entlassungsmanagement implementiert, in dem Patientinnen bzw. Patienten den Entlassungsvorgang prozessorientiert im Sinne eines Case Management quer zu Professions-, Abteilungs- und Organisationsgrenzen durchlaufen?	-	-	60 %	71 %
Orientiert sich das indirekte Entlassungsmanagement an der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM)?	-	-	66 % (n = 50)	64 % (n = 61)
Bericht über die Qualitätsarbeit				
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)?	-	73 %	74 %	66 %
Wird dieser Bericht veröffentlicht?	-	46 % (n = 58)	37 % (n = 62)	42 % (n = 57)
<i>Anmerkung: 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.</i>				

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 4

Fragen zum Qualitätssystem in Krankenanstalten der stationären Rehabilitation <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 = 72)	2015 (N = 80)	2017 (N = 84)	2022 (N = 86)
Patientenorientierung				
Werden Patientinnen bzw. Patienten durch spezifische Maßnahmen (z. B. Informationsbroschüren, Patienteninformationsmappe, Merkblätter) in der Gesundheitskompetenz unterstützt?	-	-	100 %	99 %
Werden Patientinnen bzw. Patienten auf ihre Rechte und Pflichten aufmerksam gemacht?*	-	96 %	99 %	99 %
Werden für Mitarbeiter:innen regelmäßig Schulungen zum Thema Patientenrechte angeboten?	-	-	46 %	51 %
Werden in der Einrichtung regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt?*	-	-	100 %	99 %
Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?*	-	-	89 %	99 % (n = 85)
Ist die Einrichtung barrierefrei zugänglich?*	-	-	98 %	98 %
Sind Informationen über die Erreichbarkeit und bauliche Barrierefreiheit der Einrichtung öffentlich verfügbar (Website, Informationsfolder u. Ä.)?*	-	-	88 %	93 %
Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden von Patientinnen bzw. Patienten				
Gibt es in der Einrichtung ein strukturiertes Beschwerde-/Feedbackmanagement?	82 %	95 %	96 %	100 %
Bekommen Patientinnen bzw. Patienten eine individuelle Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden (Ausnahme: anonyme Meldung)?	78 %	89 %	92 %	94 %
Werden aus Vorschlägen und Beschwerden auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?	-	-	90 %	100 %
Werden für Patientinnen bzw. Patienten im Bedarfsfall Informationen zu Patientenanzwältschaften (Länder), Ombuds-/Beschwerdestellen (Sozialversicherungsträger, Träger), Schieds- und Schlichtungsstellen (Ärztckammern) bereitgestellt?	-	68 %	73 %	87 %
Mitarbeiterorientierung				
Werden in der Einrichtung regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durchgeführt?*	-	-	85 %	83 %
Werden aus den Befragungen auf Basis eines festgelegten Prozesses strukturiert Maßnahmen abgeleitet?	-	-	85 % (n = 71)	99 % (n = 71)
Werden in der Einrichtung regelmäßig strukturierte Mitarbeitergespräche geführt?*	-	-	96 %	93 %
Gibt es in der Einrichtung ein Personalentwicklungskonzept?*	-	60 %	74 %	77 %
Werden Qualifizierungsbedarf und Qualifizierungswünsche der Mitarbeiter:innen regelmäßig ermittelt?*	-	86 %	89 %	99 %

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 4

Fragen zum Qualitätssystem in Krankenanstalten der stationären Rehabilitation <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 = 72)	2015 (N = 80)	2017 (N = 84)	2022 (N = 86)
Werden Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter:innen strukturiert erfasst?*	88 %	92 %	90 %	92 %
<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?	81 %	81 %	85 %	85 %
<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?	46 %	74 %	75 %	71 %
Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter:innen?	63 %	85 %	90 %	99 %
Risikomanagement / Patienten- und Mitarbeitersicherheit				
Gibt es in der Einrichtung ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern (Risikomanagement)?*	61 %	66 %	86 %	95 %
Werden Instrumente des Risikomanagements in der Einrichtung verwendet?* (Mehrfachantwort möglich)	-	-	88 %	95 %
Ist in der Einrichtung ein interaktives EDV-System zur Medikationssicherheit implementiert (inklusive Interaktionsprüfung)?	-	-	39 %	58 %
Werden Mitarbeiter:innen mithilfe eines standardisierten Informationsprozesses über individuelle Gefahrenpotenziale und Komplikationsrisiken bei Patientinnen bzw. Patienten informiert, z. B. über Allergien, Desorientierung?*	-	94 %	94 %	93 %
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?	-	31 %	48 % (n = 62)	55 % (n = 71)
<i>Anmerkung: Die reduzierte Anzahl der Einrichtungen ergibt sich durch das Abziehen jener Einrichtungen, die die Antwortmöglichkeit „für die Einrichtung nicht relevant“ gewählt haben.</i>				
Krankenhaushygiene				
Orientiert sich die Krankenhaushygiene am bundesweiten Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene?			98 %	97 %
Gibt es in der Einrichtung zusätzlich zum Hygieneteam eine Hygienekommission?	-	60 %	61 %	71 %
Gibt es die Möglichkeit, im Anlassfall die Hygienekommission einzuberufen?			100 % (n = 51)	100 % (n = 61)
Nimmt die Einrichtung an Hygieneprojekten teil, wie z. B. Aktion Saubere Hände, PPS (Punkt-Prävalenz-Untersuchung)?	-	30 %	49 %	37 %
Gibt es in der Einrichtung eine:n Antibiotika-Beauftragte:n oder eine Antibiotika-Kommission?	-	21 %	27 % (n = 48)	26 % (n = 34)
<i>Anmerkung: Die reduzierte Anzahl der Einrichtungen ergibt sich durch das Abziehen jener Einrichtungen, die die Antwortmöglichkeit „für die Einrichtung nicht relevant“ gewählt haben.</i>				

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle Anhang 4

Fragen zum Qualitätssystem in Krankenanstalten der stationären Rehabilitation <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 = 72)	2015 (N = 80)	2017 (N = 84)	2022 (N = 86)
Werden in der Einrichtung Programme zur rationalen Antibiotika-Verwendung umgesetzt? <i>Anmerkung: Die reduzierte Anzahl der Einrichtungen ergibt sich durch das Abziehen jener Einrichtungen, die die Antwortmöglichkeit „für die Einrichtung nicht relevant“ gewählt haben.</i>	-	21 %	28 % (n = 46)	19 % (n = 32)
Gibt es in der Einrichtung eine Erfassung des Antibiotika-Verbrauches? <i>Anmerkung: Die reduzierte Anzahl der Einrichtungen ergibt sich durch das Abziehen jener Einrichtungen, die die Antwortmöglichkeit „für die Einrichtung nicht relevant“ gewählt haben.</i>	-	33 %	42 % (n = 45)	28 % (n = 36)
Wird in der Einrichtung regelmäßig stationsbasiert der Antibiotika-Verbrauch erhoben?	-	58 % (n = 26)	58 % (n = 19)	70 % (n = 10)
Wird in der Einrichtung der Desinfektionsmittelverbrauch erhoben, z. B. von Händedesinfektionsmitteln?	-	70 %	74 %	84 %
Wird in Ihrer Einrichtung ein Hygienebericht erstellt?	-	74 %	85 %	78 %
Wird dieser Hygienebericht veröffentlicht? <i>Anmerkung: 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.</i>	-	7 % (n = 59)	4 % (n = 71)	4 % (n = 67)
kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)				
Ist das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert?	65 %	81 %	96 %	98 %

*Mindestanforderungen an Qualitätsmanagement

Quelle und Darstellung: GÖG