

Qualitäts-  
sicherung  
der KAGes

## DARSTELLUNG DER PRÜFUNGSERGEBNISSE

Alle personenbezogenen Bezeichnungen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit und einfachen Lesbarkeit nur in einer Geschlechtsform gewählt und gelten gleichermaßen für Frauen und Männer.

In Tabellen und Anlagen des Berichtes können bei den Summen von Beträgen und Prozentangaben rundungsbedingte Rechendifferenzen auftreten.

Zitierte Textstellen werden im Bericht in kursiver Schriftart dargestellt.

Landesrechnungshof Steiermark  
8010 Graz, Trauttmansdorffgasse 2  
T: 0316/877-2250  
E: [lrh@stmk.gv.at](mailto:lrh@stmk.gv.at)  
[www.landesrechnungshof.steiermark.at](http://www.landesrechnungshof.steiermark.at)

Berichtzahl: LRH 20 Q 1/2008-15

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>KURZFASSUNG</b> .....	<b>4</b>
<b>1. PRÜFUNGSGEGENSTAND</b> .....	<b>5</b>
1.1 Prüfungskompetenz und Prüfungsmaßstab .....	5
1.2 Ausgangssituation .....	6
1.3 Prüfungsablauf .....	6
1.4 Stellungnahmen zum Prüfbericht .....	7
<b>2. GRUNDLAGEN</b> .....	<b>8</b>
2.1 Bundesebene .....	8
2.2 Art. 15a Vereinbarungen zwischen Bund und Land .....	9
2.3 Landesebene.....	11
<b>3. QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER KAGES</b> .....	<b>12</b>
3.1 Qualitätsmanagement-Konzept.....	15
3.2 Zielvereinbarungen.....	17
3.3 Richtlinien / Standards .....	18
3.4 Qualitätsmanagement-Modelle .....	19
3.5 Qualitätsindikatoren.....	22
3.6 Qualitätssicherungsbeirat / Qualitätssicherungsregister .....	23
3.7 Erfahrungsaustausch mit der Patientenvertretung .....	24
3.8 Meetings der Qualitätsbeauftragten der LKA .....	25
3.9 Bericht über qualitätsverbessernde Maßnahmen.....	25
<b>4. QUALITÄTSMANAGEMENT IN DEN LKA</b> .....	<b>26</b>
4.1 Anstaltsordnung .....	28
4.2 Selbstbewertungen / Zertifizierungen .....	28
4.3 Qualitäts- / Anerkennungspreise .....	29
4.4 Qualitätsmanagement- Kommission .....	30
4.4.1 Geschäftsordnung.....	31
4.4.2 Qualitätsmanagement-Kommissionssitzungen .....	32
4.5 Qualitätsbeauftragte / Qualitätsmanager.....	32
4.6 Organigramm / Organisationshandbuch .....	33
4.7 Kostenstelle für Qualitätsmanagement .....	33
4.8 Qualitätsmanagement-Ausbildungen .....	34
4.9 Qualitätsmanagement- Jahresberichte .....	35
4.10 Periodische Patientenbefragungen .....	37
4.11 Patienten-Feedbacksystem .....	37
4.12 Mitarbeitereinführung / Mitarbeiterbefragungen .....	38
4.13 Zuweiserbefragungen.....	39
4.14 Betriebliche Gesundheitsförderung .....	39
4.15 Nahtstellenmanagement .....	40
4.16 Patientenorientierung .....	41
4.17 Schadensmanagement .....	42
4.18 Risikomanagement.....	43
4.19 Fehler- und Präventionsmanagement / Checklisten .....	44
4.20 Ansprechpersonen für Patienten .....	45
<b>5. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN</b> .....	<b>47</b>
<b>ANLAGE STELLUNGNAHMEN UND REPLIKEN</b> .....	<b>55</b>

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AL	Anstaltsleitung/en
BM	Bundesministerium
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
EFQM	European Foundation for Quality Management
GO	Geschäftsordnung
ISO	International Organization for Standardization
iZm	im Zusammenhang mit
KAGes	Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KALG	Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 1999
LKA	Landeskrankenanstalt/en
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LRH-VG	Landesrechnungshof-Verfassungsgesetz
LSF	Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz
OE	Organisationseinheit
QB	Qualitätsbeauftragte/r
QM	(Organisationseinheit) Qualitätsmanagement
QMK	Qualitätsmanagement-Kommission
QS	Qualitätssicherung
QSB	Qualitätssicherungsbeirat
RM	Systematisches Klinisches Risikomanagement
ZDion	Zentraldirektion der KAGes

## BEGRIFFSDEFINITIONEN

Im Sinne des Bundesgesetzes **zur Qualität von Gesundheitsleistungen** haben einige ausgewählte Begriffe folgende Bedeutung:

**"Qualitätssystem"**: Darunter wird ein Koordinierungs-, Förderungs-, Unterstützungs- und Überwachungssystem des Bundes verstanden, mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsleistungen kontinuierlich zu verbessern.

**"Qualität"**:

Grad der Erfüllung der Merkmale von patientinnen- und patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung. Die zentralen Anliegen in diesem Zusammenhang sind die Optimierung von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.

**"Patientinnen- und Patientenorientierung"**:

Im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität sollen die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden, als Koproduzentinnen und Koproduzenten an diesem Prozess der Verbesserung der Lebensqualität teilzunehmen.

**"Patientinnen- und Patientensicherheit"**:

Umfasst Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse, die zum Schaden der Patientin / des Patienten führen können.

**"Strukturqualität"**:

Summe sachlicher und personeller Ausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht.

**"Prozessqualität"**:

Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die nach nachvollziehbaren und nachprüfbaren Regeln systematisiert erfolgen und dem Stand des professionellen Wissens entsprechen, regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden.

**"Ergebnisqualität"**:

Messbare Veränderungen des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit einer Patientin / eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmter Rahmenbedingungen und Maßnahmen.

**"Qualitätsindikator"**:

Messbare Größe, welche dazu geeignet ist, die Qualität der Gesundheitsleistung zu beobachten, zu vergleichen und zu evaluieren.

## KURZFASSUNG

Träger von Krankenanstalten sind gesetzlich verpflichtet, in jeder Krankenanstalt Maßnahmen zur Qualitätssicherung vorzusehen und ein Qualitätsmanagement aufzubauen.

Diesbezügliche Bemühungen gibt es in der Krankenanstaltengesellschaft seit 1993.

Die Etablierung eines Qualitätsmanagements mit entsprechenden Strukturen ist in den Landeskrankenanstalten insgesamt erkennbar.

Der Landesrechnungshof empfiehlt, konkretere und messbare Qualitätsziele bzw. Indikatoren zu entwickeln und Qualitätsmanagement-Monitoring und Qualitätsmanagement-Controlling weiter auszubauen. Das interne und das externe Qualitätsmanagement-Informationssystem sollten erweitert werden.

Stärkeres Augenmerk ist auf die Schriftlichkeit zu legen. Organigramme, Organisationshandbücher, Geschäftsordnungen (Qualitätsmanagement-Kommissionen), Funktionsbeschreibungen wären laufend zu aktualisieren und auf deren Einhaltung zu achten.

# 1. PRÜFUNGSGEGENSTAND

Der Landesrechnungshof (LRH) überprüfte stichprobenweise den Stand der **Qualitätssicherung (QS) der Landeskrankenanstalten (LKA) der Stmk. Krankenanstaltenges.m.b.H. (KAGes)**.

Der überprüfte Zeitraum erstreckte sich von 1.1.2006 bis 31.12.2008 und teilweise in das Jahr 2009.

Zuständige politische Referenten im Prüfzeitraum waren bis zur erfolgten Neuwahl im Landtag am 22.9.2009 **Herr Landesrat Mag. Helmut Hirt** und ab 23.9.2009 **Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath**.

## 1.1 PRÜFUNGSKOMPETENZ UND PRÜFUNGSMAßSTAB

Die Prüfungszuständigkeit des LRH ist gemäß § 5 Abs. 1 Z. 2 Landesrechnungshof-Verfassungsgesetz 2009 gegeben.

Als Prüfungsmaßstäbe hat der LRH die ziffernmäßige Richtigkeit, die Übereinstimmung mit den bestehenden Rechtsvorschriften, die Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit heranzuziehen (§ 4 Abs. 1 LRH-VG).

Der LRH hat aus Anlass seiner Prüfungen Vorschläge für eine Beseitigung von Mängeln zu erstatten sowie Hinweise auf die Möglichkeit der Verminderung oder Vermeidung von Ausgaben und der Erhöhung oder Schaffung von Einnahmen zu geben (§ 4 Abs. 3 LRH-VG).

Grundlage der Prüfung waren die Auskünfte und vorgelegten Unterlagen der zuständigen Fachabteilungen des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, der Zentralkommission (ZDK) der KAGes, deren LKA und der Patientenombudsschaft des Landes Steiermark sowie eigene Recherchen und Wahrnehmungen des LRH.

## **1.2 AUSGANGSSITUATION**

Im vorliegenden Bericht soll der Stand der QS der KAGes auf Basis der gesetzlichen Vorgaben und der entsprechenden Richtlinien der ZDion für die LKA dargestellt werden.

Bei der Prüfung nicht berücksichtigt wurde die QS im Datenschutz, in der Gebarung (Interne Kontrollsysteme), in der Fortbildung im ärztlichen bzw. pflegerischen Bereich sowie in der Patienten- bzw. Versorgungssicherheit (z. B. Ethik-, Arzneimittelkommissionen, Arzneimittelgesetz, Kinderschutzgruppen, technische Sicherheitsbeauftragte, Medizinproduktegesetz, Strahlenschutzgesetz etc.).

Die Bettendichte und die Gleichmäßigkeit der Versorgung in den Regionen standen ebenfalls nicht im Blickpunkt dieses Berichtes.

## **1.3 PRÜFUNGSABLAUF**

Vom LRH wurden Fragebögen an die ZDion und an alle LKA ausgesickt.

Aufgrund des Umfangs der mitgelieferten Dokumente wurden die Unterlagen vom LRH stichprobenartig überprüft.

Der gegenständliche Bericht stellt daher einen Überblick über wesentliche Punkte der QS in den Steiermärkischen LKA dar.

Aus den umfangreichen Antworten der LKA und der ZDion wurde vom LRH versucht, ein Gesamtbild über den Stand der QS zu erstellen. Gegebenenfalls wurden entsprechende Empfehlungen ausgesprochen.

Aufgefallen ist, dass einige Stellungnahmen ohne Aussagekraft, teilweise in sich widersprüchlich und ohne Bezug auf die Fragestellung waren.

Ausdrücklich positiv festgehalten wird hingegen, dass bereits während des Prüfzeitraumes Bemühungen um die QS intensiviert, einige als notwendig erkannte Maßnahmen umgesetzt und die Weiterentwicklung der Prozesse verstärkt betrieben wurden.



## 1.4 STELLUNGNAHMEN ZUM PRÜFBERICHT

Von folgenden zuständigen politischen Referenten wurden Stellungnahmen abgegeben:

- Herrn Landesfinanzreferenten Landesrat Dr. Christian Buchmann

*Siehe Stellungnahme des Herrn Landesfinanzreferenten Landesrat Dr. Christian Buchmann ab Seite 56.*

- Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 57.*

Diese sind im [Anhang](#) in kursiver Schrift vollinhaltlich wiedergegeben. Bei den explizit betroffenen Berichtteilen wird in blauer Schrift auf die entsprechende Seite im Anhang verwiesen.

Zu Beginn der Stellungnahme führt das zuständige Regierungsmitglied aus:

*„Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Beurteilung des Landesrechnungshofes und die getroffenen Feststellungen als Ansporn für die KAGes gesehen werden, den bisherigen Weg konsequent weiter zu beschreiten. Es ist auch aus dem Bericht erkennbar, dass sich Qualitätsarbeit in der Medizin zunehmend etabliert und die Sinnhaftigkeit mehr und mehr gesehen wird. Auf diesem Weg sind noch viele Schritte zu gehen, manches kritisch zu hinterfragen, aktuelle Entwicklungen zu beobachten, sowie bereits Anerkanntes rasch umzusetzen und zu leben. Die Wahrnehmung des Themas und die kritische Reflexion im Bericht tragen zur konstruktiven Weiterentwicklung bei und unterstreichen den hohen Stellenwert der Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen.“*

## **2. GRUNDLAGEN**

Bisher ergingen auf europäischer Ebene Empfehlungen des Europarates zur Sicherheit und Qualität im Gesundheitswesen (im Jahr 2003).

Der Rat der Europäischen Gesundheitsminister erteilte 2006 ebenfalls Empfehlungen an die Mitgliedstaaten.

Auch die Europäische Kommission setzte im Jahr 2008 im Bereich der Patientensicherheit einen Schwerpunkt in ihrem Arbeitsprogramm.

### **2.1 BUNDESEBENE**

Art. 12 des Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG) bestimmt, dass die Grundsatzgesetzgebung für Heil- und Pflegeanstalten Bundessache ist. Die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung fällt in die Kompetenz der Länder.

Laut Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) § 5b (1) hat die Landesgesetzgebung die Träger der Krankenanstalt zu verpflichten, in jeder Krankenanstalt Maßnahmen zur QS unter Berücksichtigung überregionaler Belange vorzusehen. Weiters haben die Krankenanstaltenträger ein internes Q-Management (QM) unter Beachtung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufzubauen und zu implementieren. In jeder LKA muss eine QM-Kommission (QMK) eingerichtet werden.

Mit dem Gesundheitsreformgesetz 2005 wurde im Art. 9 das Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz) geschaffen. Zielsetzung ist die Entwicklung eines Qualitätssystems, das auf den Prinzipien Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz basiert. Dabei ist besonders die Qualität bei der Erbringung der Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientensicherheit zu gewährleisten.

Mit dem Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information (Gesundheitsförderungsgesetz) sollen die Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung erreicht werden.

## 2.2 ART. 15A VEREINBARUNGEN ZWISCHEN BUND UND LAND

Der letztgültigen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens aus 2008 (LGBl. 55/2008) gingen entsprechende Vereinbarungen seit 1997 voraus.

Ziele dieser Vereinbarungen sind Maßnahmen zur Effizienzsteigerung und Kostendämpfung, um die Leistungsfähigkeit und Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens auch weiterhin sichern zu können.

Die medizinische Versorgung sollte unter Berücksichtigung des extramuralen sowie intramuralen Bereiches für alle Patienten in angemessener Zeit, mit gesicherter Qualität und mit bestmöglichem Ergebnis erfolgen.

Vor allem die Vereinbarungen seit 2002 bilden die Basis für die Umsetzung von QS-Maßnahmen. Es wird daher im Folgenden auf diese Bezug genommen.

Im Art. 6 der Vereinbarung aus 2002 über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung (LGBl. 54/2002) verpflichteten sich Bund und Land, die Maßnahmen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen zu intensivieren. Dazu ist ein systematisches Qualitätssystem zu implementieren, zu evaluieren und weiterzuentwickeln. Zu berücksichtigende Kriterien sind dabei Patientenorientierung, Transparenz, Effizienz und Kostendämpfung.

Unter anderem werden im Art. 6 folgende Punkte angeführt:

*Abs. 3: In der Laufzeit der Vereinbarung sind insbesondere Projekte aus folgenden Bereichen aus Mitteln gemäß Artikel 20 Abs. 1 zu unterstützen und durch eine ökonomische Evaluierung zu begleiten:*

- 1. Verbesserung der Zuweisungs-, Aufnahme- und Entlassungsqualität,...*
- 6. Erarbeitung von Behandlungspfaden und Mindeststandards,...*
- 8. Ergebnisqualität im intra- und extramuralen Bereich,*
- 9. Schnittstellenmanagement,...*
- 11. Dokumentationsqualität,*
- 12. Strukturqualitätskriterien zur Leistungsangebotsplanung.*

Eine integrative Planung der österreichischen Gesundheitsstruktur mit den verschiedenen Teilbereichen der Gesundheitsversorgung (stationärer, ambulanter, Rehabilitations- sowie Pflegebereich) ist vorzusehen. Regional abgestimmte Planungen sollen an Standards von Struktur-, Prozess- und zur Ergebnisqualität gebunden werden.

Dies spiegelt sich auch in Art. 4 der Vereinbarung aus 2005 (LGBl. 68/2005) durch den Österreichischen Strukturplan Gesundheit wider.

Auch in dieser Rahmenplanung sind alle Ebenen der Gesundheitsversorgung und des Nahtstellenmanagements integriert. Die Leistungsangebotsplanung beinhaltet verbindliche Strukturqualitätskriterien und erfolgt auf Ebene von Versorgungsregionen und Versorgungszonen.

Die Detailplanung – Standort- und Kapazitätsplanung – hat auf regionaler Ebene zu erfolgen (Regionaler Strukturplan Gesundheit - RSG).

Der RSG des Landes Steiermark wurde von der Gesundheitsplattform des Gesundheitsfonds Steiermark im April 2008 beschlossen.

**Eine entsprechende Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung liegt noch nicht vor.**

Im Art. 6 Abs. 7 der Vereinbarung aus 2005 wird festgehalten, dass eine jährliche Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen sicherzustellen ist.

Art. 6 Abs. 8 schreibt vor, dass im Zuge der Qualitätssicherung bzw. -verbesserung Kontrollen durchzuführen sind:

*„Im Rahmen ihrer Verantwortlichkeiten haben die Vertragsparteien iZm der Sicherung und Verbesserung der Qualität kontrollierend tätig zu werden.“*

Zur Verbesserung der Ergebnisqualität sind Indikatoren und Referenzgrößen zu entwickeln und Meldepflichten hierzu einzuführen (Art. 6 Abs. 5).

Um einen raschen, reibungslosen, medizinisch und ökonomisch sinnvollen Betreuungsverlauf für Patienten zu gewährleisten, ist gemäß der drei Vereinbarungen (jeweils Art. 5) das Nahtstellenmanagement weiterzuentwickeln. Insbesondere ist dabei auf den Informationstransfer und das Management der Nahtstellen zwischen verschiedenen Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen zu achten.

Bei der Durchführung von Maßnahmen orientieren sich die Vertragsparteien an Public-Health-Grundsätzen (Art. 11 LGBl. 55/2008). Dazu ist u. a. die *„Stärkung der Interdisziplinarität in der Versorgung“* sowie eine *„Systematische Gesundheitsberichterstattung“* erforderlich.

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 57.*

## **2.3 LANDESEBENE**

Mit der Novelle des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes (KALG) LGBl. 114/2002 § 11d wurden die Ausführungsbestimmungen des KAKuG auf Landesebene beschlossen.

Demnach ist jeder Träger von LKA verpflichtet, für den Betrieb jeder LKA ein QM-System vorzusehen. Es ist so zu gestalten, dass regelmäßig vergleichende Prüfungen mit anderen LKA ermöglicht werden. Die Kollegiale Führung hat die Umsetzung eines umfassenden QM-Systems sicher zu stellen. Jede bettenführende LKA hat eine QMK einzurichten.

### 3. QUALITÄTSMANAGEMENT IN DER KAGES

Seit 1993 gibt es in der KAGES Bemühungen zur systematischen Einführung von Qualitätsmanagement in den LKA.

Nach anfänglich einzelnen QM-Projekten in mehreren LKA wurden mit „Modellhäusern“ und einer „Modellabteilung“ Vereinbarungen zur umfassenden Einführung von QM getroffen und auf dieser Basis der Aufbau interner QM-Systeme unterstützt. Diese Vorgangsweise sollte laut KAGES auch mit weiteren LKA fortgesetzt werden.

Durch die Anpassung an geänderte Rahmenbedingungen erfolgte über die Jahre eine Neukonzeption der Einführung von QM.

Mehrere Organisationsentwicklungs-, Personalentwicklungs- und QM-Einheiten in der ZDion wurden eingerichtet. Nunmehr sind nach Angaben der KAGES vor allem folgende Organisationseinheiten (OE) der ZDion an QM-Maßnahmen beteiligt:

- OE Qualitätsmanagement
- OE Pflege
- OE Medizinische Steuerung
- OE Medizinische Versorgungsplanung
- OE Recht und Risikomanagement
- OE Personalentwicklung-Services
- OE Medizininformatik und Prozesse (Kompetenzzentrum Spitalsorganisation)
- OE Bau, Betrieb und Umwelt
- OE Koordination Palliativbetreuung

Die gesetzten Aktivitäten und sich daraus ergebenden Strukturen stellen sich letztlich wie folgt dar:

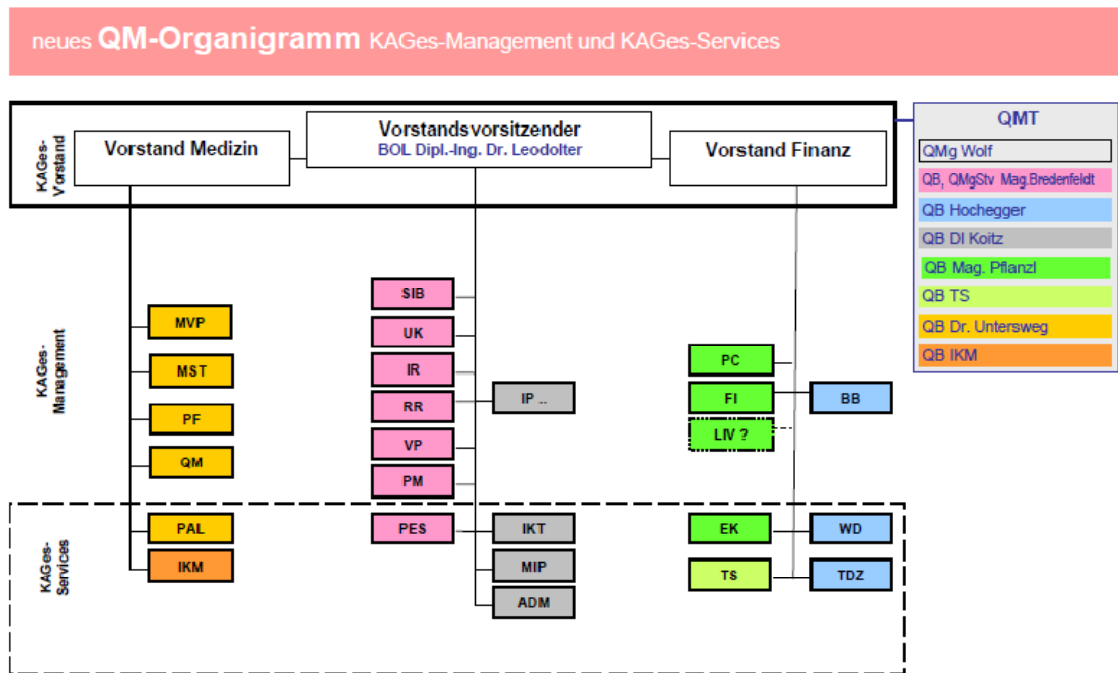
- ZDion
  - Einrichtung des Qualitätssicherungsbeirates als Gremium zur „externen“ Qualitätssicherung
  - Einrichtung eines QM-Systems in der ZDion
  - Qualitätsmanagement-Team
  - Qualitätsmanager der ZDion
  - Das QM-System der ZDion wurde seit 1998 regelmäßig nach ISO 9001 (ISO-Erneuerungsaudit 2007 für weitere drei Jahre gültig) zertifiziert.

- KAGes-weit durchgeführte QM-Aktivitäten
  - KAGes-Leitbild
  - Strategische Hauptaussagen
  - Standardentwicklungen im medizinischen, pflegerischen und technischen Bereich
  - Standardisierte Patienten-, Mitarbeiter- und Zuweiserbefragungen
  
- Qualitätsmanagement-Veranstaltungen
  - QM-Führungskräfteklausuren (seit 1995)
  - QB-Treffen (seit 2003, 2-mal jährlich)
  
- LKA
  - QB in allen LKA installiert (Beschäftigungsausmaß mindestens 50 %)
  - QMK in allen LKA installiert
  - Basisschulung für QB und QMK-Mitglieder wird angeboten
  - Selbstbewertungen nach dem EFQM-Modell
  
  - Zertifizierung des Umweltmanagement-Systems in einigen LKA (nach ISO 14000)
  - Zertifizierungen des QM-Systems in einigen Organisationseinheiten (nach ISO 9001:2000 und 2008)
  - zahlreiche Assessoren ausgebildet
  - diverse QM-Projekte in den LKA abgeschlossen bzw. in der Durchführung
  - Teilnahme an externen, österreichweiten Qualitätsprojekten durch einzelne LKA: z. B.
    - Qualität im Krankenhaus
    - Patientenorientierung
    - MedTogether
    - Qualitätsberichterstattung
    - „Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“
  
  - QM-Jahresberichte der LKA erstellt (erstmalig für 2004)

**Die Maßnahmen der KAGes haben erkennbar zur Etablierung des QM mit entsprechenden Strukturen in den LKA geführt. Auf die Umsetzung im Routinebetrieb ist weiterhin zu achten.**

In der Zeit der Prüfung fand ein Umstrukturierungsprozess des Unternehmens statt. Das Hauptaugenmerk wurde daher auf die Beziehung zwischen ZDion und LKA bzw. auf die LKA als solche gelegt.

Das neue Organigramm der ZDion (jetzt „KAGes-Management und KAGes-Services“<sup>1</sup>) sieht wie folgt aus:



Quelle: Vorstandssitzungsprotokoll der KAGes vom 10.11.2008

In den Berichten der ZDion über qualitätsverbessernde Maßnahmen aus 2006/2007 und 2008 sind die drei wesentlichen Funktionen der ZDion der KAGes angeführt:

### Richtlinienfunktion

Richtlinien werden u. a. erstellt, damit gesetzliche Vorgaben umgesetzt werden. In Erfüllung dieser Kernkompetenz werden von der ZDion auch zum Thema „Qualität“ verschiedene Richtlinien und Serviceunterlagen, wie etwa zur Implementierung eines QM-Systems und eines Risikomanagement-Systems, erarbeitet.

<sup>1</sup> Im Bericht wurde aus Gründen der leichteren Lesbarkeit anstelle der neuen Bezeichnung „KAGes-Managements und KAGes-Services“ die bisherige Bezeichnung „ZDion“ weitergeführt.



### **Controllingfunktion**

Es gibt bereits seit einigen Jahren Tools zur Unternehmenssteuerung. So wird mit dem übergeordneten „Strategischen Unternehmens Controlling“ (SUCO) die Unternehmensentwicklung überwacht und es werden quartalsweise Berichte dem Vorstand vorgelegt. Weiters gibt es seit Jahren das Spartencontrolling für Personal, medizinische Leistungen und das Budget der „Ärztlichen Verantwortung“. Die Teilberichte fließen in den Gesamtcontrollingbericht ein.

Bei Auffälligkeiten oder Abweichungen gegenüber den Planwerten werden umgehend Gegensteuerungsmaßnahmen ergriffen.

**Der LRH empfiehlt, das QM-Monitoring und das QM-Controlling-System KAGes weit kontinuierlich weiter zu entwickeln.**

### **Servicefunktion**

Als Servicefunktion iZm QM wird von der ZDion die Unterstützung der LKA zur Durchführung der QM-Tätigkeiten angegeben.

Laut KAGes erbringen die verschiedenen Organisationseinheiten der ZDion (KAGes-Management und KAGes-Services) zur Erreichung der Unternehmensziele nicht nur qualitätsverbessernde Maßnahmen im eigenen Bereich, sondern unterstützen auch in Wahrnehmung ihrer Richtlinien-, Controlling- und Service-Funktion Projekte/Initiativen/Maßnahmen, die der Qualitätsverbesserung der Produkte und Dienstleistungen der LKA dienen.

Viele dieser Aufgaben und Projekte werden dabei in enger Kooperation mit den Regionalkonferenzen (siehe Kapitel „Qualitätsmanagement in den LKA“) durchgeführt, wobei das Betreuungsspektrum von der Erarbeitung der strategischen Grundlagen bis hin zu reinen Koordinationstätigkeiten reicht.

## **3.1 QUALITÄTSMANAGEMENT-KONZEPT**

Im Jahr 2002 wurde in der KAGes ein Konzept zur Einführung von QM in den LKA der KAGes beschlossen, welches 2005 aktualisiert wurde.

Von der ZDion wurden dazu in einer Richtlinie die externen Rahmenbedingungen, die Qualitätsstrategie der KAGes sowie der aktuelle Stand der QM-Entwicklung und die bereits vorhandenen spezifischen QM-Strukturen zusammengefasst. Die Fernziele (Vision) der Qualitätsentwicklung in der KAGes und ihrer LKA und die mittelfristig angestrebten Ziele werden darin vorgestellt:

Erstes Ziel ist die Erfüllung der bestehenden gesetzlichen Auflagen (KAKuG § 5b und KALG Novelle 2002 § 11d) und die Vorbereitung der Häuser auf zukünftige nationale oder internationale Akkreditierungsanforderungen.

Zweites Ziel ist es, die Autonomie der Krankenhäuser zu stärken und die Weiterentwicklung der Managementkompetenz der Führungskräfte zu unterstützen.

Drittes Ziel ist es, das Unternehmensleitbild der KAGes aus der Perspektive der einzelnen LKA auf Basis eines umfassenden Qualitätsverständnisses (Total Quality Management/Umfassendes Qualitätsmanagement) weiterzuentwickeln und damit zur Steigerung der Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit sowie der Effizienz der Leistungserbringung beizutragen.

Viertes Ziel ist es „kontinuierliche Qualitätsverbesserung“ zu einem selbstverständlichen Bestandteil der täglichen Arbeit aller MitarbeiterInnen und insbesondere der Führungskräfte aller Ebenen zu machen.

Fünftes Ziel ist es, im Sinne einer für alle Mitarbeiter konsistent erlebbaren Qualitätsorientierung, die Kooperation und Koordination der zentralen Einheiten, die mit qualitätsfördernden und -verbessernden Aktivitäten befasst sind, voranzutreiben.

Sechstes Ziel ist ein sparsamer Umgang mit Ressourcen im Zuge der Einführung und Durchführung von QM. Notwendige Startinvestitionen werden mittelfristig durch wertsteigernde Effekte im Zuge der Anwendung systematischen Qualitätsmanagements wettgemacht werden können.

Die für alle verbindlichen Eckpunkte der Qualitätssystementwicklung, die wichtigsten Entwicklungsstufen, die wesentlichen Meilensteine und ein grober Zeitplan beim Aufbau interner QM-Systeme in den LKA der KAGes sind ebenfalls in dieser Richtlinie definiert.

Damit sind die Meilensteine der ersten Phase des QM-Strukturaufbaues im Wesentlichen erfüllt.

Der zweite Schritt des Aufbaues eines Systems zur Qualitätsmessung und der kontinuierlichen Verbesserung wurde hinsichtlich der Durchführung erster Selbstbewertungen in allen LKA in Form eines Projekts erfüllt.

Die erstmals 2005 KAGes-weit erfolgte strukturierte Qualitätsberichterstattung (QM-Jahresbericht aller LKA) wird sukzessive unter Berücksichtigung bundesweiter Vorgaben und Trends weiterentwickelt. Jährlich wird ein „QM-Unternehmensbericht der KAGes“ erstellt.

Zur Überwachung und Steuerung des Qualitätsverbesserungsprozesses wird am Aufbau eines QM-Controlling-Systems gearbeitet.

Ab 2008 erfolgte der Übergang in eine Routinephase mit folgenden Schwerpunkten:

- Durchführung von Selbstbewertungen je LKA, zunächst in 2-3 Jahresabständen
- Erstellung eines jährlichen Qualitätsberichts, gegliedert nach den Kriterien des EFQM-Modells für Excellence
- „Qualitäts-Runde“ im Rahmen der jährlichen Budgetgespräche der Geschäftsführung mit den LKA
- Ausbau des QM-Monitoring- und des QM-Controlling-Systems
- Jährliche Fortschrittskontrolle sowie Erstellung eines QM-Unternehmensberichtes der Abteilung für QM an die Geschäftsführung.

Ergänzend wird festgehalten, dass die Rechtsabteilung vom Vorstand beauftragt wurde, ein Risikomanagementsystem für alle LKA einzuführen. Daher wird derzeit das QM-Konzept um die Anforderungen des systematischen Klinischen Risikomanagements (RM) ergänzt.

Aufgefallen ist, dass laut neuem Organigramm der Bereich QM dem „Vorstand Medizin“ zugeordnet ist, während das RM beim „Vorstandsvorsitzenden“ – und damit dem Bereich „Recht und Risikomanagement“ – zugeordnet ist.

**Die Trennung der Zuständigkeit dieser beiden thematisch eng miteinander verbundenen Bereiche ist zu hinterfragen.**

**Die Bemühungen um die laufende Aktualität des QM-Konzeptes der KAGes werden anerkannt. Die Erarbeitung von Qualitätszielen ist zu forcieren, das QM-Monitoring und das QM-Controlling sollten weiter ausgebaut werden.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 59.*

## **3.2 ZIELVEREINBARUNGEN**

In der KAGes wurden unternehmensweite Visionen, strategische Hauptaussagen sowie ein Leitbild erarbeitet. Daraus abgeleitet wurde zur Etablierung von QM auch eine Qualitätsstrategie für die KAGes entwickelt.

Zielvereinbarungen werden von der ZDion jeweils mit der gesamten Anstaltsleitung (AL) getroffen, die ihrerseits wiederum Zielvereinbarungen mit den Primärärzten abzuschließen hat. Diese betreffen u. a. die Bereiche Patienten, Finanzen, Organisation, Mitarbeiter und Innovationen.

Vor allem im Rahmen der jährlichen Wirtschaftsplanerstellung (Leistungsplanung) werden Zielvereinbarungen zwischen Vorstand und LKA getroffen (z. B. Verweildauer, Wiederaufnahmeraten, die auch als Qualitätsindikatoren betrachtet werden können). Vereinbarungen zwischen ZDion und AL bestehen auch für Projekte zur Durchführung von Selbstbewertungen nach dem EFQM-Modell.

Ergänzt wird, dass 2009 ein Kodex mit Verhaltensempfehlungen für die Mitarbeiter zur Umsetzung des Leitbildes und als praxisnahe Orientierungshilfe für den Umgang mit Patienten, Mitarbeitern, Kollegen und auch Geschäftspartnern in der täglichen Praxis erarbeitet wurde.

**Festgestellt wurde, dass noch weitere Leitbilder für einzelne LKA, Berufs- bzw. Fachbereiche erstellt wurden und werden – jeweils basierend auf dem KAGes-weit gültigen Leitbild.**

**Die Erarbeitung einer Qualitätsstrategie, von Leitbildern, Zielvereinbarungen und die Erstellung eines Verhaltenskodexes werden als positiv erachtet. Es sollten jedoch konkrete und messbare Qualitätsziele vereinbart und sodann überprüft werden.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 60.*

### **3.3 RICHTLINIEN / STANDARDS**

Im Rahmen der Prozessverantwortungen der ZDion werden Richtlinien und Arbeitsunterlagen für die Umsetzung in den LKA vorgegeben (Medizin, Pflege, Medizinisch Technischer Dienst, Hebammen etc.).

Die Grundkonstanten des QM-Systems werden KAGes-weit stichprobenartig auch durch die Interne Revision überprüft. Die kontinuierliche Überprüfung erfolgt aktuell vor allem über die Qualitätsberichterstattung.

Für die Evaluierung von Fachleitlinien, die beispielsweise vom Qualitätssicherungsbeirat (QSB) ausgearbeitet wurden, gibt es keinen systematischen Evaluierungsplan der OE QM, anhand dessen die Erfüllung der Richtlinien überprüft wird.

Einige der Richtlinien werden durch die Interne Revision überprüft, wie z. B. Einhaltung der Patientenaufklärung, für andere erfolgt die Überprüfung anlassbezogen. Derzeit wird beispielsweise die Umsetzung des „Transfusionsmedizinischen Konzeptes Steiermark“ evaluiert.

Für fachliche Themen werden überwiegend Leitlinien ausgearbeitet.

Die OE Pflege hat zu ausgewählten Leistungen Pflegestandards ausgearbeitet, die den Charakter einer Dienstanweisung darstellen. Deren Einhaltung wird regelmäßig vor Ort durch die Pflegedirektoren überprüft. Durch die Einbindung der Mitarbeiter in die Erarbeitung der Standards in Form von Akzeptanzprüfungen wird sichergestellt, dass nur umsetzbare Standards freigegeben werden.

Die Einhaltung der Richtlinien zu Hygienemaßnahmen wird über den Jahresprüfplan der Krankenhaushygiene und über Begehungen durch den Krankenhaushygieniker überprüft.

Teilweise werden in den LKA auch „hauseigene Standards bzw. Prozesse“ erarbeitet. Die Möglichkeit, diese Informationen durch die Ärztliche Leitung direkt anderen LKA auf einer Plattform zur Verfügung zu stellen, gibt es bis jetzt nicht.

**Bereits erarbeitete Standards sollten auf einer elektronischen Plattform auch anderen LKA zur Verfügung gestellt werden.**

Behandlungspfade gibt es nach Angaben der ZDion lediglich in Teilbereichen, so z. B. die Umsetzungsrichtlinien zum „Steirischen Herz“.

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 61.*

### **3.4 QUALITÄTSMANAGEMENT-MODELLE**

Als Grundsatzentscheidung wurde Mitte der 1990er Jahre beschlossen, ein KAGes-Qualitätssystem mit der Ausrichtung „Umfassendes Qualitäts-Management“ (UQM bzw. TQM Total Quality Management) aufzubauen. Entsprechend der gesetzlichen Forderung nach Vergleichbarkeit wurde daher das EFQM-Modell als Referenzmodell für alle LKA der KAGes ausgewählt. Dabei können andere QM-Modelle die Anwendung des Referenzmodells ergänzen.

Demnach wird QM in den LKA der KAGes nach folgenden zwei Modellen ausgerichtet:

#### **Norm der ISO 9001:2000 (2008)**

Die „International Organization for Standardization“ (ISO) definiert die Norm der ISO 9001:2000 (2008) für Anforderungen an ein QM-System.

Hauptkriterien für die Wirksamkeit dieses QM-Systems sind Kundenzufriedenheit und Prozessorientierung. Verbesserungen des QM sind laufend zu erarbeiten und umzusetzen.

Anhand von acht Grundsätzen soll die Führung des Unternehmens die Leistungsfähigkeit der Organisation verbessern.

Diese sind: Kundenorientierung, Verantwortlichkeit der Führung, Einbeziehung der beteiligten Personen, prozessorientierter Ansatz, systemorientierter Managementansatz, kontinuierliche Verbesserung, sachbezogener Entscheidungsfindungsansatz, Lieferantenbeziehungen zum gegenseitigen Nutzen.

Aufgrund der Vorgaben (Mindestanforderungen für die Bewertung eines QM-Systems und für die regelmäßige Dokumentation) werden Organisationen durch akkreditierte Auditoren zertifiziert.

Zeitlich vorgegebene Auditierungszyklen sind einzuhalten.

### **EFQM-Modell**

Die „European Foundation for Quality Management“ (EFQM) ist eine gemeinnützige Organisation, die ein Modell zur Unternehmensbewertung bzw. -ausrichtung in Verbindung mit QM erarbeitet hat.

Das Modell basiert auf periodischen Selbstbewertungen des Unternehmens, um gemeinsam Stärken und Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen und so Verbesserungsprozesse zu initiieren.

Das Grundprinzip liegt auf der Betrachtung von drei Säulen: durch die Einbindung von Menschen (Mitarbeiter) sollen in einem kontinuierlichen Prozess die Ergebnisse verbessert werden. Die Führung eines Unternehmens kann durch strategisches Denken und Handeln, Politik, Mitarbeiterorientierung und dem Management von Partnerschaften und Ressourcen sowie mittels Prozessen die Kunden-/Patienten-Mitarbeiterzufriedenheit und den Einfluss auf die Gesellschaft steuern.

Im Rahmen der Selbstbewertung ist jeweils die gesamte LKA mit allen Abteilungen und Organisationseinheiten zu betrachten. Prozesse werden definiert, überarbeitet bzw. verbessert.

Drei Jahre nach Abschluss der Selbstbewertung (nachdem die Projektaufträge aufgrund der vorherigen EFQM-Selbstbewertung durch die Anstaltsleitungen erteilt wurden) ist eine weitere Selbstbewertung vorzunehmen.

Bei der dritten EFQM-Selbstbewertung sind Simulationen<sup>2</sup> der Bewerbung um einen Qualitätspreis durchzuführen.

---

<sup>2</sup> Simulation der Bewerbung um einen Qualitätspreis: Diese Methode entspricht dem Prozess einer Teilnahme an der Verleihung des Österr. Qualitätspreises, beinhaltet eine Bewertung durch Assessoren und erfordert die Aufbereitung eines Unternehmensberichtes.

Spätestens bei der vierten Selbstbewertung ist eine Fremdbewertung (Bewerbung um eine EFQM-Stufe der Excellence<sup>3</sup>) anzustreben.

Nach Ansicht der ZDion ergänzen beide Modelle einander. Das EFQM-Modell bildet einen umfassenden Rahmen im Sinne eines integrierten Managementsystems und ist daher auch für die Implementierung eines systematischen Risikomanagements geeignet. In jenen Bereichen, in denen ein hoher Standardisierungsgrad erforderlich ist, kann das QM-System zuerst nach der ISO-Norm und erst in einer weiteren Entwicklungsstufe nach dem EFQM-Modell bewertet werden.

Mit dem Staatspreis „Unternehmensqualität“ (Austrian Quality Award) werden Unternehmen für die konsequente Weiterentwicklung exzellenten Managements ausgezeichnet.

Der Europäische Staatspreis für Qualität (European Excellence Award) wird jährlich von der EFQM verliehen.

Mittels Richtlinie wurde die Durchführung von Selbstbewertungen gemäß den EFQM-Modellen in den LKA festgelegt, sodass jedes LKH bis Ende 2007 zumindest eine Selbstbewertung durchzuführen hatte. Sowohl die Methode der Simulation der Bewerbung um einen Qualitätspreis als auch die weniger ressourcenintensive Methode eines Selbstbewertungs-Workshops standen zur Auswahl.

Vom Vorstand wurde 2008 beschlossen, auch in Zukunft regelmäßig Selbstbewertungen nach dem EFQM-Modell durchzuführen.

**Eine Weiterentwicklung bei der Umsetzung des QM in den LKA ist zwar erkennbar. Die Grundkonzepte des EFQM (Ergebnisorientierung; Ausrichtung auf den Kunden; Führung und Zielkonsequenz; Management anhand von Prozessen und Fakten; Mitarbeiterentwicklung und -beteiligung; Kontinuierliches Lernen, Innovation und Verbesserung; Entwicklung von Partnerschaften; soziale Verantwortung) sollten jedoch noch stärker in allen Bereichen der LKA sowie im Arbeitsalltag implementiert werden.**

---

<sup>3</sup> EFQM-Stufen der Excellence: Einheitliches Anerkennungsprogramm der EFQM zur Darstellung der Weiterentwicklung in klar definierten Stufen („Committed to Excellence“ und „Recognised for Excellence“)

### 3.5 QUALITÄTSINDIKATOREN

Gemäß dem „Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen“ ist Qualität im Rahmen von Gesundheitsleistungen zu gewährleisten.

Um das Erreichen von vereinbarten bzw. geplanten Qualitätszielen überprüfen zu können, sind Indikatoren erforderlich.

Zu den in der KAGes eingesetzten Qualitätsindikatoren führt der Leiter der OE Medizinische Versorgungsplanung bzw. Medizinische Steuerung aus:

*„Wir haben in der KAGes seit Beginn der QM-Aktivitäten die internationale Diskussion und Entwicklung zum Thema Ergebnisqualitätsmessung/Q-Indikatoren intensiv und kritisch verfolgt. Dabei hat sich eine Position in der früheren Medizinischen Direktion ausgebildet, die die grundlegende Sinnhaftigkeit anerkennt, aber aufgrund der methodischen Probleme einen restriktiven Umgang mit diesem Ansatz zur damaligen Zeit (und aus meiner Sicht noch heute) für angemessen gehalten hat. Unsere Haltung stützt sich auf die ungenügende Evidenz, dass der Kennzahlen-/Indikatorenansatz mehr Vorteile als Nachteile hat. Unsere Unsicherheit im Umgang mit den Kennzahlen und Indikatoren finden wir in der wissenschaftlichen Literatur bestätigt...“*

*Nicht unmittelbar zur Qualitätsmessung, aber zur Darstellung der Inanspruchnahme von Leistungen dienen Datenaufbereitungen, die aus der LKF-Dokumentation kommen:*

*Vergleiche auf Basis von Kennzahlen werden in der Planung und dem Controlling der Leistungs- und Kostenentwicklung angewendet:*

- *Für die Leistungsentwicklung gab es in den letzten Jahren den sogenannten Medizinischen Leistungsbericht, der halbjährlich veröffentlicht wurde.*
- *Die Datenbasis für diese Berichte und Analysen ist das MBDS<sup>4</sup> der LKF. In der KAGes gibt es die Auswertepattform „MEDControl“, wo eine Vielzahl von Kennzahlen definiert und für Auswertungen voreingestellt sind.*
- *Hinsichtlich der Kosten für Medizinische Ge- und Verbrauchsgüter werden neben Plan-Ist-Vergleichen verschiedene Quoten verwendet (Kosten pro Fall, Kosten pro LKF-Punkt) und die LKH miteinander in monatlichen Berichten verglichen.*

*Im Bereich der Krankenhausplanung wurden von uns (und unseren Beratern u. a. ÖBIG<sup>5</sup>) allgemeine Kennzahlen verwendet, auch im Vergleich mit Österreichermittelwerten und für Korrekturansätze in der Kapazitätsplanung von Betten eingesetzt:*

- *Krankenhaustätigkeit, durchschnittliche Belagsdauer, Tagesklinikinanspruchnahme, Bettenmaßziffer.*

---

<sup>4</sup> MBDS - Minimum Basic Data Set: Der im Rahmen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation erhobene Basisdatensatz pro stationären Aufenthalt liefert die notwendige Datenbasis für die Abgeltung der Krankenhausaufenthalte nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF).

<sup>5</sup> ÖBIG: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen



Demgegenüber führt die OE Qualitätsmanagement wie folgt aus:

*„Zum Vorgehen bzgl. weiterer Qualitätsindikatoren, Ergebnisqualität:*

*Für die verschiedenen Fachbereiche sollen zu relevanten Themen/Leistungen etc., beginnend mit einigen wenigen, Qualitätsindikatoren erarbeitet bzw., wo für unsere Zwecke und in unserem Kontext möglich und sinnvoll, eine Übernahme bereits andernorts (z. B. BRD) erarbeiteter Qualitätsindikatoren abgestimmt werden.*

*Weitere mögliche fachspezifische klinische Qualitätsindikatoren sind noch zu erarbeiten bzw. „fremde“ im KAGes-Kontext zu erproben. Auf Basis des Konzepts sind Entscheidungen über deren interne Einführung noch zu treffen.*

*KAGes-intern ist festzulegen, welche weiteren Indikatoren „intern“ eingeführt werden und welche, ggf. auch verbindlich, für eine „externe“ Darstellung geeignet sind.*

*Ähnlich den Fachbeiräten bei den Qualitätsregistern ist daran gedacht fachspezifische Arbeitsgruppen einzurichten, die mit fachärztlicher Expertise die kompetente Aufarbeitung und Bewertung der Ergebnisse unterstützen und aktiv in die Weiterentwicklung einbezogen sind.*

*Grundsätzlich ist für die Aufarbeitung und Bewertung der Ergebnisse beginnend mit dem ärztl. Abteilungsleiter/Klinikleiter eine mehrstufige Verantwortung gegeben und ein abgestuftes Vorgehen sinnvoll.*

*Die Verantwortung für Aufarbeitung und Reaktion auf Ergebnisse also auch des Festlegens von Maßnahmen liegt primär, im Sinne einer „internen“ Qualitätssicherung bzw. eines „internen QM“, beim ärztlich verantwortlichen Leiter der Abteilung bzw. Klinik.*

*Weitere „Eskalationsstufen“, wie Befassung eines Fachbeirats etc. sind zu definieren und Interventionskriterien noch zu festzulegen.“*

**Der LRH empfiehlt, Qualitätsindikatoren entsprechend den rechtlichen Vorgaben weiter zu entwickeln.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 61.*

### **3.6 QUALITÄTSSICHERUNGSBEIRAT / QUALITÄTSSICHERUNGSREGISTER**

Zur ärztlich-pflegerischen Qualitätssicherung wurde der Qualitätssicherungsbeirat (QSB) als beratendes Gremium der Geschäftsführung der KAGes geschaffen.

Der QSB beschäftigt sich u. a. mit der Entwicklung von Standards, Fachleitlinien und Empfehlungen als Maßnahmen der Qualitätssicherung. Mitglieder sind Ärzte, Vertreter der Pflege sowie Mitarbeiter der ZDion.

Zur QS wurde vom BM für Gesundheit, Familie und Jugend die Einrichtung von Qualitätssicherungs-Registern für verschiedene Bereiche (z. B. Hüftendoprothetik, Herzchirurgie, Kinderkardiologie, Chirurgie) verordnet. Geführt werden sollen diese Register über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG).

Für Qualitätsfragen bestimmter Berufsgruppen (z. B. Hebammen, Psychologen) und für die Qualitäts(sicherungs)Register (z. B. Geburtshilfe und Hüftendoprothetik) wurden Fachbeiräte eingerichtet.

Unabhängig davon hatte die KAGes bereits vor diesem Zeitpunkt mit dem Aufbau eines Hüftendoprothetik-Registers begonnen. Die Daten wurden mit der GÖG abgestimmt und ergänzt.

Vom QSB wird jährlich ein Bericht über durchgeführte Aktivitäten (QSB-Empfehlungen an den Vorstand) und die diesbezüglichen Vorstandsbeschlüsse erstellt.

Vor allem im Jahresbericht 2007 wird auf die verbesserungswürdige Umsetzung der Empfehlungen hingewiesen.

**Die Notwendigkeit der Umsetzung der vom QSB entwickelten Standards und Fachleitlinien sollte den Anstaltsleitungen deutlicher kommuniziert werden.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 61.*

### **3.7           ERFAHRUNGSAUSTAUSCH MIT DER                   PATIENTENVERTRETUNG**

Im KALG § 6a wird der Träger einer LKA zur Beachtung der Patientenrechte verpflichtet. Die Regelungen für die Einrichtung einer unabhängigen Patientenvertretung werden durch das Landesgesetz vom 13.5.2003 über die Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung vorgegeben. Jährlich muss ein Tätigkeitsbericht dem Landtag zur Kenntnis gebracht werden.

Eine umfassende Weitergabe von Informationen und Unterstützung der Patientenvertretung durch den Rechtsträger erfolgt regelmäßig.

**Zu erwähnen ist, dass im Tätigkeitsbericht der Patienten- und Pflege-Ombudsschaft 2008 auf den nunmehr stattfindenden positiven Erfahrungs- und Meinungsaustausch mit der KAGes hingewiesen wird.**

### **3.8 MEETINGS DER QUALITÄTSBEAUFTRAGTEN DER LKA**

Zweimal jährlich werden von der ZDion Meetings der QB der LKA organisiert. Diese dienen zur Information und Diskussion über neue Ideen und Projekte bzw. zum Erfahrungsaustausch über bereits initiierte Aktivitäten. Verschiedene Bereiche der ZDion (wie z. B. Personalentwicklung, Klinisches Risikomanagement usw.) sind ebenfalls vertreten.

**Der LRH begrüßt die Etablierung eines Netzwerkes von QB, das zentral koordiniert wird. Insbesondere für neu ernannte QB ist die Unterstützung durch die ZDion von Bedeutung.**

### **3.9 BERICHT ÜBER QUALITÄTSVERBESSERENDE MAßNAHMEN**

Von der ZDion wurden seit 2005 Berichte über qualitätsverbessernde Maßnahmen erstellt (2005, 2006/07 und 2008). Darin wurden die Entwicklung des QM in der KAGes und die von den LKA initiierten QM-Projekte und Aktivitäten dargestellt.

**Die Berichte sind zwar übersichtlich gestaltet, aber wenig aussagekräftig.**

**Kritisiert wird, dass der Erreichungsgrad der mit den Projekten verfolgten Ziele aufgrund fehlender Indikatoren nicht immer erkennbar ist.**

**Bei der Erstellung von Diagrammen sollten zur Aussagefähigkeit nur Daten mit gleicher Grundlage verwendet werden (z. B. für die Auswertung der Patientenfeedbacks).**

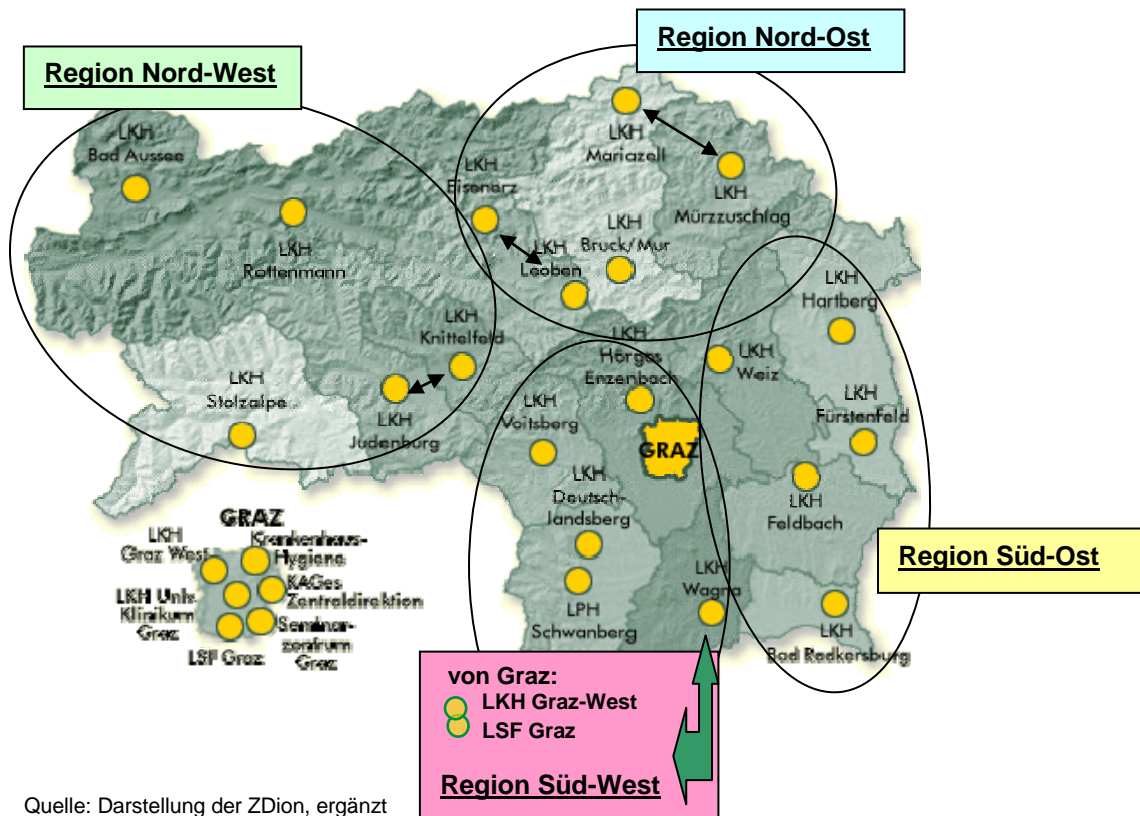
**Der Aufbau eines QM-Informationssystems (Intranet, QM-Nachrichten, etc.) sollte verstärkt betrieben werden, da damit die Transparenz der QM-Aktivitäten und die Verfügbarkeit der Ergebnisse für alle LKA der KAGes gewährleistet werden.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 62.*

## 4. QUALITÄTSMANAGEMENT IN DEN LKA

In der KAGes werden 19 LKA an 22 Standorten geführt.

Diese sind in vier Regionen zusammengefasst, in welchen „Regionalkonferenzen“ zu einer verbesserten, systematisch organisierten LKA-übergreifenden Zusammenarbeit führen sollen:



In Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen und den strategischen Zielen der Qualitätspolitik der KAGes wurden Mindeststandards für das QM-System einer LKA vorgegeben.

Die Implementierung des QM in den LKA wurde nach Ansicht der KAGes insofern erreicht, als

- QMK implementiert wurden und Geschäftsordnungen dafür vorhanden sind,
- QB in allen LKA installiert wurden,
- in allen regionalen LKA zumindest eine Selbstbewertung nach EFQM durchgeführt wurde,
- EFQM-Bewertungen in einigen Organisationseinheiten einer LKA durchgeführt wurden,
- einige Organisationseinheiten gemäß der ISO-Norm zertifiziert wurden,
- QM-Jahresberichte erstellt werden,
- periodische Patientenbefragungen durchgeführt werden.

**Der LRH sieht Verbesserungspotential vor allem bei den Qualitätsmessungen (fehlende Indikatoren).**

In den von den LKA im Rahmen der Regionalkonferenzen durchgeführten Projekten werden Themen zur Qualitätsverbesserung und zur Nutzung gemeinsamer Synergien behandelt (z. B. Projekt Medikamentensicherheit in der oralen Medikamentenverabreichung, Konsiliarpharmazeuten, Überprüfung der Pflegeplanungen/-dokumentation innerhalb der Region u. a.).

Von den LKA wurde eine **Teilnahme an verschiedenen gemeinsamen Aktivitäten** in den Regionen bestätigt. Aus den Antwortkatalogen der AL geht ebenso hervor, dass innerhalb der einzelnen Regionalkonferenzen unterschiedlich viele Projekte durchgeführt wurden.

**Diese Kooperationen werden vom LRH im Sinne der Qualitätsverbesserung hervorgehoben. Um Risiko- und Fehlerpotentiale zu vermeiden, sollten weiterhin gemeinsame Projekte zwischen den LKA innerhalb einer Region durchgeführt werden. Auch die Zusammenarbeit zwischen den LKA verschiedener Regionen ist zu forcieren.**

**Auch die anderen LKA sollten über Qualitätsmaßnahmen informiert werden, die durch Projekte der Regionalkonferenzen entwickelt und bei welchen Verbesserungspotentiale erarbeitet wurden.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 62.*

## 4.1 ANSTALTSORDNUNG

Der innere Betrieb, die Aufgaben bzw. die Organisation einer LKA sind vom Träger in der Anstaltsordnung zu regeln (KALG § 9).

Im Landesrechnungshofbericht vom 15.11.2005 zur „Prüfung der Gebarung, der Organisation und der Auslastung des Landeskrankenhauses Voitsberg“ wurde bereits auf die erforderliche Aktualisierung der Anstaltsordnungen hingewiesen.

Eine Musteranstaltsordnung und eine Musterhausordnung wurden nach Vorlage durch die ZDion vom Amt der Stmk. Landesregierung mit Bescheid GZ: FA8A-8620-1/2009-30 am 7.4.2009 beschlossen.

**Der LRH stellt fest, dass bisher Vorgaben zum QM nur teilweise in die Anstaltsordnungen der LKA aufgenommen wurden.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 63.*

## 4.2 SELBSTBEWERTUNGEN / ZERTIFIZIERUNGEN

In der KAGes werden verschiedene Methoden der Selbstbewertung nach EFQM angewendet:

### **Selbstbewertungs-Workshop**

Die Selbstbewertung mittels Workshop erfordert im Gegensatz zur Simulation der Bewerbung um einen Qualitätspreis keine Aufbereitung eines Unternehmensberichtes und beinhaltet in der Regel keine Fremdbewertung (Dauer: längstens vier Monate).

### **Simulation der Bewerbung um einen Qualitätspreis**

Diese Methode entspricht dem Prozess einer Teilnahme an der Verleihung des Österreichischen Qualitätspreises oder des Europäischen Qualitätspreises, beinhaltet eine Bewertung durch Assessoren und erfordert die Aufbereitung eines Unternehmensberichtes (Dauer: längstens ein Jahr).

Der erste Durchlauf von EFQM-Selbstbewertungen ist im Jahr 2008 von fast allen LKA abgeschlossen worden. Davon haben einige LKA die aufwendigere Bewertungsmethode mittels Simulation eingesetzt.

In einer LKA war nach eigenen Angaben der geplante Zielerreichungstermin (März 2008) aufgrund der Größe des Hauses und fehlender Personalressourcen nicht einzuhalten.

**Positiv ist anzumerken, dass in einigen LKA schon mehrmals Bewertungen vorgenommen worden sind.**

**Im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung sollte künftig für jede LKA auf einen Drei-Jahreszyklus bei den Selbstbewertungen geachtet werden.**

**Hervorzuheben sind jene LKA, die frühzeitig aus eigener Initiative bereit waren, QM-Arbeit zu leisten und die dafür erforderlichen Ressourcen einzusetzen.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 63.*

### **4.3 QUALITÄTS- / ANERKENNUNGSPREISE**

In den LKA wurden für QM-Projekte bzw. QS-Maßnahmen viele Qualitäts- und Anerkennungspreise verliehen, aber auch Zertifizierungen vorgenommen (z. B. im Umweltmanagement).

Diese sind teilweise in den QM-Jahresberichten der LKA und in den Berichten über qualitätsverbessernde Maßnahmen der KAGes ersichtlich oder werden über die Medien der Öffentlichkeit bekanntgemacht.

**Die Bemühungen um Qualitätszertifikate werden vom LRH als Beitrag zur Verbesserung der Qualität gewertet.**

**Die QS-Erfolge sollten auf der Homepage des jeweiligen Krankenhauses Patienten und Zuweisern ersichtlich gemacht werden.**

**Die stationären und ambulanten Bereiche der LKA sind für die Präsentation der Ergebnisse von QS-Maßnahmen stärker zu nützen.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 63.*

#### **4.4 QUALITÄTSMANAGEMENT- KOMMISSION**

Nach § 11d (5) KALG hat die QM-Kommission QS-Maßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen, die Umsetzung zu fördern und als Beratungsinstrumentarium für die Kollegiale Führung zur Verfügung zu stehen.

Im Rahmen der QMK-Sitzungen werden Vorschläge für QS-Maßnahmen erarbeitet und der AL zur Beschlussfassung vorgelegt.

QMK sind in allen überprüften LKA installiert, jedoch waren sie in einer LKA zum Zeitpunkt der Überprüfung nicht als Gesamtheit tätig. Dort setzten lediglich Steuerungsgruppen QM-Aktivitäten.

Die Anzahl der Mitglieder der QMK variiert in den einzelnen LKA.

Stellvertretungen der QMK-Vorsitzenden sind nur teilweise aus den QM-Jahresberichten<sup>6</sup> und vereinzelt aus den Geschäftsordnungen der QMK ersichtlich.

Für andere QMK-Mitglieder sind Stellvertretungen zum Teil aus den QM-Jahresberichten erkennbar.

**In den QM-Jahresberichten sollten jeweils die Mitglieder und deren Stellvertreter angeführt werden.**

**In einigen LKA ist die gesamte AL oder sind Teile der AL Mitglieder in der QMK.**

**In zwei LKA übernimmt die erweiterte Anstaltsleitung die Rolle der QMK.**

**Die Bedeutung der QS wird damit hervorgehoben und erleichtert die Umsetzung im Routinebetrieb.**

**Grundsätzlich sollten von den AL ausschließlich Entscheidungsträger mit entsprechender „Umsetzungskompetenz“ in die QMK entsandt werden.**

**Hervorzuheben ist, dass in jeder LKA die QM-Kommissionen auf Basis einer Geschäftsordnung und eines Arbeitsprogrammes QS-Aktivitäten setzen.**

---

<sup>6</sup> In der Vorlage des QM-Jahresberichtes sind in der „aktuellen Mitgliederliste der QMK inkl. Berufszugehörigkeit“ im Speziellen der QMK-Vorsitzende und der Stellvertreter des QMK-Vorsitzenden anzuführen.



#### 4.4.1 Geschäftsordnung

Um einen strukturierten Ablauf bei der Planung von QS-Maßnahmen zu gewährleisten, wurde von der ZDion eine Mustergeschäftsordnung für QMK mit den Inhalten „Definition, Zusammensetzung, Aufgaben, Einberufung, Beschlussfähigkeit etc.“ konzipiert.

Geschäftsordnungen (GO) sind von fast allen LKA übermittelt worden, nicht alle waren jedoch von der AL bzw. der QMK unterschrieben.

Die GO einer LKA war nicht entsprechend der Mustergeschäftsordnung der KAGes aktualisiert.

Laut § 2 der Mustergeschäftsordnung hat jedes Mitglied im Verhinderungsfall seinen Vertreter zu entsenden. Die namentliche Aufzählung der Mitglieder und deren Stellvertreter sind in der Mustergeschäftsordnung nicht vorgesehen, entsprechend finden sich Namen der Mitglieder nur in wenigen GO.

**Der LRH empfiehlt die Aktualisierung der Geschäftsordnungen. Die Namen aller Mitglieder und Stellvertreter sind in die GO aufzunehmen.**

**Jedem Mitglied sollte bei Aufnahme in die QMK auch die Geschäftsordnung übergeben werden. Gleichzeitig ist auf die mit der Funktion verbundenen Aufgaben hinzuweisen.**

Laut Mustergeschäftsordnung ist für alle Projekte ein Mitglied der QMK zum Paten zu ernennen. Dieser ist über den Projekthergang informiert und trägt das Projekt gemeinsam mit den Projektmitgliedern. Nach den Umsetzungsvorgaben der AL begleitet dieser auch die Evaluierung.

**Durch QMK-Paten wird die Implementierung von QM bzw. QM-Projekten erleichtert bzw. die Bedeutung von QM-Maßnahmen im täglichen Ablauf unterstrichen.**

#### **4.4.2 Qualitätsmanagement-Kommissionssitzungen**

In den QMK-Sitzungen werden Vorschläge für QS-Maßnahmen erarbeitet und an die AL zur Beschlussfassung weitergeleitet.

In den meisten LKA haben die laut GO festgelegten, jährlichen QMK-Sitzungen stattgefunden. In einigen LKA tagt das QMK-Gremium öfter.

Nicht von allen LKA wurden Sitzungsprotokolle über umgesetzte QM-Aktivitäten übermittelt.

**Um die Weiterentwicklung von QS-Maßnahmen zu gewährleisten, sollten QMK-Sitzungen gemäß der QMK-GO stattfinden.**

#### **4.5 QUALITÄTSBEAUFTRAGTE / QUALITÄTSMANAGER**

Nach den Vorgaben der KAGes ist ein QB zu nominieren und es sind entsprechende zeitliche Ressourcen einzuräumen. Der QB ist für den Aufbau, die Betreuung und Weiterentwicklung des QM-Systems der LKA verantwortlich.

Laut Richtlinie der ZDion steht für die Funktion des QB je nach Größe der LKA ein Dienstposten im Ausmaß von 50-100 % zur Verfügung.

Manche LKA gaben an, dass für die Agenden des QB mehr zeitliche Ressourcen notwendig waren und dass das Beschäftigungsausmaß im Rahmen der Eigenständigkeit des Hauses erhöht wurde.

Pro LKA ist für jeden QB eine Funktionsbeschreibung zu erstellen. Dazu gibt es eine Serviceunterlage der ZDion.

**Festgestellt wurde, dass in jeder LKA zumindest ein QB bestellt ist. Vertretungen waren nur teilweise nominiert.**

**Um die Kontinuität zu wahren wird empfohlen, für die QB auch Vertreter zu bestellen.**

**In den LKA sollten die Funktionen des QMK-Vorsitzenden und des QB unterschiedlichen Personen übertragen werden.**

**Es wird angeregt, für eine dieser beiden Funktionen einen Vertreter des ärztlichen Bereiches zu ernennen.**

**Gültige Funktionsbeschreibungen wurden nicht von allen LKA übermittelt. Diese sind zu erstellen bzw. zu aktualisieren.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 63.*

## **4.6 ORGANIGRAMM / ORGANISATIONSHANDBUCH**

Nach Angaben der meisten LKA wird QM als Stabsstelle der AL geführt. Aus einigen übermittelten Organigrammen ist jedoch eine genaue Zuordnung nicht erkennbar.

**Zuordnungen der Kompetenzen sollten im Organigramm klar erkennbar sein.**

Ein Organisationshandbuch hat Ablauf und Aufbau der Organisation, Zuständigkeiten, das Leitbild etc. zu enthalten.

**Nicht in allen LKA waren (aktualisierte) Organisationshandbücher vorhanden.**

**Im Zuge des Prozessmanagements erarbeitete Prozesse sind in ein „wachsendes“ OHB aufzunehmen.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 63.*

## **4.7 KOSTENSTELLE FÜR QUALITÄTSMANAGEMENT**

Von der ZDion gibt es keine Vorgabe, eine Kostenstelle für QM einzurichten. Gemäß Richtlinie ist jedoch im Wirtschaftsplan der LKA ein Betrag mit einem Richtwert von €7.200,-- für QM-Aktivitäten mittelgroßer Häuser zu budgetieren.

In einigen LKA gibt es eine eigene Kostenstelle für QM, auf welcher Kosten für den QB und für neue Projekte (Folder, Zertifizierungen etc.) erfasst werden.

Die Kosten für bereits integrierte Maßnahmen werden in den verursachenden Kostenstellen der LKA verbucht.

Aus den QM-Jahresberichten sind die Kosten für QM-Aufwendungen nur teilweise ersichtlich.

**Der LRH empfiehlt aus Transparenzgründen eine eigene Kostenstelle pro LKA einzurichten und damit auch die Bedeutung des QM zu dokumentieren.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 64.*

## **4.8 QUALITÄTSMANAGEMENT-AUSBILDUNGEN**

Gemäß Funktionsbeschreibung für QB sind als Mindestqualifikation vorgesehen:

- Basiskenntnisse (oder eine Grundausbildung) in Moderation und
- Basiskenntnisse (oder eine Grundausbildung) in QM

Als Folgequalifikationen sind Aufschulungen für die Moderationsausbildung (innerhalb eines Jahres), eine Q-Management-Ausbildung sowie eine Q-Managerausbildung vorgesehen.

Zusätzlich werden nunmehr von der KAGes der „Lernweg Qualitätsmanagement – I“ und der „Lernweg Qualitätsmanagement – II“ angeboten.

Der erste Schritt richtet sich an Interessierte, die sich ein Grundwissen in QM aneignen wollen.

Im zweiten Schritt befähigen die erworbenen Kenntnisse, die QM-Methoden und -Techniken gezielt einzusetzen, mittels des Tools ADONIS® Prozessmodellierungen durchzuführen sowie nach der Absolvierung des entsprechenden Seminars als Auditor, Assessor und/oder Riskmanager tätig zu sein. Die Absolventen verfügen über Grundkenntnisse des Projektmanagements.

Mit der erfolgreichen Absolvierung dieses Lernweges werden die Voraussetzungen erfüllt, um die Funktion des QMK-Vorsitzenden sowie eines QB auszuüben.

**Das Formular „Funktionsbeschreibung für QB“ ist bezüglich dieser zusätzlich angebotenen bzw. empfohlenen Ausbildungen zu aktualisieren.**

**Es wird empfohlen, zur Übersicht über geplante und absolvierte QM-Ausbildungen einen Personalentwicklungsspiegel pro LKA zu erstellen.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 64.*

## 4.9 QUALITÄTSMANAGEMENT- JAHRESBERICHTE

Als Schwerpunkt des QM-Systemaufbaues wird von der ZDion u. a. die Qualitätsberichterstattung (QM-Jahresbericht) angegeben.

Demgemäß sind von den AL jährlich Qualitätsberichte (Tätigkeitsbericht der QMK) vorzulegen. Diese werden zum Konzernbericht der KAGes konsolidiert.

Laut Mustergeschäftsordnung wird als eine der Aufgaben der QMK „*die Erarbeitung und Vorlage des jährlichen Arbeitsberichtes an die Anstaltsleitung*“ angeführt.

Kernaufgabe des QB einer LKA ist die Verantwortung für die Koordination und die Endredaktion des jährlichen Arbeitsberichtes der QMK (in Abstimmung mit der AL).

Nach Ansicht der ZDion liegen die Inhalte des QM-Jahresberichtes im Ermessen der jeweiligen AL.

**QM-Jahresberichte werden von allen LKA erstellt.**

**Die Erarbeitung eines jährlichen, nach EFQM-Kriterien strukturierten Qualitätsberichtes durch jede LKA wird im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung als positiv erachtet.**

**Laut QM-Jahresbericht 2008 erfolgten von einigen nachgeordneten Organisationseinheiten einer LKA keine Rückmeldungen an die Leitung des QM. Der Umfang der vorgelegten Berichte der LKA variiert stark.**

Es werden nicht alle Punkte ausgefüllt (z. B. Patientenfeedbacksystem, Erfahrungsberichte der QMK, Zuordnung zu EFQM-Kriterien). Begründet wird dies u. a. mit der aufwendigen Handhabung und den fehlenden Personalressourcen.

Festgestellt wurde, dass in allen QM-Jahresberichten zwar der QMK-Vorsitzende, nicht immer aber dessen Stellvertreter angeführt wurde.

In einigen QM-Jahresberichten werden hingegen auch noch andere stellvertretende QMK-Mitglieder genannt.

**Der QM-Jahresbericht sollte alle Mitglieder mit deren Stellvertretern beinhalten.**

**Der Punkt „Erfahrungsbericht der QMK“ im jeweiligen QM-Jahresbericht ist von Bedeutung, da er Aufschluss über die Wertigkeit des QM in den einzelnen LKA geben kann.**

Aufgrund der bereits genannten Vereinbarungen gem. Art. 15a B-VG verpflichten sich Bund und Länder, QS-Maßnahmen durchzuführen.

**Es besteht damit sowohl für Landes- als auch für Bundesbedienstete die Verpflichtung, an den jährlichen Qualitätsberichten mitzuwirken.**

In allen LKA der KAGes werden QM-Projekte, Q-Zirkel und Aktivitäten durchgeführt.

Bei den stichprobenartig überprüften Aktivitäten wurden nicht in allen Fällen Projektvereinbarung (Beschreibungsblatt) bzw. die von der ZDion zur Verfügung gestellten Formulare oder Arbeitsunterlagen (z. B. Projektvorschlag, Überwachungsscheckliste, Q-Zirkelhandbuch) vorgelegt.

Um QM-Aktivitäten überhaupt durchführen zu können, wird laut KAGes auf Grund knapper personeller und zeitlicher Ressourcen nicht immer die Schriftform eingehalten.

**Grundsätzlich ist zur besseren Nachvollziehbarkeit auf die Schriftlichkeit (Vereinbarungen, Maßnahmen, Abläufe, Evaluierungen etc.) zu achten.**

Aus den Projektdokumentationen bzw. angeführten Aktivitäten der QM-Jahresberichte der LKA ist der Grad der Zielerreichung nicht immer erkennbar.

**Bei der Planung von Projekten / Aktivitäten ist auf messbare Ziele zu achten. Die Umsetzung bzw. Zielerreichung sollte von AL, QMK und QB beobachtet werden.**

**Bereits bei der Planung von QM-Aktivitäten hat die ZDion im Hinblick auf das Ausmaß der geplanten Ergebnisse beratend zu unterstützen.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 64.*

## 4.10 PERIODISCHE PATIENTENBEFRAGUNGEN

Patientenbefragungen sind alle drei Jahre durchzuführen. Dazu wurde von der ZDion mit wissenschaftlicher Unterstützung ein Fragebogen entwickelt. Die von den Patienten retournierten Fragebögen werden von der ZDion ausgewertet und die Ergebnisse den LKA zur Verfügung gestellt.

**Diese Auswertungen sind umfangreich und aussagekräftig.**

**Die Ergebnisse der Patientenbefragungen und die daraus resultierende Maßnahmen zur Verbesserung sind den Patienten und den Bediensteten möglichst umgehend zur Kenntnis zu bringen.**

## 4.11 PATIENTEN-FEEDBACKSYSTEM

Gemäß Stmk. Krankenanstaltengesetz haben Patienten das „*Recht auf Einbringung von Anregungen und Beschwerden*“.

Um diesem Recht zu entsprechen und ein KAGes-weit einheitliches Qualitätsniveau für die Bearbeitung von Rückmeldungen (Lob, Anregungen, Beschwerden) zu gewährleisten, wurden von der ZDion Rahmenbedingungen definiert. Das KAGes-weite Patienten-Feedbacksystem zur sofortigen Rückmeldung war bis spätestens 31.12.2004 in den LKA zu implementieren. Die Art und Weise der Umsetzung oblag jedoch den einzelnen LKA.

Während der Durchführung der periodischen Patientenbefragungen wird das Patienten-Feedbacksystem teilweise ausgesetzt.

**Das KAGes-weite Patienten-Feedbacksystem wurde in allen überprüften LKA eingeführt.**

**Die Ergebnisse der Befragungen wurden nicht von allen LKA in den QM-Jahresberichten dargestellt.**

**Aufgefallen ist die unterschiedliche Anzahl der Rückmeldungen im Rahmen des Patienten-Feedbacksystems.**

Aufgrund der unterschiedlichen Zählweisen in den LKA und der sich daraus ergebenden Unterschiede ist ein Vergleich zwischen den LKA nicht möglich.

**Von der ZDion sind einheitliche Kriterien für die Zählweise vorzugeben.**

**Mit dem Patienten-Feedbacksystem kann auf Mängel umgehend reagiert werden. Die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen ist von den AL sicherzustellen.**

**Der Patient sollte rechtzeitig vor der Entlassung an die Möglichkeit der Rückmeldung erinnert werden. Hilfestellung durch das Stationspersonal sollte angeboten werden.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 64.*

## **4.12 MITARBEITEREINFÜHRUNG / MITARBEITERBEFRAGUNGEN**

Das EFQM-System setzt im kontinuierlichen Verbesserungsprozess auf die Beteiligung aller Mitarbeiter.

Von der ZDion ist eine verpflichtende Mitarbeitereinführung vorgesehen, um über persönliche Gespräche und Informationen den Einstieg in das Unternehmen zu erleichtern. Dabei werden Rechte und Pflichten sowie das QM nahe gebracht.

Derzeit gibt es keine Vorgaben der ZDion für die verpflichtende Durchführung von Mitarbeiterbefragungen. Es gibt jedoch von der ZDion erstellte schriftliche Standards.

Die AL der LKA können selbst über die Häufigkeit dieser Befragungen entscheiden.

**Anonyme Befragungen sollten regelmäßig stattfinden. Die Mitarbeiter sind von den Ergebnissen der Befragung und den entsprechenden Maßnahmen möglichst rasch zu informieren.**

In der KAGes werden auch periodische Mitarbeitergespräche durchgeführt. Entsprechende Mindeststandards werden in einer Richtlinie der ZDion vorgegeben.



#### 4.13 ZUWEISERBEFRAGUNGEN

Zuweiserbefragungen sind nicht verpflichtend und wurden daher nicht bei allen LKA durchgeführt.

Einige LKA veranstalten jedoch jährliche Treffen mit den Zuweisern.

**Um die Synergien zwischen intramuralem und extramuralem Bereich auszuschöpfen, sollte auf dieses Instrument nicht verzichtet werden.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 65.*

#### 4.14 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Gesundheitsförderung soll Gesundheitsrisiken reduzieren und Gesundheitsressourcen stärken. Zielgruppen sind Mitarbeiter, Patienten und die regionale Bevölkerung.

Das Konzept „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ beruht auf dem Gesundheitsförderungsverständnis der Weltgesundheitsorganisation.

Von der KAGes wurde 2009 zum Jahr der betrieblichen Gesundheitsförderung ausgerufen. Dementsprechend wurden in den LKA Projekte mit den Mitarbeitern durchgeführt.

Einige LKA sind auf Grund ihrer Bemühungen bereits Mitglied im „Österreichischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“. Mit 1.1.2010 ist auch die KAGes als Trägerorganisation in ihrer Gesamtheit Mitglied geworden.

**Positiv angemerkt wird, dass zukünftig geplant ist, in den LKA als „Gesundheitszentren“ nicht nur auf die Gesundheit der Mitarbeiter zu achten, sondern auch vermehrt Beratung und Gesundheitsförderung für die Patienten und die Bevölkerung anzubieten.**

## 4.15 NAHTSTELLENMANAGEMENT

Für einen „nahtlosen“ Übergang vom Spitalsbereich zu niedergelassenen Ärzten, Pflegeorganisationen sowie anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens wurde auf Empfehlung des QSB die Richtlinie „Qualitätssicherungsbeirat/Koordinierte Entlassung – Dokumente und Empfehlungen zur Unterstützung des Entlassungsprozesses“ erstellt.

Von der ZDion wurde bis jetzt nicht überprüft, inwieweit diese Richtlinie und damit der Einsatz der vorgegebenen Standards gewährleistet sind.

**Die Verwendung der vorgeschlagenen Formulare (Entlassungscheckliste, Pflegeverlegungsbericht, Wundbehandlungsprotokoll, Entlassungsstandard) ist zu evaluieren.**

Versorgungskordinatoren der Sozialversicherungsträger kommen in die jeweilige LKA, um Patienten und deren Angehörigen Informationen anlässlich der bevorstehenden Entlassung zu übermitteln, Hilfsmittel/Heilbehelfe zu besorgen, den Hausarzt zu benachrichtigen und Maßnahmen für eine Betreuung nach der Entlassung sicherzustellen.

In einigen LKA werden u. a. folgende Aktivitäten im Rahmen des Nahtstellenmanagements gesetzt:

- Integration des Sozialarbeiters der Bezirksverwaltungsbehörde (festgelegte Dienstzeiten vor Ort in der LKA)
- Aufbau einer bezirksweiten Arbeitsgruppe „Pflege intra- und extramuraler Bereich“
- Aufbau einer extramuralen Fortbildung im Bezirk durch die Ärzte der Abteilung für Innere Medizin
- Projekt „Zentrum für chronische Wunden“ – Modellierung eines durchgängigen Entlassungsprozesses
- Mobiles Palliativteam als Teil der palliativmedizinischen Einrichtung
- Jährliche Gespräche zwischen den Führungsebenen der LKA und der Pflegeheime
- Zusammenarbeit mit der ARGE Gesundheit, jährliche Treffen mit den Zuweisern und Dienstleistern
- Kooperation mit Hauskrankenpflegeeinheiten, stationären Pflegeeinrichtungen, niedergelassenen Ärzten, Bezirksärzten
- Zuweiserbefragungen
- Sozialdienst seit Herbst 2007

**Es wird empfohlen, die Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Nahtstellenmanagements noch stärker zu forcieren, damit die durchgehende Versorgung der Patienten sichergestellt und unnötige Wiederaufnahmen vermieden werden.**

In einer LKA wird seit 2007 „Pflegermediation“ als Reformpoolprojekt der Gesundheitsplattform umgesetzt.

Durch die Bildungsinitiative der KAGes in Form eines Lehrganges „Pflegermediation“ mit 410 Ausbildungseinheiten bzw. 40 Tagen soll Pflegermediation mittel- und langfristig auf alle LKA der KAGes ausgeweitet werden.

**Der LRH erachtet die Bemühungen zum Entlassungsmanagement als positiv. Das Ausmaß des Lehrganges „Pflegermediation“ sollte evaluiert werden.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 65.*

## **4.16 PATIENTENORIENTIERUNG**

Transparenz und Information sind Voraussetzungen, um die Qualität im Interesse der Patienten zu gewährleisten.

So wird im Spitalskompass des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheitswesen die Anzahl der Aufnahmen bei bestimmten Leistungen und Diagnosen angeführt.

**Zur Patientenorientierung sind durchgeführte Leistungen und QM-Maßnahmen der einzelnen LKA auch auf der Homepage der KAGes und der LKA darzustellen.**

**Nach einer Zertifizierung könnten Briefkopf, Homepage und etwaige Folder der jeweiligen Abteilung, Klinik, der LKA mit dem Zertifikat versehen werden (Corporate Identity).**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 65.*

## 4.17 SCHADENSMANAGEMENT

Mittels Richtlinie wurde die Erfassung von Schäden an Personen oder Sachen vorgegeben.

Der aufgetretene Schaden ist so genau wie möglich zu dokumentieren. Die Rechtsabteilung der ZDion ist über Personenschäden bzw. über zu erwartende Schäden in einem bestimmten Ausmaß zu informieren. Die Rechtsabteilung hat zu prüfen, ob aufgrund des Schadensfalles Maßnahmen zu treffen sind, und hat diese gegebenenfalls zu veranlassen.

Schadensfallregister sind sowohl in den LKA als auch in der Rechtsabteilung der ZDion zu führen.

Nach Abschluss eines Schadensfalles ist eine Evaluierung zur künftigen Vermeidung vorzunehmen. Risikopräventive Maßnahmen sind einzuleiten.

Die Rechtsabteilung der ZDion führt ein EDV-unterstütztes Schadensfallregister. Mit der eingesetzten Software ist es möglich, jene Schadensfälle auszuwerten, bei welchen QS-Maßnahmen zu setzen sind.

Die AL werden in die Bearbeitung anhängiger Schadensfälle eingebunden.

Am Jahresende wird den AL eine Auswertung der Schadensfälle zur Verfügung gestellt. Daraus abgeleitete QS-Maßnahmen werden laut ZDion an die AL aller LKA und auch an die Führungskräfte der betroffenen Fachbereiche weitergeleitet.

Eine eigenständige Einsichtnahme in dieses Schadensfallregister durch die AL selbst ist nicht möglich, da es sich nach Ansicht der Rechtsabteilung der ZDion um sensible Daten handle.

Verhaltensregeln für kritische Ereignisse im medizinisch-pflegerischen Bereich wurden im Handbuch „Krisen bewältigen“ von der ZDion vorgegeben.

Dieses liegt nach Auskunft der AL vor allem in stationären Bereichen auf.

**Es wird empfohlen, das Handbuch „Krisen bewältigen“ auch im ambulanten Bereich aufzulegen.**

**Der Inhalt des Handbuches ist den Mitarbeitern in Erinnerung zu rufen.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 66.*

## 4.18 RISIKOMANAGEMENT

Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen wurden die LKA verpflichtet, ein „systematisches Klinisches Risikomanagement“ (RM) zu implementieren.

In der entsprechenden Richtlinie der ZDion wird der Begriff Risiko folgendermaßen beschrieben:

*„Das Risiko umfasst nicht nur plötzlich eintretende Schadensereignisse, sondern auch unerwartete, sich schleichend einstellende Fehlentwicklungen.“*

Sämtliche Risiken, die in einem LKH auftreten können (sowohl im patientennahen Bereich als auch in Betrieb und Verwaltung) sind demnach Inhalt des RM.

Laut Richtlinie der KAGes werden vorrangig folgende Ziele verfolgt:

- Schutz von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern vor Schädigung
- Schutz von Mitarbeitern vor zivil-/strafrechtlicher Verfolgung
- Systematische Verbesserung der Risikolage, Risikostreuung und Risikokontrolle im Sinne eines Frühwarnsystems und damit eine quantitative Optimierung der Risikokosten
- Höhere Planungssicherheit unter Einbeziehung der Risiken
- Förderung des Vertrauens zwischen der Führung der Organisation und den interessierten Partnern (zuweisende Ärzte, Patienten etc.) durch Verbesserung der Risikotransparenz und der Risikokommunikationen.

Die Implementierung des RM in den LKA erfolgte in Form des Projektes „Einführung des systematischen Klinischen Risikomanagements“.

Es wurde mittlerweile in allen LKA gestartet und ist in einigen LKA bereits abgeschlossen.

Nach den Richtlinien der ZDion ist jede AL verpflichtet, einen Beauftragten für das RM zu nominieren.

Für diese Funktion sind angemessene Ressourcen (zumindest 0,5 Dienstposten) in den LKA zur Verfügung zu stellen. Das genaue Ausmaß ist nach Abschluss der ersten Risikobeurteilungen festzulegen.

In der entsprechenden Richtlinie ist u. a. eine jährliche Erstellung eines Risikoberichtes aller LKA bzw. eine Zusammenfassung in der ZDion vorgesehen:

*„Seitens der Rechtsabteilung der ZDion wird in regelmäßigen Abständen (jährlich) zum Zwecke der Risikoüberwachung eine Evaluierung/Auditierung in den LKH durchgeführt. Erforderliche Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen werden angeboten und eine Vernetzung der Risikomanager mit einem Risikomanagement-Informationssystem (Plattform) angestrebt.“*

Mit Ende 2009 wurde die Möglichkeit für alle AL, Riskmanager bzw. für berechnigte Personen geschaffen, mittels elektronischer Plattform Diskussionsforen iZm RM zu bilden.

**Es wird empfohlen, relevante Sachverhalte von der ZDion auf der elektronischen Plattform in anonymisierter Form abzubilden.**

**Die Ausübung der Funktionen des QM und des RM in Personalunion wird als sinnvoll erachtet.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 59.*

#### **4.19 FEHLER- UND PRÄVENTIONSMANAGEMENT / CHECKLISTEN**

In den Fehlermeldesystemen werden Ereignisse erfasst und diskutiert, Ziele definiert sowie Ergebnisse im täglichen Ablauf umgesetzt. Das Wissen der Mitarbeiter über (beinahe) Behandlungsfehler soll genutzt werden, gemeinsame Verbesserungspotentiale ausgelotet und Prozesse verändert werden. Voraussetzungen sind die Unterstützung durch die Führungsverantwortlichen und die Gewährleistung der Anonymität.

**Hervorzuheben ist, dass in einigen LKA bereits ein Fehlermeldesystem implementiert wurde. Um Behandlungsfehler zu vermeiden und die Qualität der Leistungen kontinuierlich zu steigern, wird die Einführung von Fehlermeldesystemen für alle LKA der KAGes empfohlen.**

Nach Angaben der AL werden Checklisten in einigen LKA verwendet.

Mit einer internationalen Pilotstudie der Weltgesundheitsorganisation wurde nachgewiesen, dass durch Checklisten die Morbidität und die perioperative Mortalität signifikant reduziert werden konnten.

**Der standardisierte Einsatz von Checklisten in allen LKA ist zu überlegen.**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 66.*

## **4.20 ANSPRECHPERSONEN FÜR PATIENTEN**

Jedem Patienten muss in der LKA eine „Person oder Stelle bekanntgegeben werden, die für Informationen, Anregungen und Beschwerden“ zur Verfügung steht (KALG § 6a Abs. 5).

Die Umsetzung dieser Verpflichtung wird in den einzelnen LKA **sehr unterschiedlich gehandhabt** (Aushang in den patientennahen Bereichen, hauseigene Broschüre, regionale Zeitschrift, Patienten-Infomappe in den Krankenzimmern, aufliegende Patienten-Feedbackbögen, Hinweise bei Aufnahmegesprächen).

**Von der ZDion sind Mindestanforderungen für die diesbezügliche Information vorzugeben (Informationen zumindest in den Gängen der stationären und ambulanten Bereiche, auf den Patienten-Feedbackbögen und persönlich bei der Aufnahme).**

*Siehe Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath in der Anlage ab Seite 66.*

Das Ergebnis der vom Landesrechnungshof durchgeführten Überprüfung wurde in der am 10. März 2010 abgehaltenen Schlussbesprechung ausführlich dargelegt.

Teilgenommen haben daran:

vom Büro der Frau Landesrätin  
Dr. Bettina VOLLATH:

Mag. Birgit RAGGER

von der Fachabteilung 8A  
Sanitätsrecht und Krankenanstalten:

Mag. Wolfgang FISCHER

von der Fachabteilung 8B  
Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion):

Dr. Odo FEENSTRA

von der Steiermärkischen  
Krankenanstaltenges.m.b.H:

Mag. Kerstin SCHUSSMANN  
Dr. Ulrike STARK  
Dr. Reinhard SUDY  
Dr. Friedrich UNTERSWEG

vom Landesrechnungshof:

Landesrechnungshofdirektor  
Dr. Johannes ANDRIEU  
Mag. Georg GRÜNWALD  
Hannelore BRAUNEGGER



## 5. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Der Landesrechnungshof hat die Qualitätssicherung der Landeskrankenanstalten der Stmk. Krankenanstaltenges.m.b.H überprüft.

Der überprüfte Zeitraum erstreckte sich von 1.1.2006 bis 31.12.2008 und teilweise in das Jahr 2009.

### **Nach Durchführung des Anhörungsverfahrens ergeben sich nachstehende Feststellungen und Empfehlungen:**

Träger von Krankenanstalten sind gesetzlich verpflichtet, in jeder Krankenanstalt Maßnahmen zur Qualitätssicherung vorzusehen und ein Qualitätsmanagement aufzubauen.

#### **Qualitätsmanagement in der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.**

- Bemühungen zur Einführung von Qualitätsmanagement in den Landeskrankenanstalten gibt es in der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft seit 1993. So wurden ein Qualitätskonzept sowie Mindeststandards für das Qualitätsmanagement in den Landeskrankenanstalten vorgegeben. Externe Rahmenbedingungen, die Qualitätsstrategie der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft sowie der aktuelle Stand der Qualitätsmanagement-Entwicklung und die bereits vorhandenen spezifischen Qualitätsmanagement-Strukturen wurden in einer Richtlinie zusammengefasst. Das Qualitätsmanagement-Konzept wird derzeit um die Anforderungen des zuletzt eingeführten systematischen Klinischen Risikomanagements ergänzt.

Zielvereinbarungen werden von der Zentralklinik mit den Anstaltsleitungen der Landeskrankenanstalten getroffen. Diese betreffen u. a. die Bereiche Patienten, Finanzen, Organisation, Mitarbeiter und Innovationen. Vereinbarungen bestehen auch für Projekte zur Durchführung von Selbstbewertungen nach dem EFQM<sup>7</sup>-Modell.

Leitbilder für einzelne Landeskrankenanstalten, Berufs- bzw. Fachbereiche wurden und werden – jeweils basierend auf dem gültigen Leitbild der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft – erstellt. Ein Kodex mit Verhaltensempfehlungen für die Mitarbeiter zur Umsetzung des Leitbildes wurde erarbeitet.

---

<sup>7</sup> EFQM: European Foundation for Quality Management

- **Die Erarbeitung einer Qualitätsstrategie, von Leitbildern, Zielvereinbarungen und die Erstellung eines Verhaltenskodexes werden als positiv erachtet. Es sollten jedoch konkretere und messbare Qualitätsziele vereinbart und sodann überprüft werden.**
- Im Rahmen der Prozessverantwortungen der Zentralklinik werden Richtlinien und Arbeitsunterlagen für die Umsetzung in den Landeskrankenanstalten vorgegeben (Medizin, Pflege, Medizinisch Technischer Dienst, Hebammen etc.). Teilweise werden in den Landeskrankenanstalten auch „hauseigene Standards bzw. Prozesse“ erarbeitet. Die Möglichkeit, diese Informationen durch die Ärztliche Leitung direkt anderen Landeskrankenanstalten auf einer Plattform zur Verfügung zu stellen, gibt es bis jetzt nicht.
- **Bereits erarbeitete Standards sollten auf einer elektronischen Plattform auch anderen Landeskrankenanstalten zur Verfügung gestellt werden.**
- Es gibt bereits seit einigen Jahren Tools zur Unternehmenssteuerung. So wird mit dem übergeordneten „Strategischen UnternehmensControlling“ die Unternehmensentwicklung überwacht und es werden quartalsweise Berichte dem Vorstand vorgelegt.
- **Der Landesrechnungshof empfiehlt, das Qualitätsmanagement-Monitoring und das Qualitätsmanagement-Controlling-System in der gesamten Stmk. Krankenanstaltengesellschaft kontinuierlich weiter zu entwickeln.**
- Um das Erreichen von vereinbarten bzw. geplanten Qualitätszielen gemäß „Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen“ überprüfen zu können, sind Indikatoren erforderlich. In der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft werden Qualitätsindikatoren eingesetzt.
- **Der Landesrechnungshof empfiehlt, Qualitätsindikatoren entsprechend den rechtlichen Vorgaben weiter zu entwickeln.**
- Zur ärztlich-pflegerischen Qualitätssicherung wurde der Qualitätssicherungsbeirat als beratendes Gremium der Geschäftsführung der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft geschaffen. Dieser beschäftigt sich u. a. mit der Entwicklung von Standards, Fachleitlinien und Empfehlungen als Maßnahmen der Qualitätssicherung. Vor allem im Jahresbericht 2007 wird auf die verbesserungswürdige Umsetzung der Empfehlungen hingewiesen.

- **Die Notwendigkeit der Umsetzung der vom Qualitätssicherungsbeirat entwickelten Standards und Fachleitlinien sollte den Anstaltsleitungen deutlicher kommuniziert werden.**
- Von der Zentralkommission wurden Berichte über qualitätsverbessernde Maßnahmen erstellt. Darin wurden die Entwicklung des Qualitätsmanagements in der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft und die von den Landeskrankenanstalten initiierten Qualitätsmanagement-Projekte und Aktivitäten dargestellt.
- **Die Berichte sind zwar übersichtlich gestaltet, aber wenig aussagekräftig. Kritisiert wird, dass der Erreichungsgrad der mit den Projekten verfolgten Ziele aufgrund fehlender Indikatoren nicht immer erkennbar ist.**
- **Der Aufbau eines Qualitätsmanagement-Informationssystems (Intranet, Qualitätsmanagement-Nachrichten, etc.) sollte verstärkt betrieben werden, da damit die Transparenz der Qualitätsmanagement-Aktivitäten und die Verfügbarkeit der Ergebnisse für alle Landeskrankenanstalten der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft gewährleistet werden.**

### **Qualitätsmanagement in den Landeskrankenanstalten**

- In der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft werden 19 Landeskrankenanstalten an 22 Standorten geführt. Die Landeskrankenanstalten sind in vier Regionen zusammengefasst, in welchen „Regionalkonferenzen“ zu einer verbesserten, systematisch organisierten Landeskrankenanstalten-übergreifenden Zusammenarbeit führen sollen. Im Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen und den strategischen Zielen der Qualitätspolitik der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft wurden Mindeststandards für das Qualitätsmanagement-System einer Landeskrankenanstalt vorgegeben.
- Die Implementierung des Qualitätsmanagements in den Landeskrankenanstalten wurde nach Ansicht der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft insofern erreicht, als
  - Qualitätsmanagement-Kommissionen implementiert wurden und Geschäftsordnungen dafür vorhanden sind,
  - Qualitätsbeauftragte in allen Landeskrankenanstalten installiert wurden,
  - in allen regionalen Landeskrankenanstalten zumindest eine Selbstbewertung nach EFQM durchgeführt wurde,
  - EFQM-Bewertungen in einigen Organisationseinheiten einer Landeskrankenanstalt durchgeführt wurden,

- einige Organisationseinheiten gemäß der ISO8-Norm zertifiziert wurden,
  - Qualitätsmanagement-Jahresberichte erstellt werden,
  - periodische Patientenbefragungen durchgeführt werden.
- **Die Kooperationen (Regionalkonferenzen) werden vom Landesrechnungshof im Sinne der Qualitätsverbesserung hervorgehoben. Auch die Zusammenarbeit zwischen den Landeskrankenanstalten verschiedener Regionen ist zu forcieren.**
- Die Qualitätsmanagement-Kommission hat Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen, die Umsetzung zu fördern und als Beratungsinstrumentarium für die Kollegiale Führung zur Verfügung zu stehen. Von der Zentralkommission wurde eine Mustergeschäftsordnung konzipiert. In einigen Landeskrankenanstalten ist die gesamte Anstaltsleitung oder sind Teile der Anstaltsleitung Mitglieder in der Qualitätsmanagement-Kommission. In zwei Landeskrankenanstalten übernimmt die erweiterte Anstaltsleitung die Rolle der Qualitätsmanagement-Kommission. Die Bedeutung der Qualitätssicherung wird damit hervorgehoben und erleichtert die Umsetzung im Routinebetrieb.
- **Der Landesrechnungshof empfiehlt die Aktualisierung der Geschäftsordnungen. Qualitätsmanagement-Kommissionssitzungen sollten gemäß der entsprechenden Geschäftsordnung stattfinden.**
- Nach Angaben der meisten Landeskrankenanstalten wird Qualitätsmanagement als Stabsstelle der Anstaltsleitung geführt. Aus einigen übermittelten Organigrammen ist jedoch eine genaue Zuordnung nicht erkennbar. (Aktualisierte) Organisationshandbücher waren nicht in allen Landeskrankenanstalten vorhanden.
- **Zuordnungen der Kompetenzen sollten im Organigramm klar erkennbar sein.**
- **Im Zuge des Prozessmanagements erarbeitete Prozesse sind in ein „wachsendes“ Organisationshandbuch aufzunehmen.**

---

<sup>8</sup> ISO: International Organization for Standardization

- Der Qualitätsbeauftragte ist für den Aufbau, die Betreuung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems der Landeskrankenanstalten verantwortlich. In jeder Landeskrankenanstalt ist zumindest ein Qualitätsbeauftragter bestellt. Vertretungen waren nur teilweise nominiert.
  - **Um die Kontinuität zu wahren, wird empfohlen, für die Qualitätsbeauftragten auch Vertreter zu bestellen.**
  - **Aktuelle Funktionsbeschreibungen sind zu erstellen bzw. zu aktualisieren.**
- In der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft werden verschiedene Selbstbewertungsmethoden nach dem EFQM-Modell durchgeführt. Positiv ist anzumerken, dass in einigen Landeskrankenanstalten schon mehrmals Bewertungen vorgenommen worden sind.
  - **Im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung sollte künftig für jede Landeskrankenanstalt auf einen Drei-Jahreszyklus bei den Selbstbewertungen geachtet werden.**
- Von den Anstaltsleitungen sind jährlich Qualitätsberichte (Tätigkeitsbericht der Qualitätsmanagement-Kommission) vorzulegen. Diese werden zum Konzernbericht der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft konsolidiert. Qualitätsmanagement-Jahresberichte werden von allen Landeskrankenanstalten erstellt.
- Die Erarbeitung eines jährlichen Qualitätsberichtes durch jede Landeskrankenanstalt wird im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung als positiv erachtet.
- Laut Qualitätsmanagement-Jahresbericht 2008 erfolgten von einigen nachgeordneten Organisationseinheiten einer Landeskrankenanstalt keine Rückmeldungen an die Leitung des Qualitätsmanagements. Es besteht sowohl für Landes- als auch für Bundesbedienstete die Verpflichtung, an den jährlichen Qualitätsberichten mitzuwirken.

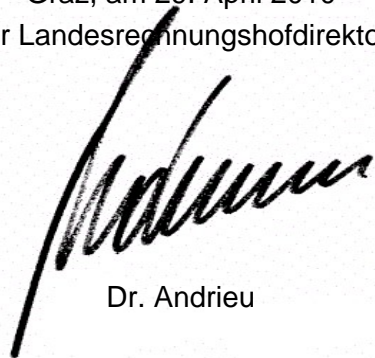
- Aus den Projektdokumentationen bzw. angeführten Aktivitäten der Qualitätsmanagement-Jahresberichte der Landeskrankenanstalten sind nicht immer messbare Ziele erkennbar.
  - **Bei der Planung von Projekten / Aktivitäten ist auf messbare Ziele zu achten. Die Umsetzung bzw. Zielerreichung sollte von Anstaltsleitung, Qualitätsmanagement-Kommission und Qualitätsbeauftragten beobachtet werden. Grundsätzlich ist zur besseren Nachvollziehbarkeit auf die Schriftlichkeit (Vereinbarungen, Maßnahmen, Abläufe, Evaluierungen etc.) zu achten.**
- Der innere Betrieb, die Aufgaben bzw. die Organisation einer Krankenanstalt sind vom Träger in der Anstaltsordnung zu regeln.
  - **Bisher wurden Vorgaben zum Qualitätsmanagement nur teilweise in die Anstaltsordnungen der Landeskrankenanstalten aufgenommen.**
- In den Landeskrankenanstalten wurden für Qualitätsmanagement-Projekte bzw. Qualitätssicherungsmaßnahmen viele Qualitäts- und Anerkennungspreise verliehen, aber auch Zertifizierungen vorgenommen (z. B. im Umweltmanagement). Die Bemühungen um Qualitätszertifikate werden als Beitrag zur Verbesserung der Qualität gewertet.
  - **Die Qualitätssicherungserfolge könnten auf der Homepage des jeweiligen Krankenhauses Patienten und Zuweisern ersichtlich gemacht werden.**
- Gemäß Stmk. Krankenanstaltengesetz haben Patienten das „Recht auf Einbringung von Anregungen und Beschwerden“. Um diesem Recht zu entsprechen, wurden von der Zentralkommission Rahmenbedingungen definiert (Patienten-Feedbacksystem für alle Landeskrankenanstalten).
  - **Aufgefallen ist die unterschiedliche Anzahl der Rückmeldungen im Rahmen des Patienten-Feedbacksystems. Von der Zentralkommission sind einheitliche Kriterien für die Zählweise vorzugeben.**

- Für einen „nahtlosen“ Übergang vom Spitalsbereich zu niedergelassenen Ärzten, Pflegeorganisationen sowie anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens wurde auf Empfehlung des Qualitätssicherungsbeirates eine Richtlinie erstellt. In dieser wird der Einsatz von verschiedenen Formularen (Entlassungsscheckliste, Pflegeverlegungsbericht, Wundbehandlungsprotokoll, Entlassungsstandard) vorgeschrieben. Von der Zentralklinik wurde bis jetzt nicht überprüft, inwieweit diese Richtlinie und damit der Einsatz der vorgegebenen Standards gewährleistet sind.
  - **Die Verwendung der vorgeschlagenen Formulare (Entlassungsscheckliste, Pflegeverlegungsbericht, Wundbehandlungsprotokoll, Entlassungsstandard) sollte überprüft werden.**
  
- In den Landeskrankenanstalten werden verschiedene Aktivitäten im Rahmen des Nahtstellenmanagements gesetzt. In einer Landeskrankenanstalt wird seit 2007 „Pflegemediation“ als Reformpoolprojekt der Gesundheitsplattform umgesetzt. Ein entsprechender Lehrgang wird von der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft angeboten.
  - **Der Landesrechnungshof erachtet die Bemühungen zum Entlassungsmanagement als positiv. Es wird empfohlen, die Weiterentwicklung des Nahtstellenmanagements noch stärker zu forcieren, damit die durchgehende Versorgung der Patienten sichergestellt und unnötige Wiederaufnahmen vermieden werden. Das Ausmaß des Lehrganges „Pflegemediation“ sollte evaluiert werden.**
  
- Transparenz und Information sind Voraussetzungen, um die Qualität im Interesse der Patienten zu gewährleisten.
  - **Zur Patientenorientierung sind durchgeführte Leistungen und Qualitätsmanagement-Maßnahmen der einzelnen Landeskrankenanstalten auch auf der Homepage der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft und der Landeskrankenanstalten darzustellen.**
  
- Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen wurden die Landeskrankenanstalten verpflichtet, ein „systematisches Klinisches Risikomanagement“ zu implementieren. Jede Anstaltsleitung ist verpflichtet, einen Beauftragten für das Risikomanagement zu nominieren. Mit Ende 2009 wurde die Möglichkeit geschaffen, mittels elektronischer Plattform Diskussionsforen im Zusammenhang mit Risikomanagement zu bilden.

- **Es wird empfohlen, relevante Sachverhalte von der Zentralkommission auf der elektronischen Plattform in anonymisierter Form abzubilden.**
  - **Die Ausübung der Funktionen des Qualitäts- und des Risikomanagements in Personalunion wird als sinnvoll erachtet.**
- In Fehlermeldesystemen werden Ereignisse erfasst und diskutiert, Ziele definiert sowie Ergebnisse im täglichen Ablauf umgesetzt.
- **Hervorzuheben ist, dass in einigen Landeskrankenanstalten bereits ein Fehlermeldesystem implementiert wurde. Um Behandlungsfehler zu vermeiden und die Qualität der Leistungen kontinuierlich zu steigern, wird die Einführung von Fehlermeldesystemen für alle Landeskrankenanstalten der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft empfohlen.**

Graz, am 29. April 2010

Der Landesrechnungshofdirektor:



Dr. Andrieu



**ANLAGE  
STELLUNGNAHMEN  
UND REPLIKEN**

**Stellungnahme des Herrn Landesfinanzreferenten**

**Landesrat Dr. Christian BUCHMANN:**

Der gegenständliche Bericht wird mit dem Hinweis darauf zur Kenntnis genommen, dass keine sachliche Zuständigkeit des Landesfinanzreferenten gegeben ist.

**Stellungnahme der Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath:****Zu 2 Grundlagen:**

[Anmerkung LRH: nunmehr ab Seite 9]

*Unter Punkt 2 „Grundlagen“ verweist der Landesrechnungshof im Unterpunkt 2.2 „Art. 15a Vereinbarungen zwischen Bund und Land“ darauf, dass der RSG (Regionaler Strukturplan Gesundheit) von der Gesundheitsplattform des Gesundheitsfonds Steiermark im April 2008 beschlossen wurde, jedoch eine entsprechende Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung noch nicht vorliegt.*

*Dazu ist auf die mit Schreiben vom 11. März 2010 an den Landesrechnungshof ergangene Stellungnahme zu verweisen, wo ausgeführt wurde:*

*„Die Umsetzung des Regionalen Strukturplan Gesundheit als Verordnung des Krankenanstaltenplans wird seit Vorlage des Beschlusses zum RSG geprüft, stößt aber auf einige legislative Probleme (Großgeräte, Kooperationen, onkologische Versorgung etc.), die sich auch im durchgeführten Begutachtungsverfahren vom Oktober 2008 bestätigten. Zudem wurde die Planung der psychiatrischen Versorgung im März 2009 in den RSG aufgenommen. Zurzeit wird an der Novelle zum KALG als übergeordnetes Gesetz bzw. Rechtsgrundlage der Verordnung gearbeitet. Dabei könnten auch die gerade in Diskussion befindlichen Gesundheitszentren bzw. allenfalls Reaktionen des Bundesgesetzgebers auf die Entscheidung des EUGH zum Fall Hartlauer berücksichtigt werden. Daher scheint es aus derzeitiger Sicht sinnvoller, erst nach Anpassung des KALG an die aktuellen Entwicklungen auch die Verordnung zum Krankenanstaltenplan zu erneuern. Es besteht aber auch bei der derzeitigen Rechtslage keine Rechtsunsicherheit, da die Genehmigungsbehörde im Zuge der Bedarfsprüfung – sofern eine solche aufgrund der Hartlauer Entscheidung überhaupt zulässig ist – den RSG auch ohne Umsetzung im Rahmen einer Verordnung zu berücksichtigen hat.“*

*Im Hinblick auf die Grundlagen der Qualitätsarbeit darf desweiteren auf das „Strategiekonzept zu Qualitätsthemen im steirischen Gesundheitswesen“ verwiesen werden, das in der 15. Sitzung der Gesundheitsplattform Steiermark am 18. Juni 2009 beschlossen wurde. Die Qualitätsarbeit im Rahmen der Gesundheitsplattform Steiermark betreffen nicht nur die Landeskrankenanstalten der KAGes sondern haben für alle fondsfinanzierten Spitäler der Steiermark Gültigkeit. Generell stellen die diesbezüglichen Bundes- und Landesaktivitäten einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit im gesamten Gesundheitswesen dar. Diese Tätigkeiten sind künftig besonders zu beachten und erfordern einen intensiven Kommunikations- und Abstimmungsbedarf, um Qualitätsarbeit vor allem sektorenübergreifend wirken zu lassen.*

*Der Gesundheitsfonds Steiermark hat, aufbauend auf der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG und in Wahrnehmung seiner Aufgaben in Bezug auf Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung im Steiermärkischen Gesundheitsfonds-Gesetz, Ende 2007 mit der Erarbeitung einer Qualitätsstrategie für das steirische Gesundheitswesen begonnen. Diese Qualitätsstrategie wurde zusammen mit zahlreichen Institutionen des steirischen Gesundheitswesens erarbeitet, im Juni*

2009 in der Gesundheitsplattform Steiermark beschlossen und im Rahmen der 4. Steirischen Gesundheitskonferenz am 24. Juni 2009 erstmals einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt. Ziel dieses Projektes war es zunächst eine Übersicht und somit eine transparente Darstellung der Qualitätslandschaft im steirischen Gesundheitswesen zu schaffen, um darauf aufbauend ein Strategiekonzept für weiterführende Maßnahmen zu entwickeln. Dabei wurden folgenden thematischen Schwerpunkte erarbeitet und festgelegt:

- Steigerung der PatientInnensicherheit
- Verbesserung der Kommunikations- und Informationsstrukturen / e-Health
- Ausbau adäquater und qualitätsgesicherter PatientInneninformationen
- Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren im Gesundheitsbereich
- Ausbau der Leitlinienarbeit

Die Umsetzung der thematischen Schwerpunkte wird von der Qualitätssicherungskommission (QSK) begleitet. Dabei wurde die gesetzliche Möglichkeit der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG (Artikel 6) genutzt, um auf Landesebene eine Qualitätssicherungskommission zu etablieren. Diese soll eine institutions-, sektoren- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit ermöglichen und sich der qualitätsrelevanten Fragestellungen annehmen. Außerdem dient die QSK auch als Informationsdrehscheibe für alle PartnerInnen des steirischen Gesundheitswesens. Die konstituierende Sitzung der QSK fand im November 2009 statt. Als Vertreterin der KAGes ist die Leiterin der OE Qualitätsmanagement in der QSK vertreten.

Für das Jahr 2010 wurde von der QSK ein Arbeitsprogramm mit insgesamt 6 Arbeitspaketen zu einzelnen Themenschwerpunkten der Qualitätsstrategie festgelegt. Eines der Arbeitspakete behandelt das Thema sektorenübergreifende Learning- und Reportingsysteme (Fehlermeldesysteme) mit dem Ziel solche Systeme flächendeckend innerhalb der Steiermark zu implementieren.

Die 4. Steirische Gesundheitskonferenz stand unter dem Titel „Qualität gemeinsam leben“. Ziel war es gemäß der Zusammensetzung der QSK aufzuzeigen, dass Qualität in der Gesundheitsversorgung nicht nur durch Handlungen einzelner Akteure erzeugt werden kann, sondern eine intersektorale Aufgabe ist. Der Rahmen der Konferenz wurde auch genutzt, um erstmals den steirischen Qualitätspreis Gesundheit (SALUS) zu verleihen (entspricht Art. 15a B-VG, Artikel 6, Absatz 9). Dieser Preis soll auch zukünftig Aktivitäten zu Qualitätsthemen im steirischen Gesundheitswesen auszeichnen und wird jährlich im Rahmen einer Fachtagung zu Qualitätsthemen („PlattformQ“) von der Gesundheitsplattform Steiermark verliehen.

Ein weiteres Arbeitspaket der QSK widmet sich dem Thema Händehygiene mit dem Ziel ein Konzept zur Umsetzung einer steirischen Kampagne zum Thema Händehygiene zu entwickeln. Zudem ist die Gesundheitsplattform Steiermark seit Jänner 2010 Mitglied in der Plattform Patientensicherheit (ANetPas) und unterstützt damit auch bundesweite Entwicklungen und Aktivitäten in diesem Bereich. Auf Bundesebene wird zurzeit im Auftrag der Bundesgesundheitskommission eine gesamtösterreichische Qualitätsstrategie unter Berücksichtigung der bereits bestehenden Regelungen im GQG und der Art. 15 a-Vereinbarung entwickelt.

*Die Ziele der Strategie beziehen sich auf fast alle Bereiche der Qualitätsarbeit und sollen in der Endversion auch operative Ziele enthalten. Es gibt zum Beispiel Arbeiten zu Leitlinienerstellung (Metaleitlinie), Qualitätsberichterstattung, PatientInneninformation oder Health Technology Assessment (HTA).*

*Es existiert eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsfonds Steiermark und dem Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG). Im Allgemeinen erfolgen sämtliche Arbeiten aus dem Bereich der Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen unter Berücksichtigung der Entwicklungen und Regelungen auf Bundesebene.*

**Zu 3.1 Qualitätsmanagement-Konzept, Seite 11ff bzw. 4.18 Risikomanagement, Seite 40f**

[Anmerkung LRH: nunmehr ab Seite 15 bzw. ab Seite 43]

*Die Empfehlung des LRH im Kapitel Risikomanagement, die Funktionen des QM und des RM in Personalunion auszuüben, wird ausdrücklich – auch von der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds – unterstützt. Das klinische Risikomanagement ist ein Bestandteil des Qualitätsmanagement-Systems. Felber et al kommen zu dem Schluss: „Eine Zusammenführung der separaten Systeme Qualitätsmanagement und Risk Management liegt im Grunde nahe, denn das RiskManagement hat per definitionem die Verhinderung risikoindizierter Beeinträchtigungen der Krankenhausqualität zum Gegenstand. Es besteht somit ein enger thematischer Zusammenhang zwischen beiden Systemen. Aus diesem Grund erscheint es sinnvoll, die Einrichtung eines integrierten Qualitäts-/Risk-Management-Systems anzustreben.“*

*Von Seiten der KAGes wird zu diesen beiden Kapiteln ausgeführt, dass die Hinweise und Anregungen des LRH im Zusammenhang mit dem Aufbau des QM-Systems in den LKHs (Funktion der Q-Beauftragten, Organisation der QM-Kommission, etc.) und dessen Monitoring und Controlling verständlich und nachvollziehbar sind.*

*Durch die Diskussionen im Rahmen der regelmäßigen Treffen mit den Q-Beauftragten der LKHs und die Erstellung des KAGes-Berichts über Q-verbessernde Maßnahmen sind Variabilitäten in den QM-Systemen der einzelnen LKHs und auch der unterschiedliche Zugang der Anstaltsleitungen zum Thema Qualitätsmanagement bekannt geworden, sodass dieses Thema von der KAGes bereits aufgegriffen wurde. Im Rahmen der vom Vorstand beauftragten Überarbeitung des Q-Berichts ist das Monitoring und Controlling der QM-Systeme der LKHs ein zentrales Thema.*

*Im Hinblick auf die Trennung der Zuständigkeiten von Qualitätsmanagement und Risikomanagement ist aus Sicht der KAGes Folgendes anzumerken:*

*Bei der Implementierung des Risikomanagement-Systems (Aufbau, Struktur und Ziele) wurde davon ausgegangen, dass Qualitätsmanagement und Risikomanagement in enger Abstimmung erfolgen, insbesondere in den LKHs im Rahmen der QM-Systeme.*

*Derzeit ist das Roll-Out des Risikomanagement-Systems in den LKHs im Laufen. Es ist erklärte Absicht das Risikomanagement-System der LKHs – das Klinische Risikomanagement – weitestgehend mit den Strukturen des QM-Systems der LKHs zu verschränken. „Personalunionen“ von Risiko- und Qualitätsmanagement-Funktionen werden angestrebt.*

*Nach Abschluss des Roll-Outs der Einführung von Risikomanagement in den LKHs ist vor dem Hintergrund dieser zweigeteilten Struktur der Status quo zu evaluieren und sind gegebenenfalls Maßnahmen sowie Strukturbereinigungen zu überlegen.*

*In KAGes-Management wurde ein Jour fixe der Prozessverantwortlichen für die wesentlichen, kontinuierlichen Verbesserungsprozesse (Beschwerdemanagement, Qualitätsmanagement, Risikomanagement, Schadensmanagement und Interne Revision) eingerichtet. Damit ist eine Zusammenschau der Ergebnisse der einzelnen Verbesserungsinstrumente gewährleistet.*

*Zur Empfehlung, relevante Sachverhalte auf der elektronischen Plattform in anonymisierter Form abzubilden, ist Folgendes festzuhalten:*

*Die angesprochenen Sachverhalte werden als Fallbeispiele für diverse Schulungen, Seminare und Veranstaltungen aufbereitet und diskutiert. Nach dem Prinzip „aus Fehler lernen um künftig Fehler zu vermeiden“, sind relevante Sachverhalte systematisch aufzuarbeiten und in das bestehende Risikomanagement-System zu integrieren.*

### **Zu 3.2 Zielvereinbarungen, Seite 16f**

[Anmerkung LRH: nunmehr ab Seite 17]

*Der Anregung, dass der Benefit von Qualitätsprojekten an klar erkennbaren Zielsetzungen gemessen werden sollte, kann von der KAGes ebenfalls Folge geleistet werden. Bereits bei der Aufarbeitung der Ergebnisse der ersten Selbstbewertungen wurde darauf geachtet, dass für die abgeleiteten Projekte eine SMARTe<sup>9</sup> Definition der Zielsetzung erfolgt. Durch das Vorhaben, Projekte zukünftig über ein EDV-Tool zu erfassen, wird bei der Erstellung der Projektbeschreibungen bereits von Beginn an auf entsprechende Zieldefinitionen geachtet werden.*

---

<sup>9</sup> wird im Projektmanagement für die Beschreibung von Zieldefinitionen verwendet und steht für **S**pecific, **M**easurable, **A**chievable (oder **A**ttainable), **R**elevant (z. T.: **R**ealistic), **T**ime phased (oder **T**imely)

**Zu 3.3 Richtlinien/Standards, Seite 17f**

[Anmerkung LRH: nunmehr ab Seite 18]

*Einige LKHs verfolgen bereits eine sehr offene Kommunikationsstrategie und stellen selbst-entwickelte Standards ins CMS-System bzw. auf ihre Homepage oder lassen diese über zentrale Einrichtungen (z.B.: Organisationseinheit Pflege bzw. Qualitätsmanagement oder den Qualitätssicherungsbeirat, etc.) veröffentlichen. Die KAGes wird dennoch darauf hinwirken, dass die LKHs im Sinne einer lernenden Organisation eigene Entwicklungen verstärkt auch anderen LKHs zugänglich machen.*

**Zu 3.5 Qualitätsindikatoren, Seite 21f bzw. 26**

[Anmerkung LRH: nunmehr ab Seite 22]

*Hierzu führt die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds an, dass die Ausführungen des LRH geteilt werden. Die Erarbeitung bzw. Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren, besonders von Ergebnisqualitätsindikatoren, stellt eine große Herausforderung aber auch Chance dar. Internationale Beispiele zeigen die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen und Komplexität von Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren auf. Vor allem die Relevanz, die Messbarkeit und der weitere Umgang damit, sind zu prüfen und zu erarbeiten. Diese Basisarbeit ist unentbehrlich, um zukünftige Qualitätsarbeit zu positionieren und die Frage zu beantworten wie Qualität gesehen wird. Der ernsthafte Umgang damit ist von entscheidender Bedeutung um das Vertrauen und das Ziel der Qualitätsverbesserung mittels dieser Methodik zu gewährleisten (Qualitätsplanung -> Qualitätsmessung -> Analyse -> Qualitätsverbesserung). Gerade die Berücksichtigung rechtlicher Vorgaben als komplexes Thema bedarf einer besonderen Zusammenarbeit mit lokalen und nationalen Bestrebungen. Die Entwicklung eigener trägerinterner Indikatorensets sind von Seiten der Geschäftsstelle zu beobachten.*

*Die zentralen Organisationseinheiten Qualitätsmanagement bzw. Medizinische Steuerung sind explizit von der KAGes damit beauftragt, in Ergänzung zu den bereits vorhandenen Steuerungskennzahlen aus Routinedaten – dargestellt im Medizinischen Leistungsbericht – und Qualitätsindikatoren aus definierten Projekten und Fachregistern (Geburtenregister, etc.) systematisch ein Set an Steuerungskennzahlen und Qualitätsindikatoren in der KAGes einzuführen und routinemäßig darzustellen sowie ein Prozedere zu entwickeln, wie mit Auffälligkeiten umzugehen ist.*

**Zu 3.6 Qualitätssicherungsbeirat/Qualitätssicherungsregister, Seite 22f**

[Anmerkung LRH: nunmehr ab Seite 23]

*Durch die wiederholte Prüfung der Umsetzung von Standards und Fachleitlinien durch die Interne Revision der KAGes wurde bereits bisher auf den Stellenwert einiger spezifischer Themenstellungen aufmerksam gemacht. Bei anderen*

*Themenstellungen wurden Überprüfungen durch Vorortbesuche mit Fachexperten durchgeführt (z.B.: Umsetzung Transfusionsmedizinisches Konzept Steiermark). Die Anregung, die Anstaltsleitungen verstärkt auf die Notwendigkeit der Umsetzung von Fachleitlinien und Standards des Qualitätssicherungsbeirats aufmerksam zu machen, wird aufgenommen.*

**Zu 3.9/4.9 Bericht über qualitätsverbessernde Maßnahmen/QM-Jahresberichte, Seite 24, 33f**

[Anmerkung LRH: nunmehr Seite 25 bzw. Seite 35]

*Zu Beginn der Berichtslegung über Q-verbessernde Maßnahmen wurde sehr offen mit dem Thema der Qualitätsprojekte umgegangen und es gab wenig bis keine Vorgaben zu den Projekten. Mit dieser Philosophie sollten die LKHs motiviert werden, möglichst alle Aktivitäten zu berichten. Im Zuge der Überarbeitung der Qualitätsberichterstattung in der KAGes werden zukünftig deutlich restriktivere Vorgaben für die Berichtslegung von Projekten wirksam werden, z.B. Vorgaben für eine stringente Zieldefinition. Ein EDV-Tool wird dabei Unterstützung geben.*

*Die KAGes sagt zudem zu, zukünftig noch mehr Augenmerk darauf zu legen, dass sich die LKHs gut und in vergleichbarer Qualität präsentieren. Ebenso wird, insbesondere im Zusammenhang mit dem Patienten-Feedback, ein Vorschlag für eine einheitliche Datengrundlage erarbeitet (dies war primär bewusst eigenverantwortlich aufgesetzt worden, um die LKHs in ihrer Autonomie nicht einzuschränken).*

*Der Hinweis, Maßnahmen zur Steigerung der Transparenz zu setzen, wird im Zuge der derzeit in Umgestaltung befindlichen Homepage der Organisationseinheit Qualitätsmanagement aufgegriffen.*

**Zu 4. Qualitätsmanagement in den LKHs, Seite 25f**

[Anmerkung LRH: nunmehr ab Seite 26]

*Von Seiten der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds wird die Empfehlung des LRH begrüßt, dass der Informationsaustausch über Qualitätsmaßnahmen und Projekte die Grenzen der eigenen Krankenanstalt überschreiten soll. Die Empfehlung deckt sich mit der Vorgabe aus der Qualitätsstrategie Steiermark ein öffentliches Projekt-Portfoliomanagement (Qualitätsberichterstattung) zu etablieren. Es soll allen steirischen Gesundheitseinrichtungen einen möglichst aktuellen Stand der laufenden Q-Projekte und Q-Aktivitäten geben, um so eine Basis für zukünftige Projektarbeiten und eine steirische Qualitätsberichterstattung zu erreichen. Diese Arbeit wird voraussichtlich mittelfristig von der gleichgeschalteten und jetzt reaktivierten Bundesaktivität „Qualitätsplattform/Qualitätsberichterstattung – [www.qbe.at](http://www.qbe.at)“ ergänzt oder abgelöst werden.*



*Von Seiten der KAGes wird diesbezüglich darauf verwiesen, dass die gegenseitige Information der LKHs über gesetzte Maßnahmen zur Q-Verbesserung durch eine neue Software zur Projektverfassung und Überwachung erleichtert wird, da darin alle Projekte (auch die der Regionalkonferenzen) für alle einsehbar dargestellt werden.*

#### **Zu 4.1 Anstaltsordnung, Seite 27**

[Anmerkung LRH: nunmehr Seite 28]

*Nach Genehmigung der Muster-Anstaltsordnung durch die Sanitätsbehörde wurden eine LKH-spezifische Anstalts- und Hausordnung für ein LKH entworfen, welche ebenfalls der Sanitätsbehörde zur Genehmigung vorgelegt wurden. Seitens der Sanitätsbehörde wurde angeregt, ihre diesbezüglichen Änderungsvorschläge in die bereits bewilligte Musteranstaltsordnung einzuarbeiten und diese nochmals zur Genehmigung vorzulegen. Derzeit erfolgt daher eine nochmalige KAGes-interne Abstimmung der Musteranstaltsordnung und werden die Anregungen des LRH dabei Berücksichtigung finden.*

#### **Zu 4.2 Selbstbewertung/Zertifizierung, S. 27f**

[Anmerkung LRH: nunmehr ab Seite 28]

*In Umsetzung eines Vorstandsauftrags, festgeschrieben in einer Richtlinie, welcher alle drei Jahre eine Selbstbewertung nach dem EFQM-Modell vorsieht, wurde der zweite Zyklus der Selbstbewertungen für alle LKHs anhand eines definierten Roll-Out-Plans bereits gestartet.*

#### **Zu 4.3 Qualitäts-/Anerkennungspreise, Seite 28**

[Anmerkung LRH: nunmehr Seite 29]

*Die Anregung, Qualitätssicherungs-Erfolge auf der Homepage darzustellen, ist auf Ebene des Gesamtunternehmens bereits umgesetzt. Die Anregung diese auch auf Ebene des jeweiligen Krankenhauses darzustellen, wird an die Anstaltsleitungen weitergeleitet werden.*

#### **Zu 4.4. - 4.5 QM-Kommission/Qualitätsbeauftragte – Qualitätsmanager, Seite 28ff**

[Anmerkung LRH: nunmehr ab Seite 30]

*Die Anregungen zur Zusammensetzung der QM-Kommission (Teilnahme der Anstaltsleitung, Stellvertreter, etc.) werden im Zuge der Überarbeitung der Muster-Geschäftsordnung für die QM-Kommissionen, welche aufgrund der Integration des Risikomanagement-Systems in das Qualitätsmanagement-System der LKHs erforderlich wurde, berücksichtigt werden.*

#### **Zu 4.6 Organigramm/Organisationshandbuch, Seite 31**

[Anmerkung LRH: nunmehr Seite 33]

*Die Anregung, in allen LKHs die ORG-Handbücher zu aktualisieren und um aktuelle Prozessbeschreibungen zu ergänzen, wird aufgegriffen und im nächsten Treffen der Qualitätsbeauftragten thematisiert werden.*

**Zu 4.7 Kostenstelle für QM, S. 32**

[Anmerkung LRH: nunmehr Seite 33]

*Dieses Thema wurde bereits vor ca. zehn Jahren von Seiten der KAGes überlegt. Zum damaligen Zeitpunkt wurden keine Vorteile darin gesehen. Die Anregung wird von der KAGes erneut geprüft und bei nunmehr erkennbaren Vorteilen umgesetzt.*

**Zu 4.8 QM-Ausbildung, Seite 32f**

[Anmerkung LRH: nunmehr Seite 34]

*Zum Monitoring der QM-Ausbildungen für die Qualitätsbeauftragten wurden bereits Gespräche zwischen den zuständigen Organisationseinheiten in KAGes-Management aufgenommen.*

*Eine Aktualisierung der Funktionsbeschreibungen wird vorgenommen werden.*

**Zu 4.9 QM-Jahresbericht, Seite 33f**

[Anmerkung LRH: nunmehr Seite 35]

*Die KAGes stimmt dem LRH zu, dass Schriftlichkeit zur Nachvollziehbarkeit unabdingbar ist. Es wird bei allen sinnvollen Gelegenheiten und Anlässen darauf hingewiesen und dies verstärkt eingefordert.*

*Bezüglich einer Unterstützung der LKHs bei der Erstellung von Projektvereinbarungen durch die zentrale Organisationseinheit Qualitätsmanagement ist festzuhalten, dass dies bereits bisher im Rahmen der vorhandenen Ressourcen erfolgt ist.*

**Zu 4.10/4.11 Periodische Patientenbefragungen/Patienten-Feedbacksystem Seite 35f**

[Anmerkung LRH: nunmehr ab Seite 37]

*Bei der Präsentation der Befragungsergebnisse wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, diese auch den MitarbeiterInnen entsprechend zu kommunizieren und daraus Maßnahmen abzuleiten.*

*Eine Darstellung anhand derer sich nachvollziehen lässt, welche Maßnahmen aus Befragungsergebnissen abgeleitet wurden, erfolgt über den Bericht zu den Q-verbessernden Maßnahmen, da darin explizit darauf hingewiesen wird, was der Auslöser für die Maßnahmen/Projekte war und auch in den Berichten der Selbstbewertungen (RADAR-Logik).*

*Die Empfehlung, eine einheitliche Zählweise für das Patienten-Feedback auszuarbeiten, wird aufgegriffen, sowie die Anregung, dass es einen einheitlichen Standard geben soll, wie Patienten auf die Möglichkeiten des Feedbacks hingewiesen werden.*

**Zu 4.12 /4.13 Mitarbeitereinführung, Mitarbeiterbefragung/  
Zuweiserbefragung, Seite 36**

[Anmerkung LRH: nunmehr ab Seite 38]

*Instrumente für Mitarbeiter- und Zuweiserbefragungen wurden entwickelt. Diese werden aufgrund der Bewertungen der Qualitätsfähigkeit der LKHs nach EFQM vermehrt nachgefragt. Von einer verpflichtenden Vorgabe, diese beiden Instrumente verpflichtend systematisch und regelmäßig einzusetzen, wurde bislang – auch aus Ressourcengründen – Abstand genommen. Es wird diese Anregung aber erneut überprüft werden.*

**Zu 4.15 Nahtstellenmanagement, Seite 37f**

[Anmerkung LRH: nunmehr ab Seite 40]

*Die Anregung des LRH zu überprüfen, inwieweit die Richtlinie „Qualitätssicherungsbeirat/Koordinierte Entlassung – Dokumente und Empfehlungen zur Unterstützung des Entlassungsprozesses“ eingehalten wird, wird als weiterer Detailpunkt in die Routineprüfung der Internen Revision „Qualität medizinisch-pflegerischer Leistungen“ aufgenommen werden.*

*Zur Anregung der Evaluierung des Ausmaßes des Lehrganges „Pflegemediation“, ist anzumerken, dass der Inhalt der Ausbildung aus zwei Teilen besteht. Der erste Teil ist der pflegerische Teil mit Inhalten zum Thema Entlassung (Berufsrechte, Sozialgesetzgebung, Pflegegeldeinstufung, Soziale Dienste etc.) und eine Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten, da die Teilnehmer der Ausbildung eine abschließende Fachbereichsarbeit mit Bezug zur Entlassung schreiben müssen. Der zweite und überwiegende Teil ist die „echte“ Mediatorenausbildung mit dem gesetzlich vorgeschriebenen Stundenausmaß und der Möglichkeit der Eintragung in die Liste der Mediatoren. Das neue Handbuch der Mediation beinhaltet bereits offiziell die Sparte der „Pflegemediatoren“, welche mit diesem Namen im Ministerium offiziell aufliegt.*

*Aus heutiger Sicht werden die Inhalte dieser Weiterbildung auch für den im Oktober 2010 startende Lehrgang angewendet werden.*

**Zu 4.16 Patientenorientierung, S. 39**

[Anmerkung LRH: nunmehr Seite 41]

*Über die Zweckmäßigkeit der Darstellung von Leistungen und QM-Maßnahmen auf der Homepage der KAGes und der LKHs wird im Rahmen der Zentralen Internet/Intranet-Redaktion (ZIR) diskutiert und eine Empfehlung abgegeben werden.*

*Aus grundsätzlichen Erwägungen (einheitliche Gestaltung, Klarheit, Übersichtlichkeit etc.) ist die Darstellung von Q-Zertifikaten weder im Briefkopf noch auf Visitenkarten oder in E-mail-Signaturen vorgesehen.*

**Zu 4.17 Schadensmanagement, Seite 39f**

[Anmerkung LRH: nunmehr ab Seite 42]

*Seitens des LRH wird angemerkt, dass eine eigenständige Einsichtnahme in das Schadensfallregister durch die Anstaltsleitungen selbst nicht möglich ist, da es sich um sensible Daten handle.*

*Dazu ist klarzustellen, dass sich die Definition „sensible Daten“ aus den datenschutzrechtlichen Bestimmungen ergibt und der Umgang mit diesen gesetzlich klar vorgegeben ist.*

*Der Empfehlung, das Handbuch „Krisen bewältigen“ auch im ambulanten Bereich aufzulegen, wird nachgekommen und eine entsprechende Information an die LKHs vorbereitet.*

*Zur Empfehlung, den Inhalt des Handbuches den Mitarbeitern in Erinnerung zu rufen, kann berichtet werden, dass im Zuge der stattgefundenen Aktualisierung des Handbuches und der damit verbundenen Verteilung über die Dokumentenlenkung ein „In Erinnerung Rufen“ des Inhaltes stattgefunden hat. Mit der geplanten Neuauflage des Handbuchs „Krisen bewältigen“ bis Ende 2010 ist zusätzlich eine umfangreiche Bewerbung des Handbuches geplant.*

**Zu 4.19 Fehler- und Präventionsmanagement/Checklisten, Seite 42**

[Anmerkung LRH: nunmehr Seite 44]

*Die Erfahrungsberichte aus den LKHs, in denen bereits seit mehreren Jahren ein Fehlermeldesystem installiert ist, bekräftigen den Weg der KAGes, ein systematisches Risikomanagement aufzubauen.*

*Neben anderen Informationsquellen wie z. B. die Analyse von internen Dokumenten, die Befragung von Mitarbeitern und Kunden, Prozessanalysen, externen Daten und Expertenmeinungen, wird die Analyse von Zwischenfällen und Near Misses (Fehlermeldesysteme) als Risikoinformation für den Risikomanagementprozess genutzt.*

*Die Möglichkeit und Sinnhaftigkeit der KAGes-weiten Einführung von standardisierten Checklisten im OP-Bereich werden anhand der Erfahrungen des Pilotprojekts im LKH Deutschlandsberg überprüft werden.*

**Zu 4.20 Ansprechperson für PatientInnen, Seite 42**

[Anmerkung LRH: nunmehr Seite 45]

*Hierzu ist zu ergänzen, dass die Vorgehensweise bei der Information der PatientInnen bei Schadensfällen hinsichtlich deren Entschädigungsmöglichkeiten seit November 2009 einheitlich durch eine Richtlinie geregelt wurde. Mit Zuhilfenahme eines Patienteninformationsblattes wird der Patient / die Patientin bzw. dessen gesetzlicher Vertreter über die Möglichkeiten zur Überprüfung der ärztlichen bzw. pflegerischen Behandlung informiert. Diese Information hat im Rahmen eines persönlichen Gespräches zu erfolgen. Mit einem einfach gestalteten Antragsformular soll dem Patienten/ der Patientin die Geltendmachung eines Schadenersatzanspruches direkt beim Rechtsträger KAGes erleichtert werden.*

*Dieses Formular ist dem Patienten / der Patientin bei Bedarf im Rahmen des Informationsgespräches auszuhändigen und zusätzlich in den Sekretariaten der Anstaltsleitungen, der Klinikleitungen, der Abteilungsleitungen bzw. Departmentleitungen aufzulegen.“*

*Zusammenfassend darf daher festgestellt werden, dass sowohl aus den Ausführungen des Landesrechnungshofes als auch aus den Stellungnahmen ableitbar ist, dass das Thema „Qualität im Gesundheitswesen“ in der Steiermark den ihm gebührenden Stellenwert erfährt, der eingeschlagene Weg bestätigt wird und die Anregungen aufgenommen werden, um auf diesem Weg nicht stehen zu bleiben, sondern sich weiter zu entwickeln.*