

Inhaltsverzeichnis

1. Ziele der Arbeit	6
Aufbau der Arbeit.....	7
2. Einleitung	8
2.1 Die Krankenanstalt	8
2.2 Charakteristika der Krankenanstalten	8
2.3 Begriffsdefinitionen	10
2.4 Qualität in der Krankenanstalt.....	12
Dimensionen der Dienstleistungsqualität	12
3. Qualitätsmanagement in Krankenanstalten	14
3.1 Kosten des Qualitätsmanagement	15
3.2 Gesetzliche Qualitätsentwicklung in österreichischen Krankenanstalten	16
Gesundheitsqualitätsgesetz.....	17
3.3 Gesetzliche Gliederung des Qualitätsmanagements in deutschen Krankenanstalten	18
3.4 Gesetzliche Gliederung des Qualitätsmanagements in schweizerischen Spitäler.....	19
3.5 Umfassendes Qualitätsmanagement.....	21
3.6 Vorgaben für die Qualitätsmanagementsysteme.....	23
International Organisation for Standardisation	24
European Foundation for Quality Management - Excellence Modell	24
Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen.....	25
Joint Commission International - Accreditation	26
4. Der Fragebogen	27
4.1 Vorbereitung.....	27
4.1.1 Literatur- und Internetrecherche.....	28
4.1.2 Zielsetzung der Befragung	31
4.1.3 Planung.....	32
4.1.4 Fragenbogenentwurf.....	35
4.1.4.1 Mind-Map.....	35
4.1.4.2 Fragenformat [L3].....	37
4.1.4.3 Antwortabstufungen [L3]	37
4.1.5 Vortests.....	38
4.2 Der Fragebogen zum Qualitätsmanagement in österreichischen Krankenanstalten	39

Anordnung der Fragen [L3]	39
Struktur des Fragebogens	39
4.3 Befragung und Aufbereitung der Daten	48
4.3.1 Aussendung und Rücklaufquote.....	48
4.3.2 Datenaufbereitung	50
4.3.2.1 Übernahme der Daten [20].....	51
4.3.2.2 Skalierung der Merkmale [8], [6].....	51
4.4 Auswertung	52
5. Ergebnisse	54
5.1 Allgemeine Angaben.....	54
5.2 Unterstützung der Umsetzung des Qualitätsmanagements	56
5.3 Qualitätsziele.....	57
5.4 Phasen der Umsetzung des Qualitätsmanagements	58
5.4.1 Gesamte Krankenanstalt.....	58
5.4.2 Einzelne Abteilungen und Prozesse	60
5.5 QM-Vorgaben	61
5.6 Gründe für Nicht-Einführung bzw. Zertifizierung des QM-Systems	63
5.7 Die systematische Qualitätsentwicklung.....	64
5.8 Das Prozess- und Ergebnismanagement	66
5.9 Die Patientensicherheit.....	68
5.10 Die Überwachung bzw. Beurteilung des QM-Systems.....	71
5.11 Die Wichtigkeit und die Aufwand-Nutzen-Relation des Qualitätsmanagements.....	72
5.12 Auswirkungen der Einführung des Qualitätsmanagements auf ausgewählte Aspekte der Krankenanstalt.....	74
5.13 Kreuztabellen-Auswertung der allgemeinen Krankenanstaltenangaben mit Fragenblöcken 2 bis 13	75
5.14 Befragungsergebnisse zum Stand und Entwicklung des Qualitätsmanagements in deutschen Krankenanstalten.....	78
5.15 Befragungsergebnisse zum Stand und Entwicklung des Qualitätsmanagements in den Kantonsspitäler der Schweiz.....	82
5.16 Vergleich der Befragungsergebnisse zum Stand der Entwicklung des Qualitätsmanagements in Österreich, Deutschland und der Schweiz	84
6. Diskussion	86
7. Schlußfolgerung	89

8. Literatur- / Link-Verzeichnis	90
9. Anhang	98
9.1 Abbildungsverzeichnis	98
9.2 Tabellenverzeichnis.....	100
9.3 Der Fragebogen	101
9.4 Skalierung der Merkmale	103
9.5 Häufigkeitstabelle der QM-Maßnahmen.....	106
9.6 Qualitätsmanagement in österreichischen Krankenanstalten: Mind-Map	107
9.7 Vor- und Nachteile verschiedenen Befragungsformen	108
9.8 Tabelle der Auswirkungen der Einführung eines Qualitätsmanagements auf Teilaspekte	108
9.9 Durchführung der Literatur- und Internetrecherche	109
9.10 Fragen-Pool	112
9.11 Kreuztabellen-Auswertungen der allgemeinen Krankenanstalten-Angaben (Fragenblock 1) mit Fragenblöcken 2 bis 13	113
9.12 Tabellen und Korrelationen.....	126
9.13 Begleitbriefe	130

0. Abkürzungsverzeichnis

ABS	Antibiotika- Strategien
Abs.	Absatz
ACHS	The Australian Council on Healthcare Standards
AFQM	Austrian Foundation for Quality Management
APEQ	Agence pour la promotion et l'évaluation de la qualité dans les institutions sanitaires
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BkÄÄ	Bundeskurie Angestellte Ärzte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
ca.	cirka
CCHSA	Canadian Centre for Health and Safety in Agriculture
CIRRNET	Critical Incident Reporting & Reacting NETwork
CIRS	Critical Incident Reporting System
CQI	Continuous Quality Improvement
DACH	Deutschland, Österreich und Schweiz
DIN	Deutsches Institut für Normung
DSG	Datenschutzgesetz 2000
E.F.Q.M.	European Foundation for Quality Management
EQA	European Quality Award
GMP	Good Manufacturing Practise
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
GteIG	Gesundheitstelematikgesetz
H+	Dachverband der Schweizer Spitäler, Kliniken und Institutionen der Rehabilitation und Langzeitpflege
HTA	Health Technologie Assessment
i.d.g.F	In der gesamten Fassung
Id. Nr.	Identifikationsnummer
IHCE	Institut für Health Care Engineering mit Europaprüfstelle für Medizinprodukte

IMI	Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität
IQR	Interquartilbereich
ISO	International Standardisation Organisation
JCAHO	The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations
JCI	Joint Commission International
KAG	Krankenanstaltengesetz
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
Kap.	Kapitel
KH	Krankenhaus
KTQ	Kooperation für die Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KVG	Krankenversicherungsgesetz der Schweiz
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
LBI	Ludwig Boltzmann Institut für Krankenhausorganisation
LSE	London School of Economics and Political Science
Md	Median
MEDSAFE	New Zealand Medicines and Medical Devices Safety Authority
Nr.	Nummer
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖNB	Österreichische Nationalbank
pCC	proCum Cert GmbH
QIP	Quality Indicator Project
QM	Qualitätsmanagement
QMS	Qualitätsmanagementsystem/e
QS	Qualitätssicherung
QSR	Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten
SGB	Sozialgesetzbuch
Tab.	Tabelle
TQM	Total Quality Management
u.a.	Unter anderem; und andere
UQM	Umfassendes Qualitätsmanagement
VQG	Verein für Qualitätssicherung und Qualitätsförderung im Gesundheitswesen
WHO	World Health Organisation
z.B.	Zum Beispiel

1. Ziele der Arbeit

Das österreichische Gesundheitswesen kostet den Staat über ein Zehntel dessen jährlichen Bruttoinlandproduktes, wobei der größte Anteil für die Krankenanstalten anfällt. Die Ursachen sind dem schnellen wirtschaftlichen und technischen Fortschritt, der demografischen Entwicklung und dem steigendem gesellschaftlichen Wertewandel und Anspruchsdenken zuzuschreiben. Das Gesundheitsqualitätsgesetz 2005 (GQG) soll diesen Ursachen entgegenwirken und Grundlage für weitere Qualitätsentwicklungen im Gesundheitswesen sein. Diesen Entwicklungen zu folgen die Finanzierbarkeit des Systems, von nationaler bis institutioneller Ebene zu gewährleisten und gleichzeitig höhere Qualität mit gleichen oder auch weniger Kosten zu leisten. Das bedarf die Qualitätsarbeit aller Beteiligten, mit Unterstützung der Führungsebene und ausreichenden finanziellen Mitteln, sowie auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufbauenden systematischen Qualitätsarbeit, in Form von durchgeführten Qualitätsmanagement-Projekten, -Instrumenten und –Maßnahmen.

Die Aufgabenstellung der Diplomarbeit ist, den Stand der Umsetzung eines krankenhausweiten Qualitätsmanagementsystems (QM-System) und der struktur-, prozess- und ergebnisorientierten QM-Maßnahmen bzw. -Instrumente in österreichischen Krankenanstalten zu erheben. Dazu sollte ein Fragebogen für die Befragung entwickelt werden. Im Rahmen der Befragung soll die wahrgenommene Bedeutung des Qualitätsmanagements und die Rechtfertigung der Einführung eines Qualitätsmanagements untersucht werden (Aufwand-Nutzen-Relation). Im Weiterem sollen die Qualitätsziele der Krankenanstalten und die Auswirkungen der Einführung des Qualitätsmanagements auf ausgewählte Aspekte der Organisation, wie Patientenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit, Nachvollziehbarkeit, internen Kommunikation, Effizienz und Kosten, erhoben werden.

Anschließend soll ein Vergleich der Befragung mit den gefundenen Ergebnissen der Fragebögen zum Qualitätsmanagement aus Deutschland und Schweiz gemacht werden.

Die Beantwortung der gesetzten Ziele erfolgt in drei Phasen:

In der Einarbeitungsphase erfolgt die Vertiefung in die Grundlagen, Begriffe und gesetzlichen Vorgaben des Qualitätsmanagements, sowie in die Entwicklung und statistische Analyse von Fragebögen.

Der zweite Schritt ist eine Literatur- und Internetrecherche zur Ausbreitung der Anwendung von QM-Maßnahmen in Österreich, Deutschland und der Schweiz.

Der dritte Teil ist die Befragung aller österreichischen Krankenanstalten zum „Qualitätsmanagement in österreichischen Krankenanstalten“ mit Hilfe des Fragebogens und anschließender statistischen Auswertung der Ergebnisse.

Aufbau der Arbeit

Um dem Leser einen besseren Überblick zu geben, beginnt das **Kapitel 2** mit der Definition der Krankenanstalt, Qualität und Dienstleistungsqualität in der Krankenanstalt. **Das Kapitel 3** befasst sich mit dem Qualitätsmanagement in der Krankenanstalt, unterstützt durch dessen gesetzliche Gliederung in Österreich, Deutschland und der Schweiz. Am Ende des Kapitels drei werden die vier häufigsten Qualitätsbewertungsverfahren in österreichischen Krankenanstalten kurz erläutert.

Kapitel 4 befasst sich mit der Methodik der Erstellung und des Aufbaus des Fragebogens, unterteilt in vier Phasen: Vorbereitung, Befragung, Aufbereitung der Daten und Auswertung des Fragebogens.

Im **Kapitel 5** werden die einzelnen Ergebnisse der Befragung mit Diagrammen und Tabellen dargestellt und erläutert, sowie der sekundärstatistische Vergleich mit österreichischen Befragungen der Jahre 2004 und 2007 vorgenommen. Am Ende des Kapitels sind die Ergebnisse der Umfragen aus Deutschland und der Schweiz kurz zusammengefasst und der Vergleich mit Österreich wird durchgeführt.

Im **Kapitel 6** sollen wichtige Ergebnisse der Befragung interpretiert und hinterfragt werden. Die Arbeit endet mit Schlussfolgerungen im **Kapitel 7**.

Anmerkung:

1. Die in der Arbeit benützten Formulierungen, wie Patient, Mitarbeiter oder Kunde schließen sowohl die weibliche als auch die männliche Form ein, werden aber wegen leichter Lesbarkeit nicht explizit angeführt.

2. Einleitung

2.1 Die Krankenanstalt

Zitat: [aus BGBl. Nr. 124/2009, §1]

„(1) Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die

1. zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchung,
2. zur Vornahme operativer Eingriffe,
3. zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,
4. zur Entbindung oder
5. für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe

bestimmt sind.

(2) Ferner sind als Krankenanstalten auch Einrichtungen anzusehen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind.“

2.2 Charakteristika der Krankenanstalten

Die Vielfältigkeit und Komplexität der österreichischen Krankenanstalten wird im Folgenden erläutert:

Krankenanstaltentyp

Zitat: [aus BGBl. Nr. 124/2009, §2] „Krankenanstalten im Sinne des §1 sind:

1. Allgemeine Krankenanstalten, das sind Krankenanstalten für Personen ohne Unterschied des Geschlechts, des Alters oder der Art der ärztlichen Betreuung (§1);
2. Sonderkrankenanstalten, das sind Krankenanstalten für die Untersuchung und Behandlung von Personen mit bestimmten Krankheiten oder von Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke;

3. Pflegeanstalten für chronisch Kranke, die ärztlicher Betreuung und besonderer Pflege bedürfen;
4. Sanatorien, das sind Krankenanstalten, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entsprechen;
5. Selbständige Ambulatorien, das sind organisatorisch selbständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen. Der Verwendungszweck eines selbständigen Ambulatoriums erfährt dann keine Änderung, wenn dieses Ambulatorium über eine angemessene Zahl von Betten verfügt, die für eine kurzfristige Unterbringung zur Durchführung ambulanter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unentbehrlich ist. Die Durchführung von Hausbesuchen im jeweiligen Einzugsgebiet ist zulässig.“

Versorgungssektor

Zitat: „**Akutversorgung:** Diesem Sektor sind alle über die Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten, sowie alle weiteren Krankenanstalten, die – entsprechend der Definition von OECD und WHO – eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 18 Tagen oder weniger aufweisen, zugeordnet.

Nicht-Akutversorgung: Dieser Sektor enthält demnach alle restlichen Krankenanstalten.“
[L28]

Träger

Zitat: „Die österreichischen Krankenanstalten weisen eine vielfältige Trägerstruktur auf, indem Krankenanstaltcharakteristika jeweils mehrere Trägerformen aufweisen. Es soll jedoch auf folgende Kombination aus Krankenanstalten mit bzw. ohne Öffentlichkeitsrecht und die Form der Trägerschaft hingewiesen werden: Die häufig gestellte Frage nach „**öffentlichen**“ und „**privaten**“ **Krankenanstalten** lässt sich aus beiden Perspektiven, aber mit unterschiedlichen Ergebnissen beantworten, weil es Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht in privater Trägerschaft ebenso gibt, wie solche ohne Öffentlichkeitsrecht in der Trägerschaft von Gebietskörperschaften, Sozialversicherungsträgern und Fürsorgeverbänden. In

internationalen Statistiken werden unter privaten Krankenanstalten (private hospitals) in der Regel solche von privaten Trägern bzw. Eigentümern verstanden und umgekehrt.“ [L28]

Bettenkapazität

Die Unterscheidung der Krankenanstalten nach ihrer Größe bzw. Bettenzahl (-Kapazität) zeigt in Österreich eher eine klein strukturierte Spitallandschaft. Zehn Krankenanstalten verfügen über 1000 Betten und mehr als ein Viertel haben weniger als 100 Betten. [L28]

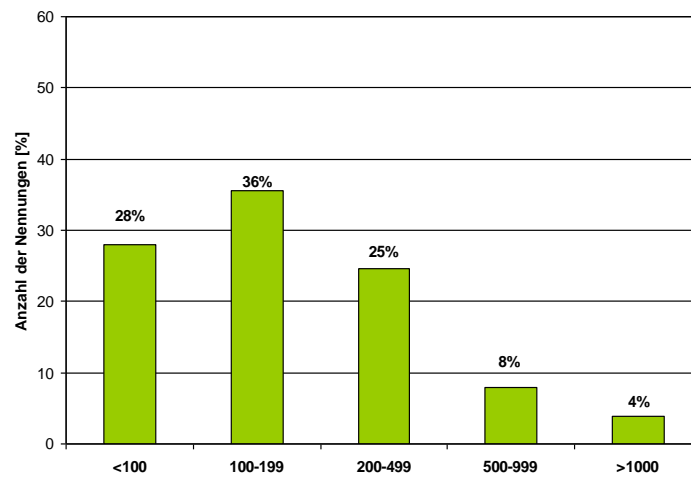


Abbildung 2.1 Angaben zur Bettenkapazität in Österreich des Bundesministeriums für Gesundheit, 2006 (n=264) [L28]

2.3 Begriffsdefinitionen

Unter **Qualitätsmanagement** versteht man entsprechend der Definition nach ÖNORM EN ISO 9000:2000 – aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation, die darauf abzielen, die Qualität der produzierten Produkte oder der angebotenen Dienstleistung zu verbessern. [18] Qualitätsmanagement, früher als „Qualitätssicherung“ benannt, ist ein Oberbegriff, der alle qualitätsbezogenen Tätigkeiten umfasst. In den neuen QM- Normen ist Begriffsinhalt Qualitätssicherung in die Doppelbenennung „QS / QM- Darlegung“ aufgegangen und ist jetzt eine Untermenge des Qualitätsmanagements. Zusammengesetzte Benennungen die den Wordbestandteil „QS“ enthalten, sind durch „Qualitätsmanagement...“ oder „QM-...“ zu ersetzen. [22]

Qualitätssystem wird als, Zitat: „ein Koordinierungs-, Förderungs-, Unterstützungs- und Überwachungssystem des Bundes verstanden, mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsleistungen kontinuierlich zu verbessern.“ [L5]

Unter **Qualitätssicherung** (QS) versteht man heute den, Zitat: "Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden." (ISO 9000:2005). [L32]

Systematische Qualitätsarbeit bedarf das Zusammenwirken aller Akteure auf allen Ebenen, einschließlich der politischen Ebenen von Bund, Ländern und Gemeinden. Wichtig dabei ist auch die Verankerung des Qualitätsbegriffes in den institutionellen Ebenen (Kollegiale Führungen, Ambulatoriumsleitung...) bis hin zu den Ausführungsebenen (Ärzte, Pflegepersonal...) der Krankenanstalten. [L53]

Patientinnen- und Patientenorientierung, Zitat: „im Sinne der Maximierung der Lebensqualität“ [L18], Zitat: „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.“ [L5]

Patientinnen- und Patientensicherheit, Zitat: „Umfasst die Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschte Ereignisse, die zum Schaden der Patientin / des Patienten führen könnte“ [L5]. Zitat: „Als unerwünschtes Ereignis können in diesem Zusammenhang Handlungen, Unterlassungen oder Vorfälle, die zum Schaden der Patientin oder des Patienten führen, interpretiert werden.“ [L18]

Die Transparenz ist die, Zitat: „Nachvollziehbarkeit durch Dokumentation und Analyse der Leistungen und Ergebnisse und deren systematische Überprüfung; Basis für kontinuierliche und systematische Vergleiche zur Qualitätssicherung.“ [L5]

Zertifizierung ist eine Maßnahme, die durch einen unparteiischen Dritten aufzeigt, daß angemessenes Vertrauen besteht, daß ein ordnungsgemäß bezeichnetes Erzeugnis, Verfahren oder Dienstleistung in Übereinstimmung mit einer bestimmten Norm oder einen anderen normativen Dokument übereinstimmt. [14]

Akkreditierung ist eine, Zitat: „Formelle Anerkennung der Kompetenz eines Prüflaboratoriums, bestimmte Prüfungen oder Prüfungsarten auszuführen.“ [14]

2.4 Qualität in der Krankenanstalt

Der Ursprung des Begriffes Qualität (im lateinischen Wort „qualitas“ = Beschaffenheit, Eigenschaft), die als bekanntes alltägliches Synonym für die Güte oder „höherer“ Wert benutzt wird, bezeichnet das österreichische Gesundheitsqualitätsgesetz als, Zitat: „*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.*“ [L10]

Die Definition der Qualität durch GQG ist eine Qualitätsanforderung, die von den Patienten an die Krankenanstalt gestellt wird und bezieht sich sowohl auf die Qualität, die von der Einrichtung explizit zugesichert, als auch vom Patienten stillschweigend vorausgesetzt wird [L16].

Die Qualität ist in erster Linie eine Orientierung eigener Dienstleistungen an den vorgegebenen, subjektiven Qualitätsmerkmalen der Kunden bzw. Patienten. Sie ist relativ und wird mit Hilfe von vereinbarten und/oder vorausgesetzten Qualitätsanforderungen gemessen, somit hängt sie immer von einem sich stetig entwickelnden und oft instabilen Wertesystem ab. [12], [L43]

Eine weitere wichtige Unterscheidung nach „objektiver“ und „subjektiver“ Qualität geht auf Aristoteles zurück (384 v. Chr.). Die objektive (a priori; Emanuel Kant) Qualität ist chemisch, physisch oder mathematisch zu beschreiben und die subjektive (a posteriori) als durch Sinnesorgane transformierte und wahrgenommene Qualität.

Das Krankenhaus durch ihre komplexen und dynamischen Strukturen fordert das Einbeziehen beider Formen der Qualitäten, der objektiven als auch der subjektiven.

Dimensionen der Dienstleistungsqualität

Das moderne Qualitätskonzept wurde erstmalig Ende der 60er Jahre durch drei Dimensionen der Qualität nach Donabedian als Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität formuliert und ist Grundlage eines Regelkreises, auf dem die *kontinuierliche Verbesserung* aufbaut:

Unter **Strukturqualität** (Potentialdimension [L43], [19]), auch als Leistungspotential des Anbieters (Krankenhaus) gemeint, werden sowohl sachliche als auch personelle Rahmenbedingungen (qualitative und quantitative Ausstattung) verstanden, unter denen Gesundheitsleistungen erbracht werden. [L5] Sie umfasst die relativ stabilen Eigenschaften der eingesetzten personellen und materiellen Ressourcen, die die Messung und Erfassung der Strukturqualität leichter durchführbar machen, ihr Einfluss auf die Ergebnisqualität ist jedoch unbestimmt. [11], [20]

Prozessqualität gilt als wichtigste der drei Qualitätskategorien und umfasst einerseits die Vorgehensweise bei medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen und berücksichtigt andererseits den gesamten Betreuungsverlauf, sowohl die medizinische- als auch die nicht-medizinische Betreuung. Die Leitlinien, Verfahrensanweisungen, Behandlungspfade, Standards, im Sinne der „Best Medical Practice“, bilden Grundlage für die objektive Qualitätsmessung der medizinischen Leistung, um unnötige Varianzen zu minimieren, den Erholungsprozess zu optimieren, und kontinuierliche Verbesserung zu sichern. [20]

Die Parameter der Prozessqualität sind:

- Zugang zur Versorgung,
- Inanspruchnahme medizinischer/therapeutischer/pflegerischer Leistungen (Angemessenheit),
- technische Qualität der diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistung,
- interpersonelle Komponente (Interaktion, Kooperation). [L18]

Die **Ergebnisqualität** als Resultat (Outcome) von Strukturqualität und Prozessqualität [7], [L18], wird im Gesundheitswesen auch als Zielerreichungsgrad des professionell eingeschätzten Ergebnisses der Gesundheitsleistung (Gesundheitszustandes) unter Berücksichtigung der subjektiven Zufriedenheit der Patienten bzw. Bevölkerungsgruppen, die Beeinflussung deren sozialen und psychologischen Funktionen, sowie die durch die erbrachte Leistung gewonnene Lebensqualität, definiert. [L5]

Die Ergebnisqualität ist direktester Indikator für die Versorgungsleistungsqualität und bezieht sich auf medizinische und nicht-medizinische Betreuung. Die objektive Messung der Ergebnisqualität gestaltet sich wegen Heterogenität der Ausgangssituation des Patienten (Individuen) als äußerst schwierig. [20]

3. Qualitätsmanagement in Krankenanstalten

Ausgehend von der Annahme, dass einer der bedeutenden Grundsätze der Krankenanstalten die Sicherstellung einer qualitativ gleichwertigen Gesundheitsversorgung für alle ist, besteht der Auftrag dieser Bestrebungen in der Erreichung eines zumindest akzeptablen oder ein darüber hinausgehendes Qualitätsniveau der Gesundheitsversorgung zu erreichen. [L30]

Der ökonomische Druck auf das österreichische Gesundheitssystem, verursacht durch die demografischen und gesetzlichen Rahmenbedingungen, schnelle medizinische Fortschritte, steigender Wettbewerb und ändernde Kundenansprüche, führen oft zu nachteiligen Auswirkungen, die wirtschaftlich und prozessorientiert zu reduzieren bzw. zu verhindern sind. [19] Alle externen und internen Einflussfaktoren und Anspruchsgruppen in Einklang zu bringen, bedarf es einer systematischen Qualitätsarbeit unter Berücksichtigung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Durch ändernde Rahmenbedingungen hat das Thema Qualitätsmanagement in den letzten Jahren das Interesse geweckt und stark an Bedeutung gewonnen. Die Umsetzung erfolgt auf regulativer Ebene (z.B.: nationale oder regionale Körperschaften), der Ebene der Leistungserbringer (z.B.: Ärztekammern), der institutionellen Ebene (z.B.: Krankenanstalten) und der Zahler-Ebene (z.B.: Sozialversicherungen). Weiter hinaus können die Anstrengungen auf individuelle Patienten, Bevölkerungsgruppen oder an die österreichische Gesundheitssystemebene gerichtet werden. [L31]

Die Beweggründe der Krankenanstalten für Qualitätsmanagement und Förderung der Qualität können als interne und externe Beweggründe definiert werden [19]:

Interne Beweggründe:	Externe Beweggründe:
Berufsethik mit Sicherung der optimalen Behandlung	Gesetzlicher Auftrag
Mittelknappheit	Zunehmender Wettbewerb
Mitarbeiterzufriedenheit	Nachweis der Leistungsqualität
Einbezug aller Mitarbeiter	Kunden werden anspruchsvoller
	Haftung

Das Qualitätsmanagement dient als Querschnittsdisziplin aller Organisationsebenen zur Analyse, Überwachung, Beurteilung und Regelung der Qualität materieller und immaterieller Leistungen/Produkte und entsprechender Prozesse. Aus dem Aspekt der Gesamtführungsaufgabe handelt sich dabei um alle Maßnahmen und Tätigkeiten, die durch

Qualitätspolitik festgelegt, sowie durch die Ziele und Verantwortungen definiert werden, unter Verwirklichung der Qualitätsplanung, Qualitätslenkung, Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung. [22] Die im Rahmen eines Qualitätsmanagements resultierenden Qualitätsdaten bilden die Grundlage für gezielte Qualitätsverbesserung. [2]

3.1 Kosten des Qualitätsmanagement

Das Bereitstellen der erforderlichen finanziellen, personellen und strukturellen Ressourcen ist für ein systematisches Qualitätsmanagement unerlässlich. Werden die Ressourcen nicht von Dritten (z.B.: Träger) zur Verfügung gestellt, muss die Krankenanstalten selbst die notwendigen Qualitätsmanagement-Mittel bereitstellen und die Frage beantworten, wie sie sich ein Qualitätsmanagement (-System) leisten könne, um rechtzeitig konkrete, realistische effizienz-, kosten- und nutzenorientierte Analysen durchzuführen. [23]

Die Einführung des Qualitätsmanagements (-Systems) kostet Zeit und Geld. Zeit wird zunächst für neue Zusatzaufgaben und Geld für Überstunden und zusätzliche personelle Unterstützung der Mitarbeiter, sowie externe Berater aufgewendet. Doch diese Entwicklungen sind als unternehmerische Investitionen, die sich mit der Zeit rechnen müssen, zu sehen. Die Umstellung mit Hilfe des Qualitätsmanagements sollte nach etwa drei Jahren ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen. [13]

Eine umfassende Studie auf europäischer Ebene (1999) [20] (Kap. 4.1.1), über den Stand der Einführung des Total Quality Managements in Akut-Krankenanstalten Europas, ergab dass sich in ca. 60% der Krankenanstalten die Ausgaben für das Qualitätsmanagement, als Anteil an den gesamten Ausgaben der Krankenanstalt, auf unter 0,5% belaufen. Die Krankenanstalten die mehr als 0,5% an Gesamtausgaben in Qualitätsmanagement investieren, wußten in der Befragung durchschnittlich stärkere Ausprägung des Qualitätsmanagements auf (höhere Punktezahl).

Zitat: „Die Erarbeitung eines jährlichen Kostenrahmens als Diskussionsgrundlage ist mithin gutes Recht der Klinikleitung und dient der besseren Steuerung und Lenkung der verfügbarer Mittel.“ [L32]

3.2 Gesetzliche Qualitätsentwicklung in österreichischen Krankenanstalten

Die Qualitätsentwicklung und Durchführung der ersten bundesweit angelegten Qualitätsprojekte wurden seit Beginn der 90er Jahre initiiert und forciert, vielfach als Reaktion auf aktuelle gesundheitspolitische Notwendigkeiten, kostendämpfender und effizienzsteigernder Steuerungsmaßnahmen. Dazu zählen u.a. Projekte zu den Themen Qualitätsberichterstattung, Patientinnen- und Patientensicherheit und Vermeidung unerwünschter Ereignisse, Strukturqualitätskriterien, Optimierung des Antibiotika-Einsatzes, Optimierung des Verbrauchs von Blutkomponenten, Patientinnen- und Patientenorientierung, Nahtstellenmanagement, Hygiene, Ergebnisqualität und Qualitätssicherung in der mikrobiologischen Diagnostik. [L18], [L42]

Die ersten Versuche, die Qualitätsarbeit in den österreichischen Krankenanstalten gesetzlich zu verankern, begann mit der Veröffentlichung der 1. Bundes-KAG Novelle 1993 §5b Absatz (1-5), indem Träger von Krankenanstalten verpflichtet wurden, im Rahmen ihrer Organisation interne Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen, unter Berücksichtigung der vergleichenden Prüfungen mit anderen Krankenanstalten (externe Qualitätssicherung, Benchmarking). [17], [L11]

Das Gesetz verankerte schon die Qualitätssicherung in den Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, sowie multiprofessionelle Kommissionen in bettenführenden Anstalten einzuführen. [L42]

Erst nach längerem Beobachtungszeitraum mit der Gesundheitsreform 2005 bekommt das „Qualitätsmanagement“ im Gesundheitswesen durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen verpflichtenden Charakter, wobei folgende Zielsetzungen festgelegt wurden: [L47]

1. Maßnahmen zur Überwindung der strikten Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens und zur Erreichung einer besseren Abstimmung in der Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens;
2. Maßnahmen zur längerfristigen Sicherstellung der Finanzierbarkeit;
3. Maßnahmen zur Unterstützung von Vorsorgemaßnahmen und zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität.

Zitat: *„Qualitätsmanagement sollte zu konsequenter, kontinuierlicher Qualitätssicherung führen, zu einer Denkhaltung und Einstellung, die ständige steigende Qualität ermöglicht“*
[L24]

Gesundheitsqualitätsgesetz

Die inhaltlichen Kernpunkte des österreichischen Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz - GQG) beziehen sich auf Vorgaben für die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen und der damit in Zusammenhang stehenden Standardentwicklung (§4), die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als Dimensionen der Qualitätsarbeit und eines gesamten Qualitätssystems (§5), die Qualitätsberichterstattung und Information (§6), Förderungsmaßnahmen und Anreizmechanismen (§7), Kontrollmechanismen (§8) für die Qualitätsarbeit, sowie die Strafbestimmungen (§10).

Die Krankenanstalten in Österreich sind nach Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) §1 Absatz (1) - Auszug aus dem Gesundheitsreformgesetz 2005 (BGBl. I Nr. 179/2004 [L5]), verpflichtet, systematische Qualitätsarbeit zu implementieren, intensivieren und aufrechtzuerhalten. Die Qualitätsarbeit ist zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität, auf Prinzipien der Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität, Effizienz und Kostendämpfung [L12] nachhaltig zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren. Dabei ist besonderes Augenmerk auf die Patientensicherheit zu legen.

Unter Obhut der Bundesministerin / Des Bundesministers für Gesundheit und Frauen soll der Aufbau, Weiterentwicklung, Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden Qualitätssystems bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend erfolgen.

Darüber hinaus wurde im GQG §6, Abs.(1) festgehalten, eine regelmäßige Qualitätsberichterstattung aufzubauen im Hinblick auf den Aufbau, die Weiterentwicklung, die Sicherung und die Evaluation eines flächendeckendes Qualitätssystems, unter dessen Rahmen die Festlegung der Strukturkriterien (§5, Abs. (2)) der Prozess- (§5, Abs. (3)) und Ergebnisqualitätsindikatoren (§5, Abs. (4)), sowie die Erlassung und Unterstützung durch Bundesqualitätsstandards und –Leitlinien erfolgen soll.

Neben §15a-Vereinbarung bilden das Gesundheitsreformgesetz (BGBl. I Nr. 179/2004) mit den Teilbereichen des Gesundheitsqualitätsgesetzes (GQG) und dem Gesundheitstelematikgesetz (GtelG) [L7], die Kernstücke der Gesundheitsreform.

Auch mit der neuen Vereinbarung für die Jahre 2008 bis 2013, gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens werden die Arbeiten zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität unterstützt und weitergeführt.

[L45] Mit dem GQG 2005 wurden in Österreich gesetzliche Rahmenbedingungen für eine bundesweite und sektorenübergreifende, nicht nur auf Krankenanstalten beschränkte Qualitätsentwicklung gelegt.

In Österreich wurde 2001 eine Studie zum Thema: „Österreichische Zertifizierungsmodell für Gesundheitseinrichtungen - Anforderungen und Rahmenbedingungen“ durchgeführt. [L23] Im Jahr 2002 erfolgte eine Literaturstudie und eine vergleichende Darstellung zu den integrierten Bewertungsverfahren für Krankenhäuser unter Berücksichtigung von Qualitätsmanagement, Gesundheitsförderung und Umweltmanagement. [L26]

3.3 Gesetzliche Gliederung des Qualitätsmanagements in deutschen Krankenanstalten

Der Weg der Entwicklung des Qualitätsmanagements in Deutschland begann mit „Qualitätskontrolle“ in den 50er Jahren, durch die Ergebnisorientierung, Stichprobenverfahren und Strukturverbesserungen. Der nächste Schritt war die „Systematische Qualitätssicherung“ mit Orientierung an die Prozesse, QS-Abteilungen und Verfahrensanweisungen. Die Qualitätssicherung ging ab 1990 in das „Umfassendes Qualitätsmanagement“ mit der Ergebnisorientierung, Einbezug der Kunden, aller Mitarbeiter und Geschäftsprozesse, sowie der Ausrichtung an den PDCA-Kreis über. In der Phase des umfassenden Qualitätsmanagements stellten sich die Fragen der Transparenz, des Qualitätswettbewerbs und der Managementperspektive in den Mittelpunkt mit besonderer Bedeutung der „Externen-Qualitätssicherung“ durch das Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz, 1989). Die Verankerung, im Fünften Teil des Sozialgesetzbuchs, der Beteiligung an QS-Maßnahmen für alle (SGB V, §108) zugelassenen Krankenanstalten, ermöglichte gesetzlich das Benchmarking mit Folgen der Verbesserung der Ergebnisqualität (SGB V, §135a). [L46], [L54]

Im Jahr 2002 haben die Gesetzgeber die Veränderungen der Vergütungsform für Krankenhausleistungen durch Diagnosis Related Groups (DRG) eingeführt, was die Krankenanstalten zu neuen strategischen Ausrichtungen und zum Umdenken gezwungen hat. Ab dem Jahr haben die deutschen Krankenanstalten gesetzliche Rahmen für das Qualitätsmanagement durch das SGB V §135a, bekommen und, Zitat: *„sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die*

Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden“ [SGB V, §135a] und die, Zitat: „Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach §111a besteht, sind nach Maßgabe der §§137 und 137d verpflichtet sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“ [SGB V, §137].

Das Gesetz schreibt nicht vor, auf welcher Grundlage ein funktionsfähiges Qualitätsmanagement aufzubauen ist, doch der Grundgedanke des Qualitätsmanagements ist die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf einem hohen Niveau zu halten, sektoren- und berufsübergreifend zu arbeiten und den Nachweis der Erfüllung der Fortbildungspflichten zu erbringen. (SGB V §137: Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung). Im Weiteren sollten zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität Indikatoren, Instrumente und die notwendige Dokumentation entwickelt werden, sowie die Ergebnisse der QS-Maßnahmen durch die Institution auf geeigneter Weise veröffentlicht werden (SGB V, §137a). [L55],[L25]

3.4 Gesetzliche Gliederung des Qualitätsmanagements in schweizerischen Spitälern

Die schweizerischen Gesamtausgaben für Gesundheit sind mit 10,7% des Bruttoinlandproduktes (nach OECD-Gesundheitsdaten, 2007 [L38]) an dritten Stelle (hinter den Vereinigten Staaten mit 16% und Norwegen mit 11%). Der erhöhte Spardruck durch externe Institutionen, gesetzliche Regelungen und Konkurrenzkampf führten zu Reformmaßnahmen mit Reduktion der Kosten bei Aufrechterhaltung der Qualität für immer anspruchsvollere Kunden. [L19] Die Santésuisse definierte als erstes strategisches Ziel die, Zitat: „Förderung von hoher Qualität, wirtschaftlicher Leistungserbringung und Transparenz, um dadurch die Kosten für die Gesundheitsversorgung zu senken.“ [L48]

In der Schweiz wird das Gesundheitswesen in allen Kantonen durch die Vertragsverhandlungen zwischen den Leistungsanbietern (Verbände) und den Vereinigungen der Kostenträger (Versicherungen) organisiert. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und die dazugehörige Verordnung (KVV) geben den Rahmen auf Bundesebene vor. [L1] Am

1. Januar 1996 bekam das schweizerische Gesundheitswesen die gesetzliche Grundlage zur Sicherung und Förderung der Leistungsqualität in den Spitälern/Kliniken durch das Krankenversicherungsgesetz (KVG) Artikel 58, indem dem Bundesrat die Kompetenz für die systematischen Kontrollen zur Sicherung der Qualität obliegt als, Zitat: „*Junktum zwischen Qualität und Vergütung von Leistungen*“ [L35] und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) Artikel 77 (Qualitätssicherung) Abs.1, indem die Umsetzung, sowie die Konzepte und Programme zur Qualitätssicherung und –Förderung, an die Leistungserbringer bzw. deren Verbände delegiert werden. [L9], [L57], [L36]

Im Jahr 1997, gestützt auf die gesetzlichen Vorgaben der KVV Artikel 77 Abs.2, wurde der Rahmenvertrag betreffend Qualitätsmanagement zwischen H+ Die Spitäler der Schweiz und Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK - Santésuisse) unterzeichnet und 2004 revidiert mit den Zielen (u.a.): [L52]

- Patientenorientierte Leistungserbringung
- Ausweis über Qualitätsmaßnahmen
- Anreiz für umfassendes internes Qualitätsmanagement
- Koordination des Einsatzes von Qualitätsinstrumenten
- Erfüllung des gesetzlichen Auftrags

Bei nicht Vorhandensein eines QS-Systems besteht nach KVG Artikel 59 für die Versicherer die Möglichkeit, einem Leistungserbringer die Tätigkeit nicht oder nicht mehr zu gestatten. [L9] Damit die gesetzlichen Bestimmungen erfüllt werden, bedarf das Spital eines systematisch aufgebauten und umgesetzten Qualitätsmanagements, basierend auf der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung (CQI), der von der Führungsebene initiiert und getragen wird. Das Konzept begreift die Qualitätsförderung im ganzheitlichen Sinn unter Berücksichtigung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, sowie der Grundsätze des umfassenden Qualitätsmanagements (Kap. 3.5), wobei der Qualitätsbericht das zentrale Instrument für die Umsetzung des Konzeptes darstellt. [L1]

3.5 Umfassendes Qualitätsmanagement

Zur Erlangung eines ISO-Zertifikates muss die Organisation die Qualitätsfähigkeit durch bestimmte Anforderungen erfüllen und schriftlich festlegen. Will man sich damit nicht zufrieden geben, kann eine weitere Stufe der Qualitätsentwicklung begangen werden, die eine Gesundheitsorganisation durch gelebtes, auf Selbstkontrolle aufbauendes Qualitätsmanagement auszeichnet, ein umfassendes Qualitätsmanagement (UQM), auch als TQM (Total Quality Management) bezeichnet (Abb. 3.1). [2]

Total Quality Management wird als Managementansatz verstanden der, Zitat: „auf die Mitwirkung aller ihrer Mitglieder einer Organisation, der Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellung der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg, sowie Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für das Gesellschaft zieht.“ [19]

TQM ist somit ein offenes System, das von jeder Krankenanstalt durch, Zitat: „die Revolution des Denkens“ [L43] und Einbezug deren spezifischer Ausprägungen, individuell gestaltet wird. [19]

Die Qualität kann nicht geprüft, sie kann nur produziert / geleistet werden [L43], indem die gesamte Unternehmensführung alle Mitarbeiter und Aktivitäten, sowie die Unternehmensumwelt, nach dem Quer- und Längsschnitt einbezieht. Vorrangiges Unternehmensziel ist das prospektive Erreichen eines hohen Qualitätsniveaus der Leistung/des Produktes, sowie die kunden- und schnittstellenorientierte Ausrichtung (Zieldimension [10]). Die Kundenanforderungen werden zu Qualitätsanforderungen. [22], [2]

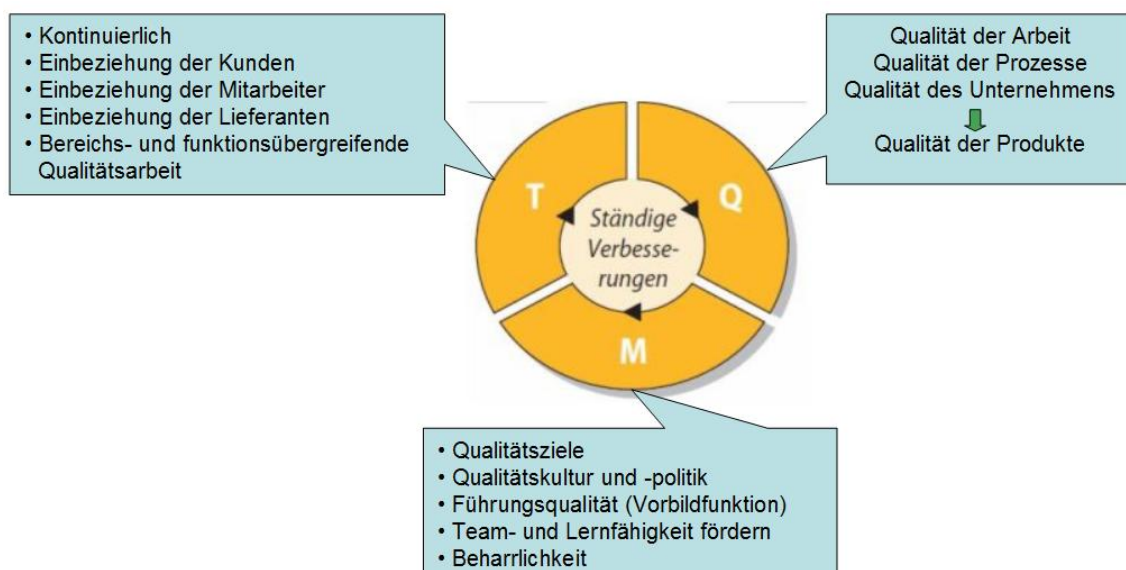


Abbildung 3.1 Grundpfeiler des umfassenden Qualitätsmanagements [10],[14]

Jeder der drei Buchstaben steht für einen wichtigen Inhalt: [10], [14]

- **T** für Total („Ganzheitlich“) heißt bereichs- und berufsübergreifendes Engagement aller Mitarbeiter und Kunden, sowie die Übertragung der Qualitätsverantwortung zur Erreichung einer höheren Leistungsmotivation und Mitverantwortlichkeit.
- **Q** verdeutlicht die „Erfüllung der Kundenbedürfnisse“ und steht für Qualität der Arbeit, Prozesse und des Unternehmens, aus dem heraus die Qualität der Leistungen / Produkte erwächst.
- **M** als Management, Vorbildfunktion und Führungskomponente, muss TQM als umfassende Führungsaufgabe verstehen und vorleben mit der Aufgabe Qualitätspolitik und Qualitätsziele abzuleiten, sowie die Zusammenarbeit und Qualifikation der Mitarbeiter zu heben.

Darüber hinaus kann man aus unterschiedlichen Definitionen des umfassenden Qualitätsmanagement der QM-Vordenker, sechs wesentliche Prinzipien identifizieren, die auch als grundlegende Werte bezeichnet werden können:

1. Führung und Support,
2. Einbezug aller Mitarbeiter,
3. Kundenorientierung,
4. Prozessorientierung,
5. kontinuierliche Verbesserung sowie
6. Partnerschaft mit Lieferanten. [20]

Alle Anforderungen die an das Qualitätsmanagement fallen in systematische Ordnung zu bringen, braucht es an viel qualitäts- und prozessorientierten Denken und Willen zur Verwirklichung der Qualitätsziele. Qualitätsmanagementsysteme bieten dabei systematische Unterstützung und Abhilfe.

3.6 Vorgaben für die Qualitätsmanagementsysteme

Im Laufe der Zeit haben sich international zahlreiche verschiedene Systeme entwickelt, nach deren Vorgaben und Strukturen Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen eingeführt werden. Unter QM-Systeme versteht man die festgelegte Ablauf- und Aufbauorganisation und die dazu notwendigen Ressourcen zur einheitlichen und gezielten Durchführung der krankenhausinternen und –externen systematischen Analysen, der Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle der qualitätssichernde Aspekte der Qualitätsarbeit. [3], [19] Auf internationaler Ebene konkurrieren etablierte Qualitätsbewertungsverfahren, wie ISO 9000ff, E.F.Q.M., KTQ, JCI u.a., untereinander. Die wichtige Aufgabe der Krankenanstalten bzw. der Träger ist es, die Entscheidung zu treffen nach welchen QM-Vorgaben (-Modelle) das interne Qualitätsmanagement aufzubauen und den Weg der Qualitätsentwicklung zu planen.

Einige diese QM-Vorgaben werden zur Zertifizierung bzw. Akkreditierung herangezogen.

Zitat: „Zertifizierungen und Akkreditierungen bezeichnen Systeme der externen Evaluation auf der Basis vorgeschriebener und offen gelegter Anforderungen (Standards, Kriterien)“ [L26] und die geforderten Qualitätsmerkmale werden z.B.: in Form von ISO Norm oder des Manuals definiert.

Der Ablauf der Einführung eines QM-Systems erfolgt durch die Phasen der Planung, Vorbereitung, Einführung und Zertifizierung bzw. Akkreditierung. Nach der Planung des Modells erfolgt die Vorbereitungsphase mit abschließender Selbstbewertung der Krankenanstalt oder Abteilung/en anhand vorgegebener Standards bzw. die Maßnahmen für die Erfüllung der Anforderungen werden gesetzt und in der Einführungsphase umgesetzt. Nach erfolgreicher Einführung kann sich die Krankenanstalt anschließend einer Fremdbewertung durch die Beauftragten der Zertifizierungs-/ Akkreditierungsstelle (z.B.: Auditoren, Visitoren) unterziehen. Eine positive Bewertung bringt die Vergabe eines Zertifikates bzw. einer Akkreditierung mit sich. [L26]

Wichtige Qualitätsmanagement-Modelle sind ISO 9000ff und E.F.Q.M., die primär für die Industrie entwickelt wurden und im Laufe der Zeit an die Anforderungen und Besonderheiten des Gesundheitswesens angepasst werden. [19]

International Organisation for Standardisation

Die ISO-Normenreihe wurde entwickelt, damit durch Prozessregelung und –Kontrolle gleich bleibende Qualität der Produkte bzw. Dienstleistungen sichergestellt wird. Es ist ein prozessorientiertes System das ein vollständiges QM-Handbuch und erarbeitete Verfahrens- und Arbeitsanweisungen voraussetzt. Für diesen Zweck enthält die Norm alle relevanten qualitätssichernde Anforderungen, die primär struktur- und prozessorientiert sind. [19], [L34] Das Modell untersucht bzw. schreibt die Anforderungen der Kunden vor und untersucht die Bereiche Qualitätsmanagement, Verantwortung der Leitung, Management der Mittel, sowie Messung, Analyse und Verbesserung der Prozesse und Strukturen. [17] Die Kernelemente, die die Qualität des Unternehmens nach ISO 9000:2005 setzen, sind die Qualität der Organisation, Mitarbeiter, Produkte, sowie Verfahren und Prozesse. Die Zertifizierung im Rahmen einer externen Prüfung (Audit) erfolgt durch einen Auditor [19]. Die ISO 9000ff, legt Mindestanforderungen an ein QM-System fest und bietet somit einen guten Grundbaustein und Hilfestellung zur Entwicklung eines umfassenden Qualitätsmanagement. [20], [L26]

European Foundation for Quality Management - Excellence Modell

European Foundation for Quality Management [L20] wurde 1988 gegründet. Die Quality Austria (2004) ist der österreichische Zweig als Trainings-, Zertifizierungs- und Begutachtungs- GmbH [L49]. Das E.F.Q.M. Modell stellt eine Managementphilosophie (TQM-Gedanke) mit unterschiedlichen Strategien und Konzepten dar, die zur systematischen kontinuierlichen Verbesserung verpflichtet und branchenneutral zusammengefasst ist. Primär dient das Modell als „Messinstrument“ zur Selbstbewertung der eigenen Organisationsqualität, wobei es nicht um die Zertifizierung, wie bei anderen Bewertungsverfahren geht, sondern um einen Qualitätswettbewerb zur Exzellenz (Austria Gütezeichen). Die Bewertung (Assessment) basiert auf dem umfassenden IST- Vergleich, das von internen Mitarbeiter oder durch Unterstützung der externen Experten periodisch durchgeführt werden soll, um die Validität der Daten zu erhöhen, sonst wird der Organisation der „Status quo“ verliehen. [L34]

Das Bewertungsverfahren teilt sich in Befähiger- und Ergebniskriterien. „Die Befähigerkriterien“ sind die Bereiche, die der Gestaltung des „Wer“ und „Wie“ die

Qualitätsmanagementziele in Ergebnisse umwandelt, wie die Führung, Mitarbeiterorientierung, das Leitbild und die Strategie, das Ressourceneinsatz, sowie die Prozessqualität. „Die Ergebnisse“ sind das angestrebte „Was“ durch die Wirkung der Befähiger erreicht werden soll. Die Ergebniskriterien sind die Zufriedenheit der Leistungserbringer und –Empfänger, gesellschaftliche Verantwortung, sowie die Ergebnisqualität. Um eine nachhaltige Exzellenz zu erzielen bedarf es Verbesserungen in allen neun Ergebniskriterien der Organisationsleistung zu erzielen [L26].

Wichtige Qualitätsmanagement-Modelle Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO) und Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) sind auf die Gesundheitsbranche ausgerichtet. [19]

Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen

Die Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen- GmbH wurde im Jahr 2001 (KTQ- GmbH - Deutschland) [L17] als Zertifizierungsstelle gegründet und hat derzeit über 1000 Krankenanstalten nach dem KTQ Konzept zertifiziert (2007 waren es 500). [L15] In Österreich sind 9 Krankenanstalten zertifiziert, davon 7 mit pCC-Zertifikat. [L29]

Das KTQ- Verfahren umfasst die gesamte Krankenanstalten und beinhaltet im Rahmen der Akkreditierung sowohl die Selbstbewertung als auch die Fremdbewertung der Organisation mit der anschließenden Veröffentlichung des KTQ- Qualitätsberichts. Dieses krankenhausspezifische Zertifizierungsverfahren stellt eine Kombination und Weiterentwicklung des statischen ISO-Modells und dynamischen EFQM-Modells dar mit konzeptioneller Anlehnung an JCAHO, Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) [L4] und Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA). [L13], [17], [L26] Als Ergänzung zum Verfahren kann die ProCUM Cert – Zertifizierung, die Qualitätskriterien mit konfessioneller Orientierung für kirchliche Krankenanstalten und soziale Einrichtungen enthält, miteinbezogen werden. [L26]

Das KTQ- Verfahren orientiert sich an sechs Kategorien: die Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informationswesen, Führung und Qualitätsmanagement. Diese Kategorien differenzieren sich in 20 Subkategorien und 71 Kriterien aus und die Fragen innerhalb der Kriterienebenen orientieren sich am Deming - Kreis. Die Bewertung erfolgt anhand der Kriterienpunkte, die aufsummiert werden. Für die Zertifikaterstellung braucht die Organisation 837 Punkte von 1299 erreichbaren. [L27]

Joint Commission International - Accreditation

Joint Commission International – Accreditation (JCI) [L56], ist der internationale Zweig der Joint Commission Accreditation for Healthcare Organisations (JCAHO) und die älteste, private, unabhängige und gemeinnützige Körperschaft für Akkreditierungen von Gesundheitseinrichtungen. 1999 wurde ein Vertrag mit Joint Commission zur Einführung der Krankenanstalten-Zertifizierungsverfahren für Österreich, Deutschland und Schweiz unterschrieben mit deutschsprachiger Fassung der Standards. [L26]

Das Verfahren hat 355 Standards, die in patienten- und organisationsorientierte Standards unterteilt werden, sowie mehr als 1000 messbare Kriterien für verschiedene Bereiche. Die Krankenanstalten müssen 170 Standards obligatorisch erfüllen und von den restlichen, 50% auswählen und erfüllen. [6]

Das Moderne QM-System bzw. das integrierte Bewertungsverfahren formuliert nicht nur Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, sondern berücksichtigt darüber hinaus die Gesundheitsförderung (GQG, §17) und das Umweltmanagement. Zitat: *„Bezogen auf Bewertungsverfahren erhebt keines der bekannten Verfahren den Anspruch, sozusagen „all in one“ alle Bereiche zu erfassen.“* [L26] Angemessenen Lösungssatz können „komplementäre Ansätze“ (Crosswalks) anbieten, indem die zur Verfügung stehenden QM- Modelle und - Maßnahmen innerhalb des krankenhausinternen Qualitätsmanagements systematisch miteinander kombiniert werden, z.B.: gut strukturierte Grundstruktur und offene Merkmalausprägung der EFQM- Befähigerkriterien mit krankenhauspezifischen KTQ-Merkmalen. [L26]

Zur weiterführenden Information zu den integrierten Bewertungsverfahren wird an dieser Stelle an die Literaturstudie und vergleichende Darstellung des Ludwig Boltzmann Institutes für Medizin- und Gesundheitssoziologie *„Integrierte Bewertungsverfahren für Krankenhäuser – unter Berücksichtigung von Qualitätsmanagement, Gesundheitsförderung und Umweltmanagement“* hingewiesen. [L26]

4. Der Fragebogen

In diesem Kapitel soll die Methodik der Entwicklung des Fragebogens, zur Ausbreitung und Ausprägung des Qualitätsmanagements in österreichischen Krankenanstalten, erläutert werden. Die Untersuchung erfolgte in vier Schritten (Abb. 4.1), die für eine wissenschaftliche Arbeit in der Statistik empfohlen werden. [20]

Neben der Festlegung der Ziele der Befragung (Kap. 4.1) und theoretischen Auseinandersetzung mit dem Thema, erfasst die Vorbereitungsphase die Planung in inhaltlicher und methodischer Hinsicht, sowie die Gestaltung und anschließende Evaluation des Fragebogens.

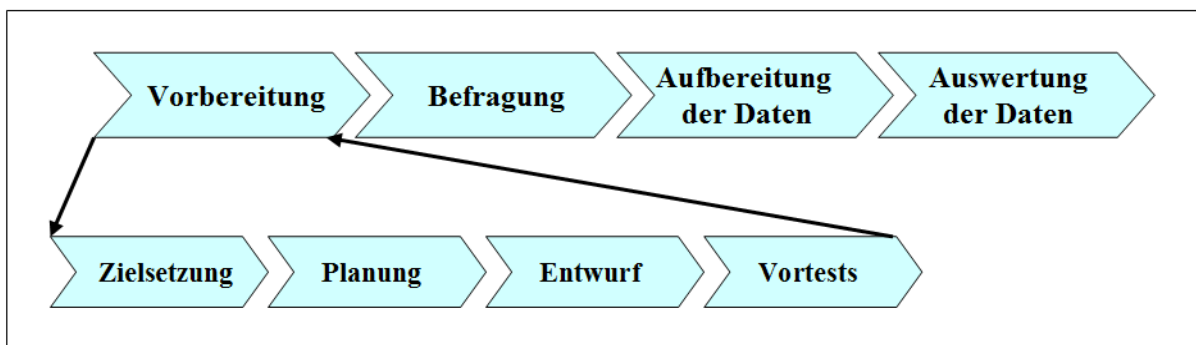


Abbildung 4.1 Die Methodik der Entwicklung des Fragebogens [20]

In der zweiten Phase der Befragung werden statistische Ausgangsdaten durch zwei Aussendungen der Befragung gewonnen und in der Aufbereitungsphase für die statistische Auswertung vorbereitet. Die Auswertungsphase befasst sich mit quantitativ-statistischer Analyse der Daten, sowie der Darstellung der Ergebnisse im Kapitel 5 mit anschließender Interpretation (Kap. 6). [20]

4.1 Vorbereitung

Der erste Schritt der Vorbereitung ist die Durchführung von Literatur- und Internetrecherche (Anhang 9.9) als auch die theoretische Vertiefung in das Thema der Diplomarbeit, weil die Entwicklung des Fragebogens auf den Ergebnissen der Literaturrecherche basiert. Im nächsten Schritt wird die Zielsetzung der Befragung festgelegt. Zur Beantwortung der Zielsetzung werden vor allem quantitative Daten der schriftlichen Befragung benötigt.

4.1.1 Literatur- und Internetrecherche

Die Recherche orientierte sich vorwiegend an Österreich, Deutschland und der Schweiz. In der ausführlichen Durchführung der Literatur- und Internetrecherche (Anhang 9.9) wurden die im Anhang 9.10 aufgelisteten Datenquellen herausgefunden, die das Qualitätsmanagement in der Krankenanstalt mittels eines Fragebogens untersuchten. Die gefundenen Literaturquellen wurden bei der Entwicklung des Fragenpools berücksichtigt.

Die Durchführung der Internetrecherche erfolgte nach folgenden Suchstrategien:

1. Freie Internetrecherche mit angewendeten Stichwörtern zum Thema „Fragebogen“:
Befragung, Studie, Evaluierung, Umfrage, Fragebogen, Analyse, Bewertung, Ankette, Auswertung, Untersuchung, Stand, Entwicklung, Umsetzung. Die Internetsuche erfolgte auch in Kombination mit Themengebieten und angewendeten Suchmaschinen.
2. Datenbanksuche orientierte sich an die Informationsquellen, wie die Fachzeitschriften und Bibliotheken
3. Suche nach Themengebieten: Qualität, Qualitätsmanagement (QM), Total Quality Management (TQM), Umfassendes Qualitätsmanagement (UQM), Integrales Qualitätsmanagement (IQM), Qualitätsmanagementsystem (QMS), European Foundation of Quality Management (EFQM), Austrian Foundation of Quality Management (AFQM), International Standardisation Organisation (ISO) u.a.
4. Autorenrecherche, indem die Autoren als auch die Referenzliteratur der Quellen auf zutreffende Ergebnisse durchsucht wurden.
5. Die Suche nach zutreffenden Fragen des entwickelten Fragebogens (Anhang 9.3).

Die Internetrecherche ergibt bei der Suche nach Themen über Qualität und Management eine große Anzahl von Links und tägliche Fluktuationen der Anzahl der gefundenen Ergebnisse, die dementsprechend zu filtern und auf Plausibilität zu prüfen sind.

Die Recherche hat gezeigt, dass es bisher **in Österreich** zwei Totalerhebungen der Krankenanstalten (Punkt 1 und 2) und zwei weitere die unter Punkt 3 und 4 angeführt sind. In Deutschland gab es vier Befragungen mit 20% Stichprobe, die sich gezielt mit Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen beschäftigen. In der Schweiz sind drei Befragungen durchgeführt worden und eine auf europäischer Ebene:

1. Die Studie von Schmalzl und Klein, die im Rahmen der Diplomarbeit: „Qualitätssicherung in österreichischen Krankenhäuser – Grundlagen, Entwicklung sowie eine empirische Erhebung“ 2004 durchgeführt wurde. Es sind 314 Fragebögen ausgesendet worden und die Rücklaufquote betrug 44%. [L50]

2. Die Umfrage der Bundeskurie Angestellte Ärzte zum Thema „Patientensicherheit in österreichischen Krankenanstalten“ 2007 („BkAA“), die Fragen zu QM- Systemen und gezieltem Risikomanagement stellte, sowie eine Totalerhebung der 262 angeschriebenen Krankenanstalten durchführte mit einer Rücklaufquote von 80%. [L41]

3. Ein von der Österreichischen Nationalbank (ÖNB) gefördertes Projekt [L21], das die Bemühungen um einen stärkeren wirkungsorientierten Ressourceneinsatz (1997 und 2006), im Sinne des New Public Managements (NPM) untersuchte, führte fünf Befragungen der
 - Führungskräfte der Krankenhausdachorganisationen der öffentlichen Hand;
 - Führungskräfte (exemplarisch) der Krankenanstalten der öffentlichen Hand;
 - Health Professionals;
 - Österreichischen Krankenanstalten des öffentlichen Trägers bezüglich der Qualitätssicherungsmaßnahmen;
 - Bevölkerung über die Erwartungen durch.Zur Abrundung der Ergebnisse sind Interviews mit Adressatengruppen geführt worden.

4. London School of Economics and Political Science führte 2008 das Projekt („LSE Projekt“) „Qualität in Gesundheitssystemen mit Schwerpunkt auf strategische Optionen für Österreich“ im Juli 2007 durch. Die Rücklaufquote der 104 angeschriebenen österreichischen Krankenanstalten in 4 Bundesländern (Burgenland, Oberösterreich, Tirol und Wien) betrug 45% (47 Krankenanstalten). Die Teilnahme an der Befragung beruhte auf Freiwilligkeit. Im Rahmen der Studie wurde der Fragebogen auch an alle soziale Krankenversicherungen geschickt. 40 Experten wurden interviewt, sowie weitere Interviews mit Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend, der Bundesländer, der Sozialversicherungsträger, der privaten Versicherungsgesellschaften, der Krankenanstalten, sowie mit Vertretern der Ärzte und Patienten durchgeführt. [L50]

In Deutschland (Befragungsergebnisse siehe Kap. 5.14) hat 1998 das Bundesministerium für Gesundheit, im Rahmen des Demonstrationsprojekts „Qualitätsmanagement im Krankenhaus“ (Demo-ProQM), die Einführung von einrichtungsinternen Qualitätsmanagement in 44 Krankenanstalten gefordert. Das Projekt wurde vom Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen (IMI) begleitet. Die Ergebnisse der 44 Demonstrationshäuser dienten zum Vergleich mit der 20%-Stichprobe der Akutkrankenhäuser. Die Auswahl der Krankenanstalten erfolgte auf Basis der geschichteten, zufälligen 20%-Stichprobe aus der Datenbank des Statistischen Bundesamtes (1995).

Anfangen mit dem Jahr 1998 erfolgten vier Tübinger Befragungen nach repräsentativen 20%-Stichprobe der Akutkrankenhäuser in den Jahren 1998/99 [5], 2001, 2004 [4] und 2007 [L54] und die Vollerhebungen der psychiatrischen Krankenhäuser (1999 [5], 2001 und 2004 [4]).

Das Fachmagazin f & w (führen und wirtschaften im Krankenhaus), offizielle Organ des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken, hat zum Thema Qualitätssicherung und -management einen Fragebogen zum Stand der Zertifizierung in bundesdeutschen Krankenhäuser [L32], an die Teilnehmer des f&w-Krankenhaus-Kompass „Spezial“ ausgesendet. Die Befragung erfolgte zwischen Dezember 1999 und Januar 2000. Den Fragebogen beantwortete 67 Krankenanstalten mit durchschnittlich 421 Betten und dem Median über sieben Fachabteilungen. [L33]

In der Schweiz (Befragungsergebnisse siehe Kap. 5.15) wurde Ende 1997 vom Institut für Organisation und Personal der Universität Bern eine quantitative Untersuchung von Deutschschweizer Spitaldirektorien zu den Themen „Qualitätsverständnis“ und „Instrumente zur kontinuierlichen Qualitätssicherung und –Förderung“ durchgeführt. Von den 464 durch Quota-Verfahren ausgewählten Direktorien (Grundgesamtheit der 3147 Spitäler) wurden 327 Direktorien anonym mit umfangreichen Fragebogen angeschrieben. Die auswertbare Rücklaufquote betrug 58,1%. Im weiteren Schritt erfolgte die qualitative Untersuchung zum Konzept „Total Quality Management“ in ausgewählten Krankenanstalten. [10], [L19]

In Rahmen der Lizentiatsarbeit (2003) „Integrales Qualitätsmanagement im Krankenhaus – Stand der Umsetzung in den Kantonspitälern der Schweiz“ erfolgte eine Befragung der Schweizer Kantonspitäler. Von 366 schweizerischen Krankenanstalten wurden 30 angeschrieben und 22 Fragebögen wurden retourniert. [L36]

Das H+-Dachverband der Schweizer Spitäler, Kliniken und Institutionen der Rehabilitation und Langzeitpflege hat 2007 Qualitätsbericht mit Hilfe der Umfrage verfasst. Diese Umfrage ist die erste umfassende Bestandsaufnahme, wie Qualität in Krankenanstalten gemessen wird und welche Aspekte der Qualität relevant sind. Das H+ Dachverband schließt ca. 380 Spitäler, Kliniken und Heime als Aktivmitglieder und über 200 andere Mitglieder (Verbände, Behörden...) ein. Alle 382 Aktivmitglieder wurden schriftlich befragt und 231 Fragebögen (Rücklaufquote 60%) wurden zurückgesendet. [L44]

Das Vergleich der Ergebnisse mit Deutschland und der Schweiz mit Österreich erfolgt im Kapitel 5.16.

Auf **europäischer Ebene** erfolgte eine umfassende Studie, von Pira (1999) [20], über den Stand der Einführung des Total Quality Management in Akutkrankenanstalten Europas. Bei der Befragung wurden 3763 Krankenanstalten angeschrieben, davon 153 in Österreich, 1930 in Deutschland, 214 in der Schweiz, sowie weitere in Fürstentum Liechtenstein, Norwegen, Schweden, England, Holland, Finnland, Dänemark, Frankreich und Belgien. Die Rücklaufquote betrug 12% (436 Krankenanstalten), davon 14 Krankenanstalten aus Österreich, 148 aus Deutschland, 79 aus der Schweiz u.a.

Der Fragebogen der Tübinger Befragung für psychiatrische Krankenanstalten wurde an Piras Fragebogen, der sich strukturell an den neun Kriterien des E.F.Q.M.-Modells orientierte, angelehnt. [5] Die Ergebnisse der Befragung von Pira werden in der Arbeit nur Ansatzweise angeführt, deswegen wird an die Literatur [20] verwiesen.

4.1.2 Zielsetzung der Befragung

Das Ziel der schriftlichen Befragung ist es, den Stand bzw. die Verbreitung des Qualitätsmanagements und die Ausprägungen der QM-Maßnahmen und –Instrumente (z.B.: Controlling, Benchmarking u.a.) in österreichische Krankenanstalten zu ermitteln. In Zuge der Befragung sollen die obersten Qualitätsziele, sowie die wahrgenommene Bedeutung des Qualitätsmanagements untersucht werden.

Im weiterem soll herausgefunden werden, ob der Aufwand eines Qualitätsmanagements als gerechtfertigt angesehen wird. Im Weiteren werden die Gründe für keine krankenhausweite Einführung bzw. Zertifizierung des Qualitätsmanagements abgefragt.

Die in der Literatur- und Internetrecherche (Kap. 4.1.1) gefundenen Befragungen der Krankenanstalten in Deutschland und Schweiz (sekundärstatistische Daten) werden zum Vergleich der Ergebnisse mit Österreich herangezogen.

4.1.3 Planung

In der Planungsphase sollten formale, wie der Umfang der Erhebung oder die Art der Befragung zum einem und inhaltliche Gestaltungsmerkmale der Befragung zum anderem festgelegt werden (Abb. 4.2).

Der Fragebogen zum „Qualitätsmanagement in österreichischen Krankenanstalten“ soll nicht zu umfangreich sein, deshalb beschränkt sich der Umfang des Fragebogens auf maximal zwei Seiten (A4) bzw. ein Blatt (A4). Dadurch wird auch der zeitliche Aufwand des Ausfüllens als auch die Anzahl der Fragen beschränkt. Die Fragen sollen kurz, prägnant und verständlich formuliert werden, keine Doppelverneinungen und Verzweigungen (wenn möglich) und geläufige Begriffe, die nicht suggestiv formuliert werden, sollten verwendet werden.

Aus der Zielsetzung geht hervor, dass ausschließlich bettenführende Krankenanstalten, die gemäß §2 (Abs. 5: selbständige Ambulatorien ausgeschlossen) des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes des Bundes definiert (KAKuG, BGBl. Nr. 124/2009), in die Untersuchung einbezogen werden. [L28]

Da zur Zeit der Erhebung keine aktuellen Daten über den Stand des Qualitätsmanagements verfügbar waren, müssten sie für diese Diplomarbeit neu erhoben werden und anschließend ausgewertet, analysiert. [20]

Zu der Befragung werden alle 266 (bettenführenden) Krankenanstalten Österreichs in Betracht gezogen (**Totalerhebung**, Abb. 4.2).

Wie bereits in der Recherche erwähnt, gibt es wenige Befragungen im Gebiet der DACH-Länder (Deutschland, Österreich und Schweiz), die sich mit Qualitätsmanagement in Krankenanstalten befassen. Es fand sich auch kein Fragebogen aus einer anderen Branche, der ganz oder zum großen Teil für die Befragung übernommen werden könnte. Somit musste die Neuentwicklung des Fragebogens mit Hilfe des Betreuerenteams bewältigt werden. [20]

Die Beantwortung der Zielsetzung erfolgte mit schriftlichem Fragebogen, als **quantitative Methode** bezeichnet, die neben der Qualitativen (z.B.: mündliche Befragung) als Teil der empirischen Forschung der Erkenntnisgewinnung dient. [10] Die Ergebnisse bzw. zahlenmäßigen Ausprägungen einer oder mehrerer bestimmter Merkmale (z.B.: QM-

Maßnahmen) sowie **gegenwärtiger und zukünftiger Aktivitäten** von verschiedenen Krankenanstalten sollten gemessen und verglichen werden. Dazu wird die quantitative Erhebungsmethode mit **standardisiertem Fragebogen** (in Form von geschlossenen Antwortmöglichkeiten) eingesetzt. Mit Standardisierung wird durch exakt quantifizierbare Ergebnisse größere Objektivität und Vergleichbarkeit angestrebt. Die quantitative Methode unterscheidet drei Erhebungsarten: schriftliche, telefonische und persönliche [L58] (Vor- und Nachteile der verschiedenen Befragungsformen, siehe Anhang 9.7). [20] Nach Absprache mit dem Betreuersteam und Abwägung der Vor- und Nachteile wurde eine Aussendung der Fragebögen per E-Mail bzw. per Post an alle Krankenanstalten festgelegt.

Formale und inhaltliche Gestaltungsmerkmale	Neuentwicklung	Kürzung einer best. BF	Erweiterung einer best. BF	Replikation einer best. BF	
	Stichprobe		Teilerhebung		Totalerhebung
	Qualitative Befragungsmethode		Quantitative Befragungsmethode		
	Eine Person der KA wird gefragt		Mehrere Personen der KA werden gefragt		
	Interesse der KA an Teilnahme wird im vor aus nicht geklärt		Interesse der KA an Teilnahme wird im vor aus geklärt		
	Schriftlich	Telefonisch		Persönlich	
	Standardisierter FB		Nicht standardisierter FB		
	persönliches Begleitschreiben		unpersönliches Begleitschreiben		
	Anonym		Nicht anonym		
	Nur geschlossene Fragen	Offene und geschlossene Fragen		Nur offene Fragen	
	Aktivitäten		Ergebnisse		
	Ausprägung der Merkmale i.d. KA		Wissen der KA		
	Einbezug der Vergangenheit	Einbezug der Gegenwart		Einbezug der Zukunft	
	Gewählte Ausprägung: <input type="checkbox"/>				

Abbildung 4.2 Ausprägungen der Gestaltungsmerkmale der Befragung [20]

Die Voraussetzungen der postalischen Befragung sind die Aktualität des Krankenanstalten-Verzeichnisses, sowie ein grammatikalisch einfacher und verständlicher, an die Zielgruppe angepasster Fragebogen. Auf Abkürzungen soll weitgehend verzichtet werden, es sei denn, diese sind bei den Befragten allgemein bekannt (z.B.: QM).

- Als Vorteil können gesehen werden: geringere Kosten, kein Einfluss der Interviewer, Gleichheit der Befragungssituation, Gewährleistung der Anonymität und mehr Nachdenkzeit als auch möglicher Einbezug der Zweitmeinung.
- Die Nachteile sind die niedrige Rücklaufquote (keine Teilnahmeklä rung), keine Erläuterungen, Einweisungen der Interviewer und Interaktion sowie unkontrollierte Erhebungssituation seitens der Ausfüllenden.

Internet Befragung ist die jüngste Methode der Befragung, indem das Internet als Verbreitungsmedium benützt wird. Wird der Fragebogen universal zugänglich gemacht, kommt es oft zu verzerrten Ergebnissen, mitunter kann ihn nicht jeder auffinden und beantworten, sowie die Angaben zu befragten Person sind aufgrund der Ausföhlung und Speicherung des Fragebogens am Server nicht nachvollziehbar. Grundsätzlich unterscheidet man zwischen „E-Mail-Befragung“ und „Web-Survey“. Bei der zweiten Methode werden die Fragebogen auf einen Web-Server gelegt. Wir bedienen uns der ersten Methode indem der Fragebogen per E-Mail zielgruppengerichtet versandt wird. Vorteile sind wenig beanspruchte Zeit, kostengünstig, keine Interviewer nötig und die Möglichkeit die Daten durch Audio-Videoformate zu unterstützen. [L51]

Datenschutz und Anonymität

Um mögliche Unannehmlichkeiten mit an der Befragung teilnehmenden Krankenanstalten bzw. von der Befragung Betroffenen zu meiden, sollten wir die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz kennen und respektieren. In Österreich regelt das Bundesgesetz über den Schutz personenbezogener Daten (kurz: Datenschutzgesetz 2000 - DSG), wer unter welchen Voraussetzungen welche Daten erheben und verwenden darf. Die Befragung einer öffentlichen Organisation, die keine personenbezogenen Ergebnisse zum Ziel hat, fällt unter §46 „Wissenschaftliche Forschung und Statistik“ und §47 „Zurverfügungstellung von Adressen zur Benachrichtigung und Befragung von Betroffenen“ des Datenschutzgesetzes. [L8] Dadurch ergibt sich eine der Voraussetzungen für die Aussendung der Befragung, die Anonymität der Krankenanstalten zu wahren, indem die ausgesendeten Fragebögen nicht gekennzeichnet und anonym behandelt werden Die Anfragen über die Ergebnisse der Qualitätsmanagementbefragung erfolgten von den Krankenanstalten explizit. Die zurückgesendeten Fragebögen wurden fortlaufend mit eindeutiger Nummer versehen und analysiert. [8]

4.1.4 Fragenbogenentwurf

Zur Präzisierung der Fragen ist es wichtig, einen genau definierten Weg zu verfolgen, damit gemessen wird, was zu messen ist. Der erste Schritt des Entwurfes ist die Zielsetzung des Fragebogens auf Sachebene, die im Kapitel 4.1 festgelegt wurde. Die Ziele dienen zur Überlegung, welche einzelnen Variablen bzw. Merkmale zu messen sind. Da der Fragebogen die Verbreitung und Ausprägung des Qualitätsmanagements messen soll, rückt das die Aktivitäten, die zur Verbesserung der Qualität in der Krankenanstalt durchgeführt werden in den Vordergrund (Abb. 4.2). Weiters wird aus den Zielsetzungen festgelegt, dass nicht das Wissen der Krankenanstalt zum Thema Qualitätsmanagement, sondern die Ausprägungen der Qualitätsmanagement-Elemente abzufragen sind (Abb. 4.2). Dieser Schritt der Fragenpräzisierung wird mit Hilfe der Mind-Map und des Fragenpools bewältigt. Der Einzug des Qualitätsmanagements ins Gesundheitswesen, durch die gesetzliche Entwicklungen (Kap. 3.2) und die Ergebnisse der Befragungen der Vorjahre (Kap. 4.1) lassen vermuten, dass sich einige Krankenanstalten in der Planungsphase der QM-Aktivitäten befinden. Aus diesem Grund wird auch danach gefragt bzw. „geplante“ Maßnahmen und / oder Instrumente werden als Antwortmöglichkeit vorgesehen (Abb. 4.2). [L3]

4.1.4.1 Mind-Map

„Mind-Map“ ist eine grafische Strukturierungshilfe für die Erstellung und Präzisierung der Fragen. Brainstorming, Fragenpool und die Erstellung der Mind-Map erfolgten mit Unterstützung des Programms „Mindjet® MindManager Pro 6“. [L3]

Die Grundlage der Entwicklung basiert auf den Vorgaben des GQG (Kap. 3.2), den Ergebnissen der Recherche bzw. sechs Grundprinzipien des umfassenden Qualitätsmanagements (Kap. 3.5) und dem QM-Fragenpool (Anhang 9.10).

In der Mitte der Mind-Map (Abb. 4.3) steht die grobe Formulierung des Themas (z.B.: Maßnahme, Projekt...), der Arbeitstitel der Diplomarbeit verzweigt in weitere Unterblöcke (z.B.: Aspekte, Zielsetzungen). Im Brainstorming wurde überlegt, welche Aspekte in die Befragung einbezogen werden bzw. zusammenhängen oder ob diese einen Einfluss haben könnten. Im weiteren Schritt werden die Aspekte überlegt die als Unteraspekte bzw. Variablen zur genaueren Beschreibung der Aspekte ermittelt werden. Von dieser Mind-Map ausgehend ist schon eine erste grobe Sammlung der Themenblöcke zu erhalten.

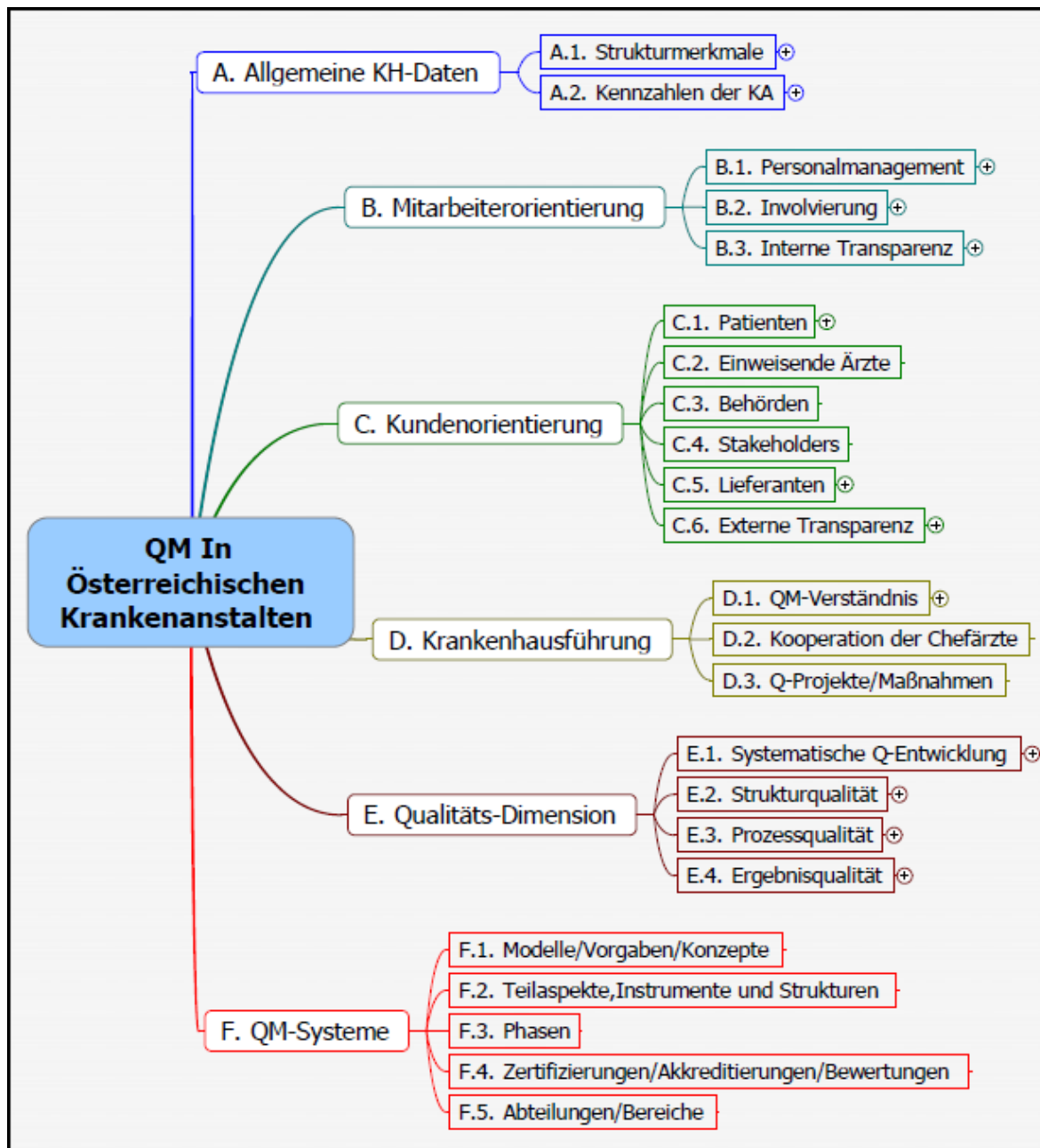


Abbildung 4.3. Mind-Map: QM in österreichischen Krankenanstalten

Der **QM-Fragenpool** ist eine Sammlung der Fragen, die in der Recherche gefundenen Fragebögen zum Thema Qualitätsmanagement in den Krankenanstalten (Anhang 9.10). Die Mind-Map oben wird durch weitere Unterkategorien bzw. Fragen bezüglich des Fragenpools erweitert. Die einzelnen Fragen des Fragenpools werden anschließend den zugehörigen Teilblöcken der Mind-Map (Anhang 9.6) zugeordnet. Diese Sammlung der Fragen diente zur Erstellung und Präzisierung von dem Fragebogen.

4.1.4.2 Fragenformat [L3]

Zum Fragenformat des Fragebogens sind ausschließlich geschlossene Fragen verwendet worden, da sie sich schnell und leichter beantworten lassen und leicht auszuwerten sind. Geschlossenen Fragen können aber keine zusätzliche Möglichkeit zur Äußerung der Meinung bieten. Um für frei formulierte Meinungsäußerungen dennoch anzubieten, wurden am Ende jedes Fragenblocks offene Antwortmöglichkeiten angeboten (z.B.: Sonstige; Andere:____). Sie sind empfehlenswert, da wegen der vielen möglichen Antwortalternativen bei der Recherche manchmal eine Antwortkategorie übersehen werden kann bzw. einerseits detailliertere Information zu gewinnen ist und andererseits können geschlossene Fragen ergänzt werden. Die Kombination der Fragenformate geschlossene und offene Fragen ermöglicht es, den zeitlichen Aufwand für das Ausfüllen gering (ca. 10 – 15 Minuten) zu halten.

4.1.4.3 Antwortabstufungen [L3]

Damit die Antworten auf die gestellten Fragen, interpretiert werden können, ist es nötig, die Antwortabstufung bzw. Ratingskala vorzugeben. Dabei spielt die Anzahl der vorgegebenen Abstufungen (Skalen zwischen 3 und 7 Unterscheidungen) eine wichtige Rolle. Die Angabe der Mittelkategorie enthält erwiesenermaßen oft Antwortverweigerer sowie die Personen mit der Tendenz die Mittelkategorie der Antwortabstufung auszuwählen. Fragen ohne Mittelkategorie hingegen drängen die Befragten, die wirklich mittelmäßig meinen, zu polarisierter Meinung und somit zu einem verfälschten Ergebnis.

Die angeschriebenen Personen der österreichischen Krankenanstalten sind die QM-Beauftragten und Verwaltungsdirektoren (Führungsebene der Krankenanstalt), sodass ein hoher Grad an Bildung und sachbezogene Eigenmeinung zu erwarten sind. Die Unentschlossenheit zur Beantwortung der Fragen und Bewertung der Aussagen bei diesem Personenkreis ist nicht vorherrschend, somit kann auf die Mittelkategorie verzichtet werden, wie im Fragenblock 10 und 12, um die Befragten zur Entscheidung zwischen positiv und negativ bzw. wichtig und unwichtig zu zwingen.

Die Fragenblöcke 2, 3, 4 und 13 (Kapitel 4.2 und Anhang 9.3) werden als Mehrfachantworten ausgelegt, indem die angebotenen Antwortkategorien angekreuzt werden.

In den Fragenblöcken 3, 5, 6, 8 und 9 wird die Antwortabstufung, die den Stand der Umsetzung der Maßnahmen und / oder Instrumente bzw. auf das Qualitätsmanagement einwirkende Personen und Abteilungen abfragt, benutzt.

Bei den Fragen zu den Maßnahmen der Überwachung bzw. Beurteilung des Qualitätsmanagements (Fragenblock 7) wird die Häufigkeitsabstufung angewendet, damit einerseits die Kontinuität der Maßnahmen dargestellt und das Vorhandensein der Maßnahme überprüft wird.

Fragenblock 10 (Tab. 4.1: Intensität) soll die Intensität der Auswirkungen der Einführung des Qualitätsmanagements durch sechsstufige Antwortunterteilung messen. Die stärker differenzierten Antworten erlauben eine höhere Abstufungsfreiheit der Fragestellung.

Für den Fragenblock 11 (Tab. 4.1: Bewertung 1) zur Schätzung der Aufwand-Nutzen-Relation des Qualitätsmanagement, muss damit der Sachverhalt der Relation erhalten bleibt und da auch die Aufwand-Nutzen-Relation als „ausgeglichen“ zu erwarten ist, die Antwortabstufung mit Mittelkategorie gewählt werden.

Die Frage 12 soll die Wichtigkeit des Qualitätsmanagements abfragen. Die Mittelkategorie (Tab. 4.1: Bewertung 2) wird ausgelassen, um die Tendenz deutlicher darzustellen und Unentschlossenheit auszuschließen.

Tabelle 4.1 Beispiele für Antwortabstufungen der Fragen des Fragebogens

Stand der Umsetzung der Maßnahmen	nicht geplant – geplant – in Umsetzung - umgesetzt	
Häufigkeiten	nein – gelegentlich – regelmäßig – immer	
Intensität	sehr negativ – negativ – eher negativ – eher positiv – positiv – sehr positiv	
Bewertung	1	sehr schlecht – schlecht – ausgeglichen – gut – sehr gut
	2	unwichtig – weniger wichtig – eher wichtig – sehr wichtig

4.1.5 Vortests

Vor der eigentlichen Aussendung des Fragebogens erfolgten Vortests in zwei Krankenanstalten. Das Ziel des Vortests war die Überprüfung auf die Verständlichkeit und Relevanz der Fragen, sowie der Struktur und statistischen Auswertbarkeit des Fragebogens.

Beide Testfragebögen wurden zurückgesendet. Die Absprache mit Befragten ergab keine Verbesserungsvorschläge bzw. Missverständnisse, somit waren keine weiteren Anpassungen des Fragebogens nötig.

4.2 Der Fragebogen zum Qualitätsmanagement in österreichischen Krankenanstalten

Anordnung der Fragen [L3]

Die Anordnung, eindeutige, klare und neutrale Formulierung der Fragen und das Layout (visuelle Gestaltung) sind wichtige Aspekte bei der Erstellung des Fragebogens. Die Fragen werden übersichtlich in 13 Fragenblöcken angeordnet, wobei auf die gleichmäßige Struktur Bedacht genommen wird. Die Antwortformate in Tabellenform (Fragenblöcke) erreichen eine Komprimierung der Informationsdarstellung. Beim Aufbau wird auf das „Trichterprinzip“ Rücksicht genommen, indem die leichter zu beantwortenden Fragen zuerst gestellt werden, gefolgt von den persönlichen oder verfänglichen Fragen.

Struktur des Fragebogens

Der Fragebogen, zum Qualitätsmanagement in österreichischen Krankenanstalten kann in 4 Teile unterteilt werden. Der gesamte Fragebogen ist im Anhang (9.3, s. 93) angeführt.

Die Einleitung bilden die Fragen über allgemeine Angaben zur Krankenanstalt und ihre obersten Qualitätsziele. Dadurch werden die Krankenanstalten für die Auswertung kategorisiert und verglichen.

Im zweiten Teil (QM-Systeme) werden die Krankenanstalten über den Stand und der Ausprägung, sowie am Ende des Fragebogen nach Gründen der Nicht-Einführung bzw. -Zertifizierung des Qualitätsmanagements abgefragt (Fragenblock 3, 4, und 13).

Die Aufmerksamkeit beim Ausfüllen ist meistens im mittleren Drittel des Fragebogens am höchsten. An dieser Stelle erfolgt der dritte Teil des Fragebogens (QM-Maßnahmen), der sich mit dem Stand der Umsetzung der QM-Maßnahmen / -Instrumenten zur systematischen Qualitätsentwicklung, Prozess- und Ergebnismanagement, der Patientensicherheit befasst, sowie der Überwachung und Beurteilung des QM-Systems und der Unterstützung des Qualitätsmanagements in der Krankenanstalt (Fragenblöcke 5, 6, 7, 8 und 9).

Im vierten Teil (QM-Auswirkungen), gegen Ende des Fragebogens erfolgen die heikleren als auch „subjektive“ (z.B.: „Schätzen Sie...“) Fragen wie Auswirkungen der Einführung des Qualitätsmanagements (Fragenblock 10), die Aufwand-Nutzen-Relation (Fragenblock 11),

die Wichtigkeit des Qualitätsmanagements (Fragenblock 12) und die Gründe der Nichteinführung des Qualitätsmanagements (Fragenblock 13).

Der Fragebogen umfasst zwei A4 Seiten und die Beantwortung liegt in wenigen Minuten. Die Fragenblöcke wurden so ausgelegt, damit sie möglichst breites Spektrum des Qualitätsmanagements in der Krankenanstalt abdecken, soweit das bei der geringen Anzahl an Fragen möglich ist.

Fragenblock 1:

1) Angaben zu Ihrer Krankenanstalt (Zutreffendes bitte ankreuzen):					
Versorgungssektor	<input type="checkbox"/> Akutversorgung			<input type="checkbox"/> Nicht-Akutversorgung	
Träger	<input type="checkbox"/> Öffentlich			<input type="checkbox"/> Privat	
Krankenanstalten Typ	<input type="checkbox"/> Allgemeine KA	<input type="checkbox"/> Sanatorium	<input type="checkbox"/> Sonder – KA	<input type="checkbox"/> Pflegeanstalt für chronisch Kranke	
Bettenkapazität	<input type="checkbox"/> <100	<input type="checkbox"/> 100 - 199	<input type="checkbox"/> 200 - 499	<input type="checkbox"/> 500 - 999	<input type="checkbox"/> >1000
Anzahl Fachabteilungen					

Diese Frage stellt die Basisfrage des Fragebogens dar. In erster Linie ist es wichtig zu erfahren nach welchen Charakteristika die Krankenanstalten (Kap. 2.2) in der Befragung verteilt sind. Die Kreuztabellenvergleiche der Basisfrage mit anderen Fragen sollen darstellen, welche Unterschiede und / oder Zusammenhänge es zwischen unterschiedlichen Krankenanstalten Charakteristika gibt.

Fragenblock 2:

2) Was sind Ihre obersten Qualitätsziele? (Bitte nur zwei Antwortmöglichkeiten!)				
Patientenzufriedenheit	Personalfriedenheit	Prozessoptimierung	Ergebnisoptimierung	Kostenminimierung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:				

Die folgende Frage befasst sich mit obersten Qualitätszielen der Krankenanstalten. Das Geschehen innerhalb der Krankenanstalt wird aus unterschiedlichen Blickwinkeln und (Individual- und Gruppen-) Interessenlagen betrachtet, die nicht immer mit dem Krankenhausziel konform sind. Um diese Unkonformitäten zu vermeiden, bedarf es einer Geschäftsführung mit klar definierter Strategie und Qualitätspolitik, die unterschiedliche Interessenlagen in übereinstimmende Qualitätsziele überführt. [12]

Eine Unternehmensstrategie als angestrebte generelle „Richtung“ ist das Bündel von Zielen und Maßnahmen zur Erreichung der Unternehmensziele. Ein Teil der Strategie ist das angestrebte Kosten-Qualitäts-Verhältnis, das unter anderem durch Qualitätsziele definiert wird. Ohne sich über die Ziele im Klaren zu sein, ist es nicht möglich, die Leistungen und Wirkungen einer Organisation nach innen und außen transparent darzustellen. [12]

Fragenblock 3:

3) In welchem Stadium befindet sich Ihr Qualitätsmanagementsystem?							
	nicht beabsichtigt	in Planung	in Vorbereitung	in Einführung	bereits eingeführt	bereits zertifiziert	Anzahl
a) Gesamte Krankenanstalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Einzelne Abteilungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Einzelne Prozesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Weitere Aktivitäten die in der Verantwortung der Leitung stehen, sind Planung, Vorbereitung, Einführung und Zertifizierung/Akkreditierung eines QM-Systems.

Fragenblock 4:

4) Nach welchen Vorgaben wurde Ihr QM-System aufgebaut?		
		Bemerkung
a) ISO 9000ff (International Organization for Standardization)	<input type="checkbox"/>	
b) E.F.Q.M. - Model (European Foundation for Quality Management)	<input type="checkbox"/>	
c) KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus)	<input type="checkbox"/>	
d) JCI (Joint Commission International Standards)	<input type="checkbox"/>	
e) Andere:		

Eine Vielzahl von QM-Vorgaben stehen heutzutage zur Verfügung und beeinflussen das Qualitätsverständnis und die systematische Qualitätsentwicklung in einer Krankenanstalt. Anhand dieses Fragenblocks soll geklärt werden welche QM-Vorgaben in österreichischen Krankenanstalten zur Anwendung kommen und welcher Trend die österreichischen QM-Befragungen der Vorjahre folgen (Kap. 4.1.2). Im weiterem stellt sich als interessant ob Krankenanstalten auch mehrere QM-Vorgaben zugleich anwenden und ob es Unterschiede zwischen Charakteristika der Krankenanstalten, sowie Deutschland und der Schweiz gibt.

Fragenblock 5:

5) Welche QM-Maßnahmen und/oder -Instrumente zur systematischen Qualitätsentwicklung werden in Ihrer Krankenanstalt eingesetzt, oder sind geplant?				
	nicht geplant	geplant	in Umsetzung	umgesetzt
(1) Verfahren zur Aus-, Fort- und Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Veröffentlichter Qualitätsbericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Regelmäßige Qualitätszirkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Abteilungs- / Bereichsübergreifende Qualitätsmeetings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Betriebliches Vorschlagswesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Schnittstellenmanagement (z.B.: Lieferantenaudit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Fehlermanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Teilnahme an Qualitätsverbesserungsprojekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) Sonstige:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der derzeit praktikabelste und weltweit angewandte Ansatz geht von der Annahme aus, dass wichtigstes Element der Strukturkategorie die Ausbildung und Qualifikation des Arztes (z.B.: Lizenzierung) ist. [L43] Mittels gezielter Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Eigeninitiative kann man bessere Ergebnisse erzielen, sogar die Erwartungen übertreffen. [13] Um die Transparenz betreffend Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gegenüber der Patienten auf deren Nachfrage zu gewährleisten, soll der Qualitätsbericht verfasst und das

Qualitätssystem im Sinne der verstärkten Transparenz gegenüber der interessierten Öffentlichkeit in geeigneter Form veröffentlicht werden. (GQG §6) [L5]

Die wichtigste Maßnahme der systematischen Qualitätsarbeit, ist die Teamarbeit bzw. das Einführen der regelmäßigen Qualitätszirkel, unter Leitung eines ausgebildeten Moderators. Sie analysieren die Arbeitsumgebung und -Prozesse, damit Schwachstellen und Fehlerquellen Mithilfe des Fehlermanagements festgestellt, sowie Verbesserungen erarbeitet und umgesetzt werden. Weitere Möglichkeiten übergreifender Teamarbeit und systematische Qualitätsentwicklung zu unterstützen sind Abteilungs- und bereichsübergreifende Qualitätsmeetings und die Durchführung der Qualitätsverbesserungsprojekte. [10], [15]

Das betriebliche Vorschlagswesen (Ideenmanagement) hat zum Hauptziel die Steigerung der Leistung- und Wettbewerbsfähigkeit, sowie das Einbeziehen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. [L6]

Dem Schnittstellenmanagement kommt besondere Bedeutung der Effizienz kommunikativer Prozesse und gegenseitiger Koordination der Schnittstellen durch gelenkte Informationsströme zu. Besonders davon betroffen sind große stark funktional ausgerichtete Krankenanstalten, die durch Berufsgruppengliederung (Medizin, Technik, Verwaltung...) und verschiedene Fachabteilungen, Institute, geprägt sind. [1], [3]

Umgang mit den Fehlern (= Nichterfüllung einer Anforderung, ÖNORM EN ISO 9000) im Gesundheitswesen hat im deutschsprachigen Raum nur geringe Tradition, da fehlende Offenheit, Transparenz und Angst vor Sanktionen dominiert. **Das Fehlermanagement** ist eine Maßnahme zur systematischen Qualitätsentwicklung, die als Arbeitseinstellung und Arbeitspraxis bewusst in die Betriebskultur der gesamten Krankenanstalt eingebaut werden muss, wenn es eine Wirkung haben soll. Das Aufbauen einer Sicherheitskultur ist wichtig um ein System von Werten, Normen und Einstellungen aufzubauen, der die Patientensicherheit (siehe Fragenblock 8) als integratives Element der Unternehmensvision begreift und zur Maßstabsetzung des Handelns dient. [10] Eines der klassischen Paradigmen im Qualitätsmanagement heißt, dass Fehler umso mehr Kosten verursachen, je später sie entdeckt werden. [21] Das macht letztlich das Fehlermanagement zu einer systematischen Fehlersuche und Schadensuntersuchung der medizinischen, juristischen, organisatorischen, baulichen und anderen haftungsrelevanten Aspekte der Gesundheitsleistungserbringung. [16]

In diesem Fragenblock soll der Stand der Umsetzung einzelner QM-Maßnahmen zur systematischen Qualitätsentwicklung in den Krankenanstalten ermittelt werden. Es stellt sich auch die Frage, wie viele Krankenanstalten sich noch in der Planung und Umsetzung der Maßnahmen befinden oder welche die Maßnahmen nicht planen.

Fragenblock 6:

6) Welche Maßnahmen und/oder Instrumente zum Prozessmanagement und Ergebnismanagement gibt es in Ihrer Krankenanstalt?	nicht geplant	geplant	in Umsetzung	umgesetzt
(1) Patienten-Aufnahmemanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Arbeitsanweisungen für einzelne Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Medizinische Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Klinische Behandlungspfade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Ressourcenmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Patienten-Entlassungsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Feedback durch Prozessindikatoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Feedback durch Ergebnisindikatoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ein klares, strukturiertes und dokumentiertes Bild über die unternehmensspezifische Prozessstruktur ist Grundvoraussetzung für ein funktionierendes und nachvollziehendes Prozessmanagement. Funktionsübergreifende Prozesse sind zu identifizieren und strukturieren. [3] Die Ausrichtung an die internen und externen Kunden durch funktionsübergreifende Optimierung und Koordination der Prozesse verlangt daher besondere Aufmerksamkeit. [20], [2] Dazu gehört ein koordiniertes, strukturiertes und qualitätsgesichertes Aufnahme- und Entlassungsmanagement, das auch zur Überwindung der Schnittstellen zwischen Krankenanstalten und niedergelassenem Bereich wichtig ist, sowie ein wichtiges Anwendungsgebiet des Controllings, die (personelle, materielle, raumbezogene, finanzielle) Ressourcenplanung bzw. das Ressourcenmanagement, womit wirtschaftliche Wertorientierung im Sinne eines ausgeprägten wirkungsorientierten Ressourceneinsatzes erfolgt. [L22]

Die Prozessqualität bilden die, Zitat: *„Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die nach nachvollziehbaren und nachprüfbaren Regeln systematisiert erfolgen und dem Stand des professionellen Wissens entsprechen, regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden.“* [GQG §2 Abs.(9)] Die Dokumentation des Qualitätsmanagements beinhaltet die Festlegung aller qualitätsrelevanter Prozesse und Schnittstellen. Das Einführen von prozessorientierten Arbeitsanweisungen für einzelne Tätigkeiten und prospektiven Verfahrensanweisungen, wie medizinische (evidenzbasierte) Leitlinien und klinische Behandlungspfade ist unerlässlich, damit effiziente Organisation der dokumentierten Behandlungsabläufe, unter qualitativer und wirtschaftlicher Sichtweise, gewährleistet wird. Das Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen legt im § 4 Abz. (3) fest, die Qualitätsindikatoren zu definieren und einzuführen und falls möglich an die Leitlinien oder Richtlinien zu koppeln. Qualitätsindikator ist eine, Zitat: *„Messbare Größe, welche dazu geeignet ist, die Qualität der Gesundheitsleistung zu beobachten, zu vergleichen und zu evaluieren.“* [GQG §2 Abs.(15)] Sie sollen zur Bewertung des Ist-Zustandes der

Qualitätsdimensionen in verschiedenen Leistungsbereichen dienen. Dadurch kann der gemessene Qualitätsgrad dem Soll-Zustand gegenübergestellt werden. [L14]

In diesem Fragenblock soll der Stand der Umsetzung einzelner QM-Maßnahmen zum Prozess- und Ergebnismanagement in den Krankenanstalten ermittelt werden. Es stellt sich die Frage, wie viele Krankenanstalten sich noch in der Planung und Umsetzung der QM-Maßnahmen befinden oder welche die Maßnahmen nicht planen.

Fragenblock 7:

7) Welche Maßnahmen setzen Sie zur Überwachung bzw. Beurteilung des QM-Systems ein?	nein	gelegentlich	regelmäßig	immer
(1) Fragebogen für Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Fragebogen für Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Fragebogen für einweisende Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Sonstige:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Benchmarking mit anderen Krankenanstalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
→ Wenn „Ja“ welche Benchmarks, maximal 3 Antworten:				
1.		2.		3.

Damit die Krankenanstalten die Maßnahmen kundenorientiert gestalten, müssen kontinuierliche Maßnahmen zur Überwachung und Beurteilung des QM-Systems zur Anwendung kommen. Das erfordert eine kontinuierliche, umfassende Erhebung, Analyse und Interpretation der Kundenerwartungen mit dem Ziel, die Ergebnisse in Leistungen und Interaktionen umzusetzen, sowie langfristige, stabile und ökonomisch vorteilhafte Kundenbeziehungen zu pflegen. [L30] Betriebliche Organisation als auch die baulichen und technischen Strukturen sollten auf die Erfüllung der Kundenerwartungen hin überprüft und verbessert werden.

Die Erhebung der Kundenerwartungen kann durch empirische Messung, mit Hilfe von qualitativen, mündlichen (Interview) oder quantitativen schriftlichen Befragungen in Form von Fragebögen für Patienten, Mitarbeiter und einweisende Ärzte erfolgen.

Dieser Fragenblock soll die Regelmäßigkeit der Maßnahmendurchführung zur Überwachung bzw. Beurteilung des QM-Systems und Benchmarkings mit anderen Krankenanstalten abfragen. Im weiterem werden die Befragten die das Benchmarking mit anderen Krankenanstalten durchführen, angefordert die angewendete Benchmarks zu nennen.

Fragenblock 8:

8) Welche Maßnahmen zur Patientensicherheit gibt es in Ihrer Krankenanstalt?	nicht geplant	geplant	in Umsetzung	umgesetzt
(1) Internes Fehlermeldesystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Fehler-Dokumentationsverpflichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Fehlerstatistiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Fehlermanagementsystem (Analyse-Bewertungs-Abhilfemaßnahmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Fehlerkonferenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Benchmarks (z.B.: Komplikationsrate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Krankenanstalten sind sozial-technische Systeme [20], deren Beziehungen und Wirkungsmöglichkeiten zu einander durch Systemorganisation bestimmt werden, wobei die Risiken insbesondere aus menschlichem Fehlverhalten, technischen Fehlern und Organisationsfehlern resultieren können. [9]

Zur Analyse, Bewertung und Einleiten der Abhilfemaßnahmen der Fehlerquellen, sollten in den Krankenanstalten Fehlermanagementsysteme implementiert und Fehlerkonferenzen, zur Erhöhung der Transparenz und Barrierenüberwindung organisiert werden.

Gezielte Abhilfemaßnahmen bzw. Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen setzen Verfahren zur Entdeckung und Vermeidung der Fehlerursachen und Wiederholungsfehler. [12] Dies setzt Einbezug und Auswertung der Beschwerden (Beschwerdemanagement) und Vorschläge, Fehlerstrichlisten und konsequenten Fehler-Dokumentationsverpflichtung, die mit Hilfe eines internen Fehlermeldesystems aufgezeichnet werden. Interne Fehlermeldesysteme (z.B.: CIRS) werden eingesetzt, damit Korrekturmaßnahmen zeitgemäß, sowie transparent umgesetzt und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden können. [L40]

Die Unterstützung bei Risikocontrollingmaßnahmen bilden u.a. die organisationsübergreifenden Benchmarks und Qualitätsindikatoren, die Grundlage für die Auswertung der Fehlerstatistiken anhand festgesetzter Kriterien bilden. Die Abweichungen vom festgesetzten Soll-Zustand werden durch die kontinuierliche Erfassung der risikospezifischen Veränderungen festgestellt, um rechtzeitiges Einleiten von Methoden, Techniken und Instrumenten, die sich zur Erhöhung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit bewährt haben, sicherzustellen. [9]

Kommen die Maßnahmen zur Patientensicherheit in Krankenanstalten zum Einsatz bzw. in welchem Ausmaß werden sie eingeführt bzw. bereits umgesetzt sind, soll mit dem Fragenblock geklärt werden.

Fragenblock 9:

9) Wer ist in das Qualitätsmanagement eingebunden?	nicht geplant	geplant	in Umsetzung	umgesetzt
(1) QM – Beauftragte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) QM - Vertrauensperson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) QM – Abteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) QM – Kommission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) externe Berater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das Einführen der Personen und Abteilungen zur Unterstützung des Qualitätsmanagement soll untersucht werden. Inwieweit sind die vorgeschriebenen QM-Beauftragten und QM-Kommissionen in Krankenanstalten vertreten. Wer bevorzugt die QM-Abteilungen, externen Berater oder Vertrauenspersonen einzusetzen.

Fragenblock 10:

10) Welche Auswirkungen hatte die Einführung des Qualitätsmanagements bisher auf die:						
	sehr negativ	negativ	eher negativ	eher positiv	positiv	sehr positiv
(1) Patientenzufriedenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Mitarbeiterzufriedenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Interne Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Prozesskoordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Nachvollziehbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Ergebnisqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Effizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Kosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Fragenblock soll Auswirkungen der Einführung des Qualitätsmanagements auf ausgewählte Aspekte in der Krankenanstalt untersuchen bzw. welche Aspekte positive oder negative Auswirkungen der Einführung aufweisen.

Ein gemeinschaftliches Qualitätsverständnis soll das Unternehmen prägen und die Unternehmenskultur zur Qualitätskultur entwickeln. Sie bildet die Basis für alle Vorgänge der Krankenanstalten und kommt durch interne Kommunikation und Umgang mit Mitarbeitern als auch mit den Patienten zum Ausdruck. Damit stellt sich die Mitarbeiterzufriedenheit als Krankenhausziel (fast) gleichrangig neben der Kundenzufriedenheit (Patientenzufriedenheit). Zielgerichtete Maßnahmen werden erst dann kundenorientiert gerichtet, wenn das allgemeine Verständnis der Motivationsfaktoren der Mitarbeiter vorhanden und berücksichtigt wird. [13], [12] Weiters soll die Einführung des Qualitätsmanagements positive Auswirkungen auf die Prozesskoordination, Nachvollziehbarkeit der systematischen Qualitätsarbeit und Ergebnisqualität aufweisen, die Effizienz steigern, sowie die Kosten senken.

Fragenblock 11:

11) Wie schätzen Sie die Aufwand - Nutzen - Relation bezüglich des Qualitätsmanagements ein?				
<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut

Für die Einführung eines krankenhausesweiten Qualitätsmanagements müssen in der Planungs-, Vorbereitungs- und Einführungsphase hohe finanzielle und personelle (zeitliche) Ressourcen angewendet werden, damit die systematische Qualitätsarbeit alle Ebenen der Krankenanstalt durchdringt. Am Anfang ist der Aufwand groß und der Nutzen moderat, doch mit nachhaltiger systematischer Qualitätsentwicklung soll der Aufwand kleiner und der Nutzen größer werden.

Dieser Frageblock 11 soll Aufschluß an die Antwort geben, ob die Befragten den Nutzen des Qualitätsmanagements als gerechtfertigt ansehen und wie gut sie die Aufwand-Nutzen-Relation schätzen.

Fragenblock 12:

12) Für wie wichtig halten Sie ein Qualitätsmanagementsystem?			
<input type="checkbox"/> unwichtig	<input type="checkbox"/> weniger wichtig	<input type="checkbox"/> eher wichtig	<input type="checkbox"/> sehr wichtig

Die Einstellung gegenüber dem Qualitätsmanagement (Qualitätsverständnis) und Kompetenz (Vorbildfunktion) der Führungskräfte als auch der Einbezug und die Unterstützung aller Mitarbeiter, ist entscheidend, damit sie die Qualität zur ihrer Sache machen, Qualitätspolitik, Ziele und Verantwortungen setzen, sowie die QM-Maßnahmen und/oder -Instrumente einführen, unterstützen und bewerten. [1]

Diese Frage soll Aufschluß geben, für wie wichtig die Befragten das QM-System halten.

Fragenblock 13:

13) Warum haben Sie noch kein vollständiges Qualitätsmanagementsystem?	eingeführt	zertifiziert	Bemerkung
(a) im Moment zu teuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(b) zu aufwändig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(c) fehlende Mitarbeitermotivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(d) nicht verpflichtend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(e) fehlende Ressourcen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(f) Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Der letzte Fragenblock soll zuerst die Frage klären, warum die Krankenanstalten das krankenhausesweite QM-System noch nicht eingeführt haben. Die Krankenanstalten die bereits ein QM-System aufgebaut und noch kein Zertifikat erlangt haben, sollen die angebotenen Gründe der Nicht-Zertifizierung krankenhausesweiten QM-Systems ankreuzen bzw. selbst ergänzen.

4.3 Befragung und Aufbereitung der Daten

4.3.1 Aussendung und Rücklaufquote

Ein hoher Rücklauf ist wichtig, um die Repräsentativität der Daten zu sichern. Wichtig für die Rücklaufquote ist die Aktualität des Themas und die kurze Ausfüllzeit.

Der Fragebogen wurde in Absprache mit den Betreuern per Mail bzw. postalisch an alle Krankenanstalten im österreichischen Krankenanstalten Register des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, gesendet. (Das Krankenanstaltenverzeichnis nach Bundesländern enthält Informationen über alle 266 Krankenanstalten, die am Stichtag 1.2.2009 in Betrieb waren) [L28]

Die Aussendung erfolgt an die auf den Internetseiten der Krankenanstalten gefundenen zuständigen QM-Beauftragten, bzw. QM-Abteilungen. Falls keine direkten Kontakte gefunden wurden, sind die Verwaltungsdirektorien angeschrieben worden. Für die Krankenanstaltenbefragung wurden die Aussendungen per Post, bestehend aus drei Teilen, verschickt. Die drei Teile umfassen: das Aussendekouvert (A4), den Begleitbrief (zwei Fassungen: siehe Anhang 9.13) mit persönlicher Unterschrift und den Fragebogen.

Die Aussendung der Fragebögen erfolgte in zwei Terminen (siehe auch Abb. 4.4):

Tabelle 4.2 Die Fragebogensendung

Nr. der Aussendung	Datum der Aussendung	Art	Anzahl der Kontakte	Anzahl der Rückläufe	Rücklaufquote der Aussendung
1. Aussendung	01.04.- 5.5.2009	E-Mail + Post	256	53	20,7%
2. Aussendung	11.05- 12.05.2009	E-Mail + Post	166	34	20,5%
Summe:				87 (266)	32,7%

1. Die erste Aussendung begann am 1. April 2009 mit dem E-Mail Versand mit persönlicher Anrede an 38 QM-Beauftragten der Krankenanstalten und der Postversand am 6. April an 56 weitere. Die Aussendung der restlichen 143 E-Mails an Verwaltungsdirektorien mit- und ohne persönliche Anrede erfolgte am 14. April. Am 05. Mai 2009 erfolgte die Aussendung der 19 restlichen Verwaltungen per Post und E-Mail (zwei antworteten). Von 256 Aussendungen hat 20,7% der Befragten geantwortet. (Abb. 4.4)

2. Die zweite Aussendung umfasste 166 Krankenanstalten die nicht auf die erste Aussendung geantwortet haben. Weitere 19 Kontakte, dessen erste Aussendung erst am 5. Mai 2009 erfolgte, sind aufgrund der geringen zeitlichen Differenz zur zweiten Aussendung, nicht wiederholt kontaktiert worden. Am 11. Mai 2009 sind per Post 46 und per E-Mail 23 Fragebögen mit persönlicher Anrede an QM-Zuständigen ausgesendet worden und am 12. Mai 97 E-Mails ohne persönlicher Anrede. Von 166 Aussendungen hat 20,5% der Befragten geantwortet. (Abb. 4.4)

Von insgesamt 266 Aussendungen haben 256 den Empfänger erreicht. 87 Fragebögen wurden von den Befragten beantwortet und zurückgesendet, (Tabelle 4.3) was einer Gesamtrücklaufquote von 32,7% entspricht. Aufgrund der Nichtzustellbarkeit, fehlenden personellen und zeitlichen Ressourcen (laut Angaben der Befragten), sowie der Qualität der Fragenbeantwortung beträgt die auswertbare Rücklaufquote der Befragung (Abb. 4.4) in Bezug auf die 256 zustellbaren Fragebögen, 29,7 Prozent - 77 Krankenanstalten und 2 Fragebögen der Trägerorganisationen (stellvertretend für 10 bzw. 19 Krankenanstalten).

Es wurde überprüft, ob Krankenanstalten für welche die Trägerorganisationen den Fragebogen ausfüllten, doppelt im Rücklauf vorhanden waren. Insgesamt haben 7 Krankenanstalten eigene Fragebögen zurückgesendet, diese wurden von der Auswertung ausgeschlossen. Insgesamt stehen somit auswertbare Daten von 99 Krankenanstalten zur Verfügung. Die auswertbare Rücklaufquote bezogen auf die Krankenanstalten beträgt 37%.

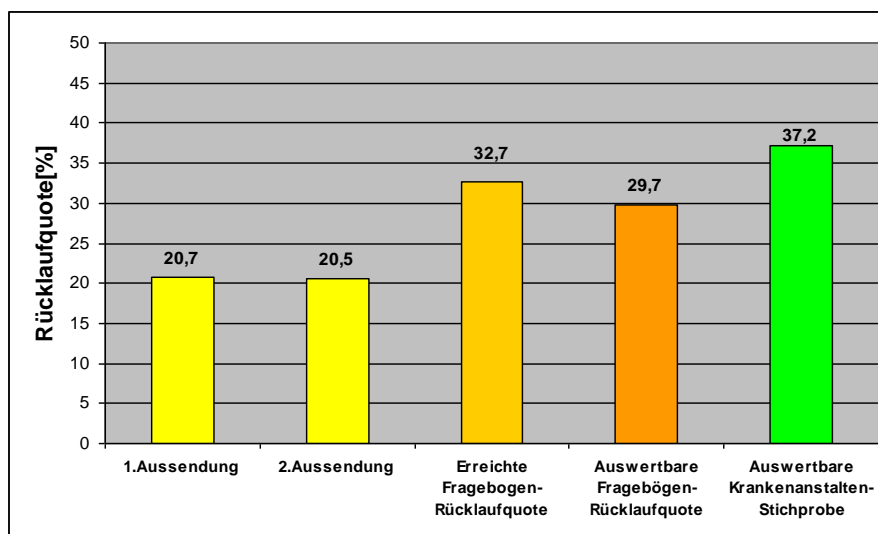


Abbildung 4.4 Rücklaufquoten für die 1. und 2. Aussendung, der Gesamtrücklauf, die auswertbare Fragebogenrücklaufquote und die auswertbare Stichprobe der Krankenanstalten.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die erreichte Rücklaufquote:

Tabelle 4.3 Erreichte und auswertbare Stichprobe der Befragung

	Absolut	Prozentsatz der Grundgesamtheit [%]
Anzahl versendeter Fragebögen	256	96,2%
Grundgesamtheit der Krankenanstalten	266	100%
1. Teilnahme stillschweigend abgelehnt	151	56,8% %
2. Doppelangabe	10	3,8%
3. Unzustellbar	18	6,8%
4. Erreichte Rücklaufmenge der Fragebögen	87	32,7%
Auswertbare Rücklaufmenge der Fragebögen	77+2	29,7%
Erreichte Rücklaufmenge der Krankenanstalten	114 (85+29)	42,9%
1. Teilnahme abgelehnt: fühlten sich nicht als Zielpublikum geeignet	1	0,4%
2. Teilnahme abgelehnt: Zeitmangel	1	0,4%
3. Teilnahme abgelehnt: mangelnde/knappe personelle Ressourcen	2	0,8%
4. Teilnahme abgelehnt: Betriebsauflösung / Restrukturierung	3	1,2%
5. Nicht auswertbar	1	0,4%
6. Doppelantwort	7	2,6%
Auswertbare Stichprobe der Krankenanstalten	77+22	37,2%

4.3.2 Datenaufbereitung

Die Auswertung der Daten wird in folgenden Schritten durchgeführt:

- Aufbereitung der Rohdaten
- Skalierung der Merkmale
- Deskriptive statistische Auswertung (Kapitel 4.4)

Basis einer übersichtlichen statistischen Auswertung ist die richtige Aufbereitung der Rohdaten mit anschließender Übernahme dieser Daten in die statistischen Auswertungsprogramme.

4.3.2.1 Übernahme der Daten [20]

Die retournierten Fragebögen wurden mit einer Identifikationsnummer (Id. Nr.), in der Reihenfolge des Rücklaufs, versehen. Vor der Erfassung des Fragebogens wurde jedes Merkmal einer Variablen mit einer Ausprägung (Zahl) definiert, kodiert (Anhang 9.4). Diese Kodierliste wird in die entsprechende Datei der Auswertungsprogramme eingetragen, Zur Auswertung wurden Programme „SPSS 14 für Windows“ (SPSS Inc.) und „Microsoft Excel“ (Microsoft Corporation) benützt. Vor der Übernahme der Rohdaten in das Programm wurden die einzelnen Fragebögen anhand des Kodierungsbogens am Papier durchkodiert und kontrolliert. Die kodierten Rohdaten wurden anschließend in das Statistik Programm (SPSS) übertragen. Bei der Übernahme der offenen Fragen wurden die Angaben (String Format) direkt in die entsprechende Datei eingetragen.

4.3.2.2 Skalierung der Merkmale [8], [6]

Zur Messung der Ausprägungen lassen sich verschiedene Skalenniveaus bzw. -kategorien unterscheiden. Die Skalierung der Merkmale und Variablen ist in der Analyse der Daten von grundlegender Bedeutung, um richtige Ausprägung und Auswerteverfahren zu bestimmen.

Hinsichtlich der Skalenniveaus gibt es Nominale, Ordinale, Metrische sowie weitere stetige und diskrete Merkmale:

Bei der **Nominalskala** kann die Ausprägung nicht eindeutig geordnet werden, sondern nur durch ihre Beziehungen unterschieden werden. Sie stehen für z.B.: akut – nicht-akut, öffentlich - privat...

Bei der **Ordinalskala** drücken Zahlen eine Reihenfolge aus, aber stellen keine Relationen der zugrunde liegenden Eigenschaften dar. Die Abstände zwischen Zahlenwerten sind nicht gleich den Abständen in der Realität (z.B.: Schulnoten; der Abstand zwischen Note 1 und 2 ist nicht gleich der Note 4 und 5). Die Ausprägungen stehen in einer Ordnungsbeziehung untereinander (kleiner – größer...) Zur Beschreibung solcher Daten kann der Median herangezogen werden.

Ein Merkmal heißt **metrisch skaliert** (=quantitativ) wenn seine Ausprägung das Vielfache einer Einheit ist. Die Ausprägungen sind voneinander verschieden, stehen in Ordnung und in eindeutig definiertem Abstand. Weiter geteilt werden sie in **verhältnisskalierte** Merkmale

mit natürlichem, absolutem Nullpunkt, dessen Verhältnis zweier Ausprägungen sich sinnvoll interpretieren lässt und **intervallskalierte** Merkmale ohne natürlichen Nullpunkt.

Stetige Ausprägungen können beliebige Zahlenwerte aus einem Intervall annehmen.

Diskrete Merkmale sind abzählbar und können nur Werte der definierten Skalierung annehmen.

Dichotome Merkmale gehören zur Sonderform der diskreten Merkmale, die nur zwei Ausprägungen besitzen. (z.B.: „vorhanden“ oder „nicht vorhanden“ bzw. 1 und 0)

→ Die Tabellen der Variablen mit Merkmalsausprägungen sind im Anhang 9.4 zu finden.

4.4 Auswertung

Die Antworten auf die Fragen werden in der Regel einer Häufigkeitsauszählung unterzogen. Für eindimensionale Häufigkeitsauszählungen werden graphische Methoden wie das Säulen-, Balken-, Kreisdiagramm und Box-Plot verwendet. Bei den mehrdimensionalen Häufigkeitsauszählungen finden die Kreuztabellen und gestapelte Balkendiagramme Anwendung. Die Tabelle mit dazugehörigen Lagemaßen (arithmetischer Mittelwert, Median, Modus und Quantile), fehlenden Werten, Asymptotischer Signifikanz und Maßzahlen der Wölbung und Schiefe befinden sich im Anhang 9.5.

Der Interquartilbereich (IQR), der Bereich zwischen 25% (Q1) und 75% (Q3) Quantile, wird angegeben als z.B.: IQR 1-2-3, zu deuten als die Werte Q1=1, Median (Q2)=2 und Q3=3. 50% der Fälle befinden sich innerhalb des IQR. Die im Boxplot mit „o“ gekennzeichneten Messwerte erstrecken sich von 1,5facher bis 3facher Boxhöhe und werden als „outlayers“ bezeichnet. Die mit „*“ dargestellten Werte gehen über den 3-fachen IQR und werden als Extermwerte bezeichnet.

Der sekundärstatistische Vergleich mit österreichischen Befragungen der Vorjahre (Kapitel 4.1.2) erfolgt an den Stellen, wo Vergleichsdaten vorhanden sind, gestaltet sich aber Aufgrund der Fragenstellung als schwierig.

Der nächste Schritt ist der Kreuzvergleich der Ausprägungen der allgemeinen Angaben: Versorgungssektor, Träger, Krankenanstalten-Typ und Bettenkapazität (Fragenblock 1) mit Ausprägungen der Antworten der Fragenblöcke 2 bis 13. Mit der Prozedur – Kreuztabellen, werden im Statistikprogramm Zweifach- und Mehrfach-Tabellen erzeugt. Die Darstellung der Prozentwerte der Ergebnisse werden bezogen auf die Fälle (z.B.: Fragenblöcke 5 bis 12) oder

bezogen auf die Befragten, bei den Fragen mit möglichen Mehrfachantworten und Werten über 100% (z.B.: Fragenblöcke 2, 3, 4 und 13). Die Ergebnisse der allgemeinen Angaben sind im Kapitel 5.1 zu finden und die Kreuzvergleiche des Fragenblocks 1 mit Fragenböcken 2 bis 13 sind im Kapitel 5.13 kurz gefasst und dem Anhang 9.11 zu entnehmen.

Damit die Vorteile der parametrischen Verfahren genutzt werden können, erfolgte die Überprüfung der Werte der Variablen auf die Normalverteilung mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests im SPSS für Windows (Anhang 9.5). Die Ergebnisse sind nicht normal verteilt, außer Fragenblock 10 und Fragenblock 11 (parametrische Tests), somit werden die nötigen Korrelationen für nicht-parametrische Tests verwendet (nach Spearman). Die Ergebnisse der Korrelationstests sind auf Grund der wenigen Werte mit Vorsicht und nur als Orientierungshilfe zu interpretieren.

Die Häufigkeitstabelle der QM-Maßnahmen und die fehlende Werte befinden sich im Anhang 9.5.

5. Ergebnisse

5.1 Allgemeine Angaben

Frage 1: „Angaben zu Ihrer Krankenanstalt:“

Die Anzahl der ausgewerteten Fragebögen der Krankenanstalten, verteilt nach Versorgungssektor, ist in Abb. 5.1 dargestellt. Fast 56% der Antworten der Krankenanstalten sind der Akutversorgung zugeordnet, 28% der Nicht-Akutversorgung und 3% der Krankenanstalten, die sowohl der Akutversorgung und Nicht-Akutversorgung angehören.

Die Abb. 5.2 stellt die Häufigkeitsverteilung der Krankenanstalten nach der Trägerschaft dar. Die Antworten kamen zu 66% von Krankenanstalten, die öffentliche Trägerschaft aufweisen. Die restlichen 33% sind der Anteil an privaten Krankenanstalten.

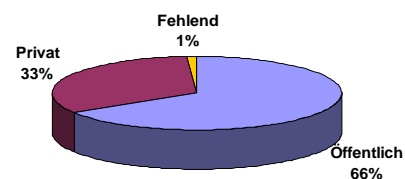
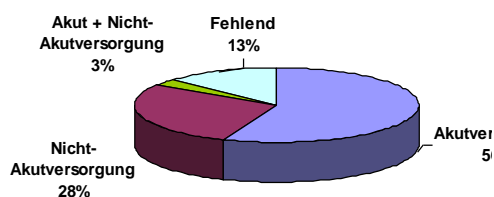


Abbildung 5.1 Angaben zum Versorgungssektor (n=86)

Abbildung 5.2 Angaben zum Träger (n=99)

Die Verteilung der Antworten nach dem Krankenanstalt-Typ ist in der Abb. 5.3 dargestellt. 63% der Krankenanstalten sind allgemeine Krankenanstalten und 27% Sonder-Krankenanstalten. Weitere 6% sind Sanatorien und 4% die Pflegeanstalten für chronisch Kranke.

Die Anzahl der ausgewerteten Fragebögen der Spitäler unterteilt nach Bettenkapazität ist in der Abb. 5.4 dargestellt. Zum Vergleich mit den angeschriebenen Krankenanstalten werden die Prozentwerte des Krankenanstaltenverzeichnisses nach Bettenkapazität, Stand 20.Jänner 2009 (n=266) [L28] in Klammern angeführt.

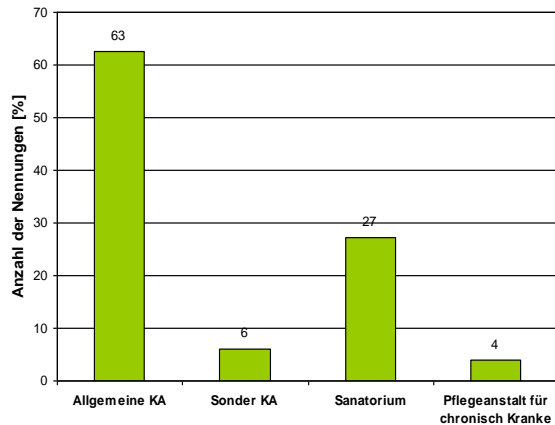


Abbildung 5.3 Angaben zum Krankenanstalt-Typ (n=99)

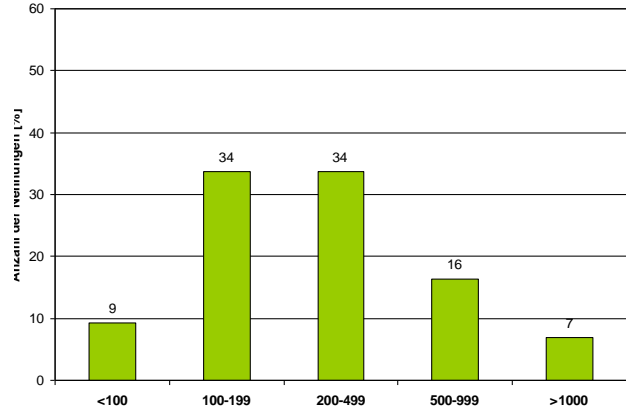


Abbildung 5.4 Angaben zur Bettenkapazität (n=86)

Die kleinen Krankenanstalten bis 100 Betten sind in der Befragung zu 9% (27,1%) vertreten und weisen die größte Abweichung zum Krankenanstaltenverzeichnis 2009 auf. Größter, 34%-iger (35,9%) Anteil bilden die Krankenanstalten von 100 bis 199 Betten, gefolgt von mittelgroßen Krankenanstalten mit 200 bis 499 Betten mit 34% (25,6%). Die Krankenanstalten mit 500 bis 999 Betten sind mit 16% (7,6%) und die großen Krankenanstalten über 1000 Betten mit 7% (3,6%) vertreten.

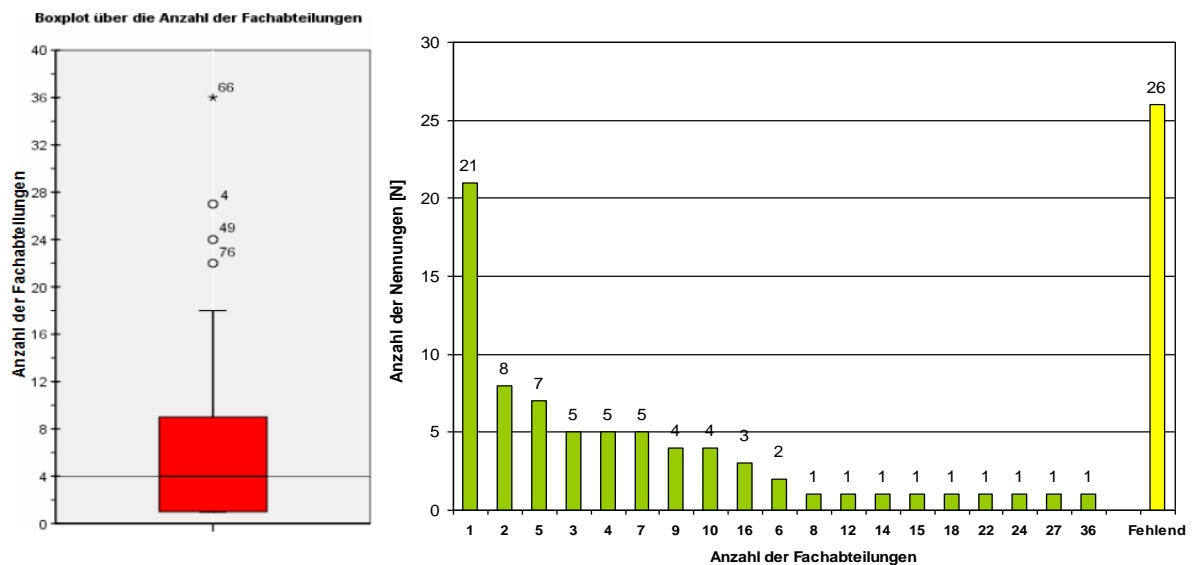


Abbildung 5.5 Boxplot und Häufigkeitsverteilung über die Anzahl der Fachabteilungen

Die Abbildung 5.5 rechts zeigt die Häufigkeitsverteilung der Krankenanstalten nach ihrer Anzahl an Fachabteilungen. Am häufigsten sind Krankenanstalten mit nur einer Fachabteilung vertreten (Modus=1), gefolgt von Krankenanstalten mit zwei Fachabteilungen. Weitere Häufigkeiten sind der Abb. 5.5 zu entnehmen. Über die Hälfte der Krankenanstalten hat mehr als 4 Fachabteilungen (Median=4).

5.2 Unterstützung der Umsetzung des Qualitätsmanagements

Fragenblock 9: „Wer ist in das Qualitätsmanagement eingebunden?“

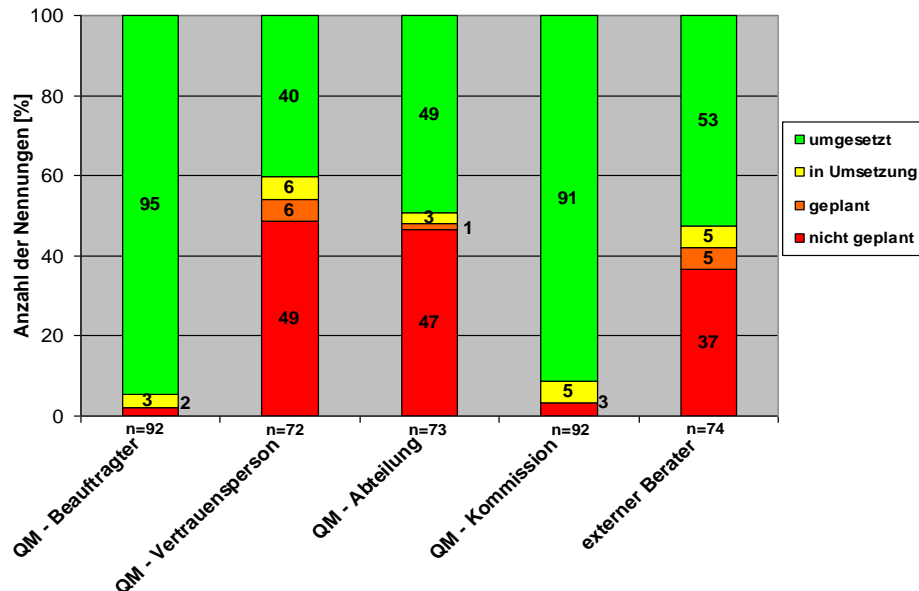


Abbildung 5.6 Zum Fragenblock 9 „Wer ist in das Qualitätsmanagement

eingebunden?“ (Die Anzahl der Nennungen in Prozent bezieht sich auf die gültigen Antworten „n“)

Die fachliche und organisatorische Unterstützung des Qualitätsmanagements wird in 95% der Antworten der Krankenanstalten von QM-Beauftragten und in 91% von QM-Kommissionen durchgeführt. 3% der Befragten führt die QM-Beauftragten in ihrer Organisation und 5% die QM-Kommissionen ein. Zwei kleine private Krankenanstalten der Nicht-Akutversorgung planen keinen QM-Beauftragten einzuführen (Sonder-Krankenanstalt und Sanatorium).

Die fehlenden Werte (Anhang 9.5) in diesem Fragenblock weisen eine große Differenz zwischen dem gesetzlich verankerten QM-Beauftragten und QM-Kommissionen mit anderen drei Antwortmöglichkeiten.

Die offene Antwortmöglichkeit haben elf Krankenanstalten ergänzt. Die Unterstützung erstreckt sich von ausgebildeten QM-Mitarbeitern, wöchentlichen Teamsitzungen, fallbezogenen externen Coachings, Surveyor der JCI, Teilnehmer der Qualitätszirkel, Qualitätssicherungs-Kernteams, Prozessverantwortlichen bis zu der „optimalen“ Unterstützung durch, Zitat: „alle Mitarbeiter“. [Aus dem Fragebogen]

5.3 Qualitätsziele

Fragenblock 2: „Was sind Ihre obersten Qualitätsziele? (Bitte nur zwei Antwortmöglichkeiten)“

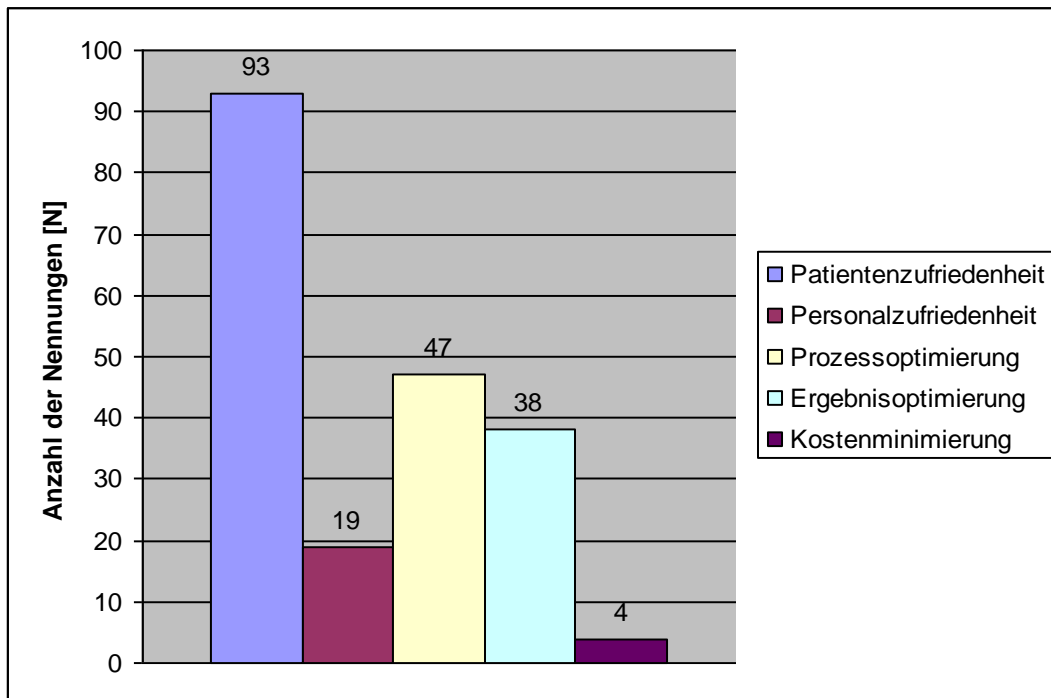


Abbildung 5.7 Die obersten Qualitätsziele (n=99) - Mehrfachantworten

Die Vorgabe war, zwei von fünf Qualitätszielen auszuwählen. 93 der Befragten haben die Patientenzufriedenheit als eines der obersten Ziele ausgewählt. An zweiter Stelle ist die Prozessoptimierung mit 47, gefolgt von Ergebnisoptimierung mit 38 Antworten. Die Personalfriedenheit erhielt im Gegensatz nur 19 positive Antworten, obwohl sie erheblich die Patientenzufriedenheit beeinflusst. Nur vier Krankenanstalten bis 499 Betten (zwei Allgemeine-, eine Sonderkrankenanstalt und eine Pflegeanstalt für chronisch Kranke) haben die Kostenminimierung angekreuzt.

Die offene Antwortmöglichkeit wurde nur durch, Zitat: „*Alle, da wir ein wirtschaftliches Unternehmen sind!*“ [Aus dem Fragebogen] ergänzt.

5.4 Phasen der Umsetzung des Qualitätsmanagements

Fragenblock 3: „Im welchem Stadium befindet sich Ihr Qualitätsmanagementsystem?“

5.4.1 Gesamte Krankenhaus

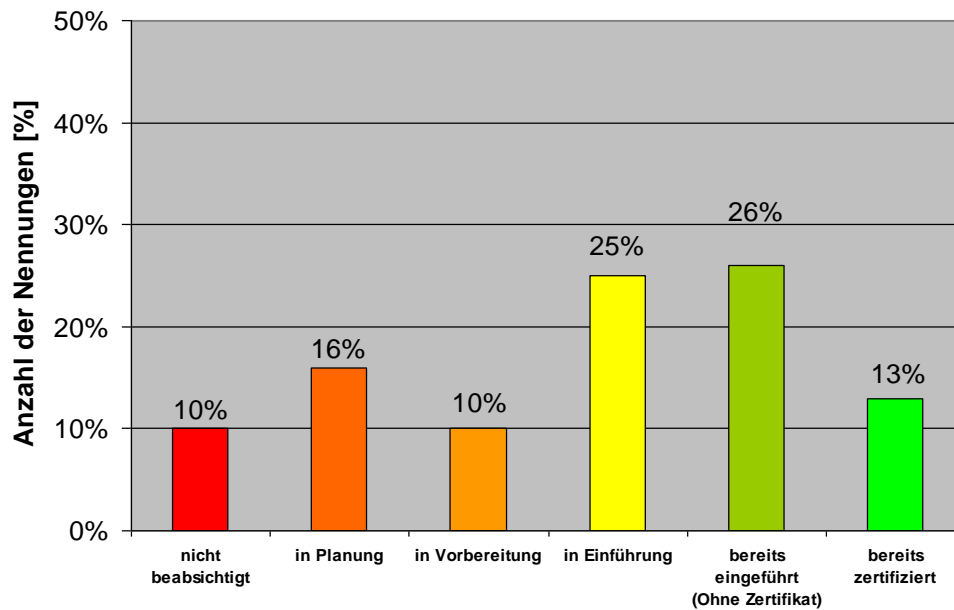


Abbildung 5.8 Stadien der Umsetzung des Qualitätsmanagements in der gesamten Krankenhaus (n=84) – Die Prozentwerte stellen den Anteil an Krankenhäusern in einzelnen Umsetzungsphasen

Die Häufigkeitsverteilung der Antworten auf die Frage ist in der Abb. 5.8 zu sehen. Größter Anteil der Krankenhäuser befasst sich heute mit QM-Systemen. 90% geben an, die Einführung des QM-Systems zu planen, vorzubereiten oder bereits umzusetzen. In 13% der Krankenhäuser, die ein krankenhauses QM-System bereits eingeführt haben (39%), wurde dieses auch zertifiziert. Immerhin jede 10te Krankenhaus hat nicht die Absicht, ein krankenhauses QM-System einzuführen.

- Die Befragung von *Schmalzl und Klein* [L50] ergab 2004, dass 40% der Antworten der Krankenhäuser die QM-Systeme anwenden, 59% die keine anwenden und 1% gab keine Antwort.

- Bei der *Umfrage der Bundeskurie Angestellte Ärzte 2007* [L41] antworteten auf die Frage, ob es eingeführte QM-Systeme gäbe, 62% mit „ja“, 35% mit „nein“ und 3% gaben keine Antwort auf die Frage.

163 Krankenanstalten (77%) richten sich an die Qualitätsmodelle (ISO 9000ff, E.F.Q.M. KTQ, u.a.). 34% (n=71) antwortete, dass es eine Zertifizierung gibt. Davon sind 13% (n=28) die einzelne Abteilungen oder Institute bereits zertifizierten, sowie 7% (n=14) die mehrere und 12% (n=26) die hausübergreifend / generell zertifiziert sind.

Auf die Frage, ob die Krankenanstalten über ein Zertifikat verfügen oder nicht, hat 55% (n=116) zugestimmt und 45% hatten noch keines erlangt. Die Verteilung der Zertifikate betrifft zu 39% einzelne Abteilungen / Institute, 37% allgemeine Zertifikate, 20% mehr als eine Abteilung / Institut und 4% hat sich nicht geäußert.

- In der *LSE Studie-2007* [L50] gibt 72% der Befragten ein Qualitätsmodell implementiert zu haben. Von denjenigen, die QM-Systeme verwenden, hat 53% (38% der Gesamttrücklaufquote) ein krankenhausesweites QM-System und 44% (32% der Gesamttrücklaufquote) eines in einzelnen bzw. mehreren Abteilungen.

5.4.2 Einzelne Abteilungen und Prozesse

Die Einführung des QM-Systems in einzelnen Abteilungen (Abb. 5.9; Säulendarstellung) zeigt, dass in 65% der Krankenanstalten QM-Systeme in einzelnen Abteilungen bereits eingeführt wurden. In 43% der Fälle wurde auch eine Zertifizierung durchgeführt. Im Gegensatz dazu wird die Zertifizierung von gesamten Krankenanstalten mit bereits eingeführtem krankenhausweitem QM-System (Abb. 5.8) nicht so häufig durchgeführt. In 7% der Krankenanstalten wird keine Einführung des QM-System in den einzelnen Abteilungen geplant.

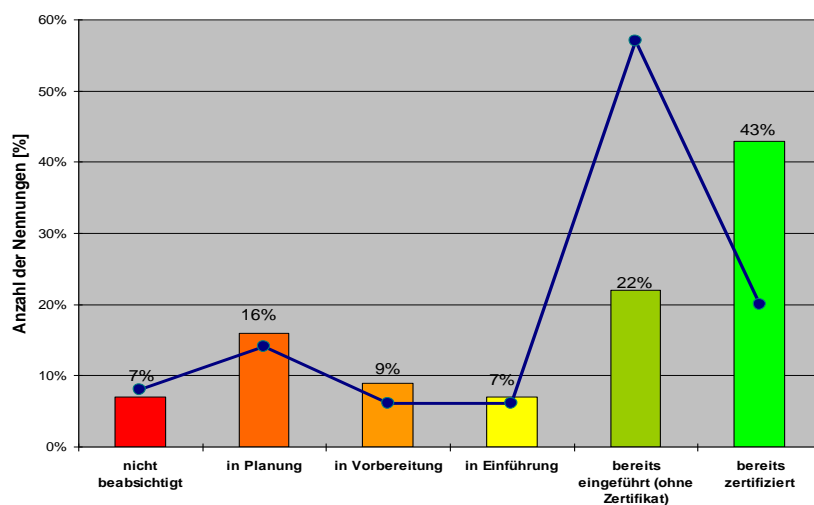


Abbildung 5.9 Stadien der Umsetzung des Qualitätsmanagements in einzelnen Abteilungen (n=60) - Balkendarstellung und der Prozesse (n=56) – Liniendarstellung – Mehrfachantworten möglich (Die Prozentwerte stellen den Anteil an Krankenanstalten in einzelnen Umsetzungsphasen)

Über drei Viertel der Befragten geben an im Rahmen des Qualitätsmanagements einzelne Prozesse (Abb. 5.9; Liniendarstellung) in der Krankenanstalt bereits eingeführt zu haben, davon sind sie in 20% der Fälle bereits zertifiziert. Ein Viertel gibt an in der Planung, Vorbereitung und Einführung der einzelnen Prozesse zu sein.

5.5 QM-Vorgaben

Fragenblock 4: „Nach welchen Vorgaben wurde Ihr QM-System aufgebaut?“

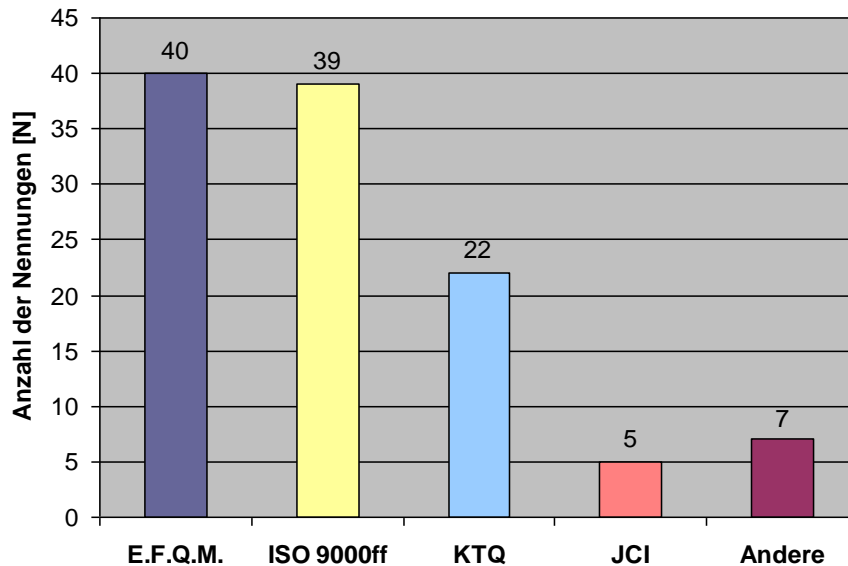


Abbildung 5.10 Zur Frage: „Nach welchen Vorgaben wurde Ihr QM-System aufgebaut?“ (n=64) - Mehrfachantworten

Andere QM- Vorgaben (-Modelle):

- Best Health Austria (Anlehnung an EFQM) – 2 Nennungen
- Villacher Model der patientenorientierten QM – 2 Nennungen
- Eigenes System der AUVA
- GMP – Good Manufacturing Practice
- QSR – Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (aus Deutschland)

Die Ergebnisse im Hinblick auf die Verwendung der QM-Vorgaben in österreichischen Krankenanstalten zeigen, dass bereits in 82 Krankenanstalten ein Qualitätsmodell eingesetzt wird (Tab. 5.1).

Bei der Frage, nach welchen QM-Vorgaben die Krankenanstalten ihr Qualitätsmanagementsystem aufbauen (Abb. 5.10), sind drei Nennungen E.F.Q.M. (51% der Nennungen), ISO 9000ff (49% der Nennungen) und KTQ (27% der Nennungen) stärker ausgeprägt.

Der Grund für die starke Ausprägung von ISO 9000ff liegt darin, dass ISO 9000ff mehrheitlich für Zertifizierungen einzelner Abteilungen, Institute bzw. Bereiche (Küche, Technik, Labor...) verwendet wird. Das E.F.Q.M und KTQ, die krankenhausspezifisch entwickelt worden sind, werden im Gegensatz zu ISO 9000ff mehrheitlich in der gesamten Krankenanstalt aufgebaut.

Laut Antworten werden in Krankenanstalten, auch mehrere QM- Modelle angewendet. Von den Krankenanstalten die sich an den QM-Modellen orientieren, bauen 56% ihr QM-System nach einer QM-Vorgabe und 28% nach zwei Vorgaben. Dabei wird in 19% der Krankenanstalten, die ISO 9000ff Norm und das E.F.Q.M Modell, sowie in 5% die ISO 9000ff Norm und das KTQ Konzept angewendet. 2% benützen ISO 9000ff und JCI, sowie weitere 2% das E.F.Q.M. und KTQ. Eine Krankenanstalt hat drei QM-Vorgaben (ISO 9000ff, E.F.Q.M. und KTQ) angegeben.

Die Tabelle 5.1 stellt die Anwendung der QM-Vorgaben in österreichischen Krankenanstalten, die in den vergangenen Jahren (2004 und 2007, Kapitel 4.1.1) durchgeführt wurden, in Vergleich zu den Ergebnissen der Befragung 2009:

Tabelle 5.1 Vergleich der österreichischen Befragungsergebnisse über die Anwendung der QM-Vorgaben in den Jahren 2004, 2007 und 2009 (Die LSE Studie wurde wegen der Befragung in nur vier Bundesländer in Klammern gesetzt)

QM-Befragungen	2004 Schmalzl u. Klein [L50] n=137	2007 BkAA [L41] n=211	(2007) LSE Studie [L50] n=47 (B, OÖ, W, T)	2009 IHCE Befragung n=99
QM-Vorgaben				
Anteil an Krankenanstalten, die QM- Systeme anwenden	44%	77%	72%	80%
ISO 9000ff	35,4%	30%	37%	34,5%
E.F.Q.M.	38,5%	26%	30%	35,4%
KTQ	1,5%	7%	33%	19,5%
JCI	3%	3%		4,4%
Andere	21,6%	34%		6,2%

Aus der Tabelle 5.1 ist eine steigende Tendenz der Anwendung von QM-Vorgaben der ISO 9000ff Norm, des E.F.Q.M. Modells und des KTQ Verfahrens zwischen den Jahren 2007 und 2009 ersichtlich. Die fallenden Prozentwerte der „Anderen“ QM-Vorgaben über die Jahre, deutet die Ausrichtung der Krankenanstalten an die drei häufigsten QM-Vorgaben, besonders des KTQ Verfahrens, auch KTQ pCC (proCum Cert).

5.6 Gründe für Nicht-Einführung bzw. Zertifizierung des QM-Systems

Fragenblock 13: „Warum haben Sie noch kein vollständiges Qualitätsmanagementsystem?“

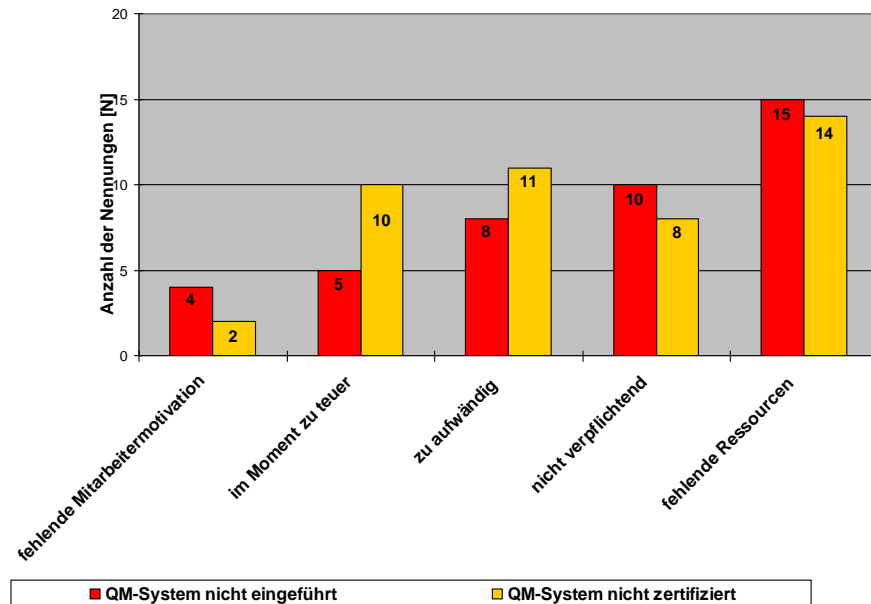


Abbildung 5.11 Gründe für Nicht-Einführung respektive Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems (n=39) - Mehrfachantworten

Die Abbildung 5.11 stellt die Gründe für die Nicht-Einführung bzw. Nicht-Zertifizierung des QM- Systems dar. Die Hauptgründe für eine Nicht-Einführung und Zertifizierung des QM- Systems sind „fehlende Ressourcen“. Der zweite häufigste Grund für die Nicht-Einführung ist, dass es nicht verpflichtend ist. Als weitere Gründe warum die Krankenanstalten kein zertifiziertes QM- System betreiben, ist der zu hohe Aufwand, gefolgt von den Kosten der Zertifizierung genannt.

Als weitere Gründe für die Nicht-Einführung bzw. Nicht-Zertifizierung haben die Befragten fehlenden Auftrag zur Zertifizierung, fehlende Mitwirkung eines Teiles der kollegialen Führung, die Zeitressourcen und negative Kosten-Nutzen-Rechnung angegeben. Ein Befragter stellte sich die Frage, ob ein internes QM-Systems genau so gut ist, wie eine Zertifizierung, sowie ein anderer, dass starke Überzeugungsarbeit zu leisten ist.

Die folgende Gegenaussage gibt die Antwort auf den zweithäufigsten Grund der Nicht-Einführung des QM-Systems, Zitat: „Jetzt ist es verpflichtend!“ [Aus dem Fragebogen].

5.7 Die systematische Qualitätsentwicklung

Fragenblock 5: „Welche QM-Maßnahmen und/oder –Instrumente zur systematischen Qualitätsentwicklung werden in Ihrer Krankenanstalt eingesetzt, oder sind geplant?“

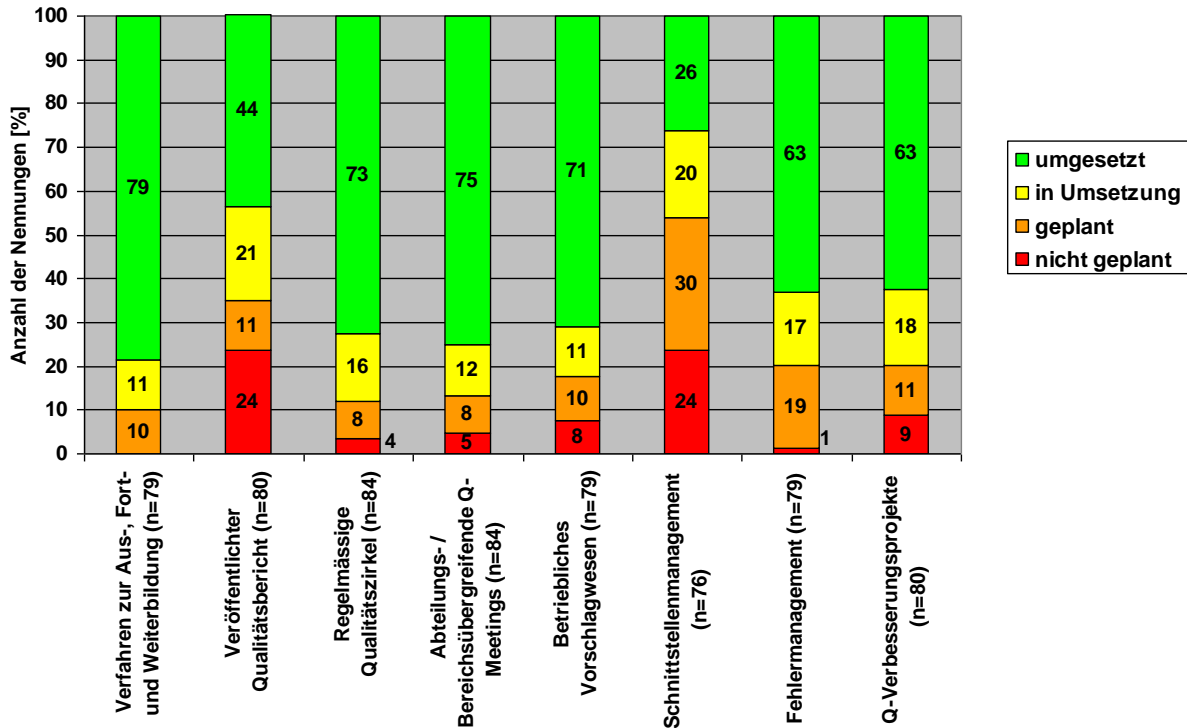


Abbildung 5.12 Zum Fragenblock 5: „Welche QM-Maßnahmen und/oder –Instrumente zur systematischen Qualitätsentwicklung werden in Ihrer Krankenanstalt eingesetzt, oder sind geplant?“ (Die Anzahl der Nennungen in Prozent bezieht sich auf die gültigen Antworten „n“)

Verfahren zur Aus-, Fort und Weiterbildung weisen von allen im Fragebogen abgefragten QM-Maßnahmen und/oder Instrumenten mit 62 Nennungen, die höchste Umsetzung auf, als auch die fehlende „nicht geplant“ Ausprägung.

In der *Umfrage der Bundeskurie Angestellte Ärzte (2007)*[L41] haben 95% der Krankenanstalten bereits die Aus- und Weiterbildung des Personals den Bedürfnissen einer optimalen medizinischen Qualifikation angepasst.

Betrachtet man die Prozentwerte des **veröffentlichten Qualitätsberichtes** können Rückschlüsse über die Transparenz bzw. nicht geplante Bereitschaft, die Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit zu erhöhen, gezogen werden. 44% der Befragten haben den

Qualitätsbericht bereits veröffentlicht und weitere 32% sind in der Planung und Umsetzung der QM-Maßnahme. Der Breite IQR von 0 (nicht geplant) bis 3 (umgesetzt) deutet auf starke Streuung der Werte.

- Die Ergebnisse von *Schmalzl und Klein (2004)* [L50] ergaben, dass 73% den Qualitätsbericht veröffentlicht hat, 26% nicht und 1% hat nicht geantwortet.
- Die *LSE Studie (2007)* [L50] zeigte, dass die Krankenanstalten 74% (n=35) ihren Q-Bericht veröffentlichen, davon 94% einmal jährlich und eine veröffentlicht ihn jedes zweite Jahr.

Regelmäßige Qualitätszirkel sind in 74% der Krankenanstalten bereits umgesetzt worden und weitere 24% sollten sie in nächster Zeit umsetzen.

- Die Studie von *Schmalzl und Klein (2004)* [L50] ergab, dass Qualitätszirkel nicht nur in Ambulanzen, sondern auch in Krankenanstalten stattfinden. Bei der Befragung benützten in 92% der Antworten die Krankenanstalten die Qualitätszirkel und Projektgruppen als Hilfe beim Umgang mit Qualitätsdefiziten.
- Die *LSE Studie (2007)* [L50] hat ergeben, dass es in Österreich im Jahr 2006, 223 Qualitätszirkel gab, mit der höchsten Umsetzung in der Steiermark mit 23% und der niedrigsten in Burgenland mit 4%.

Schnittstellenmanagement hat im Fragenblock 5 die niedrigste Umsetzung der Maßnahme mit 26% und weitere 24% gibt an keine Absicht zu haben, eines umzusetzen. Der Großteil der Krankenanstalten ist in der Planungs- und Umsetzungsphase. Diese Frage hat im Fragenblock die höchste Anzahl an fehlenden Werten (n=24) und deutet durch einen breiten IQR von 0 (nicht geplant) bis 3 (umgesetzt) auf die Streuung der Werte.

63% der befragten Krankenanstalten hat bereits an **Qualitätsverbesserungsprojekten** teilgenommen und weitere 18% sind in der Umsetzung des/r Qualitätsprojekte/s. Jede 10te Krankenanstalt plant nicht die Maßnahme umzusetzen.

Fehlermanagement ist eine Maßnahme zur systematischen Qualitätsentwicklung, die zum Aufbau einer Sicherheitskultur in der gesamten Krankenanstalt wichtig ist, wird in 63% der Krankenanstalten bereits umgesetzt und weitere 36% planen bzw. sind in der Umsetzung der Maßnahmen. Nur eine öffentliche Sonderkrankenanstalt plant nicht das Fehlermanagement einzuführen.

Die offene Antwortmöglichkeit wurde durch QS-Kommission, periodische Akkreditierungen, Vorschlagwesen, Beschwerdemanagement (-wesen), Risikomanagement(-system), Proaktive Risk Assessments, Kennzahlen und Benchmarks ergänzt.

5.8 Das Prozess- und Ergebnismanagement

Fragenblock 6: „Welche Maßnahmen und/oder –Instrumente zum Prozessmanagement und Ergebnismanagement gibt es in Ihrer Krankenanstalt?“

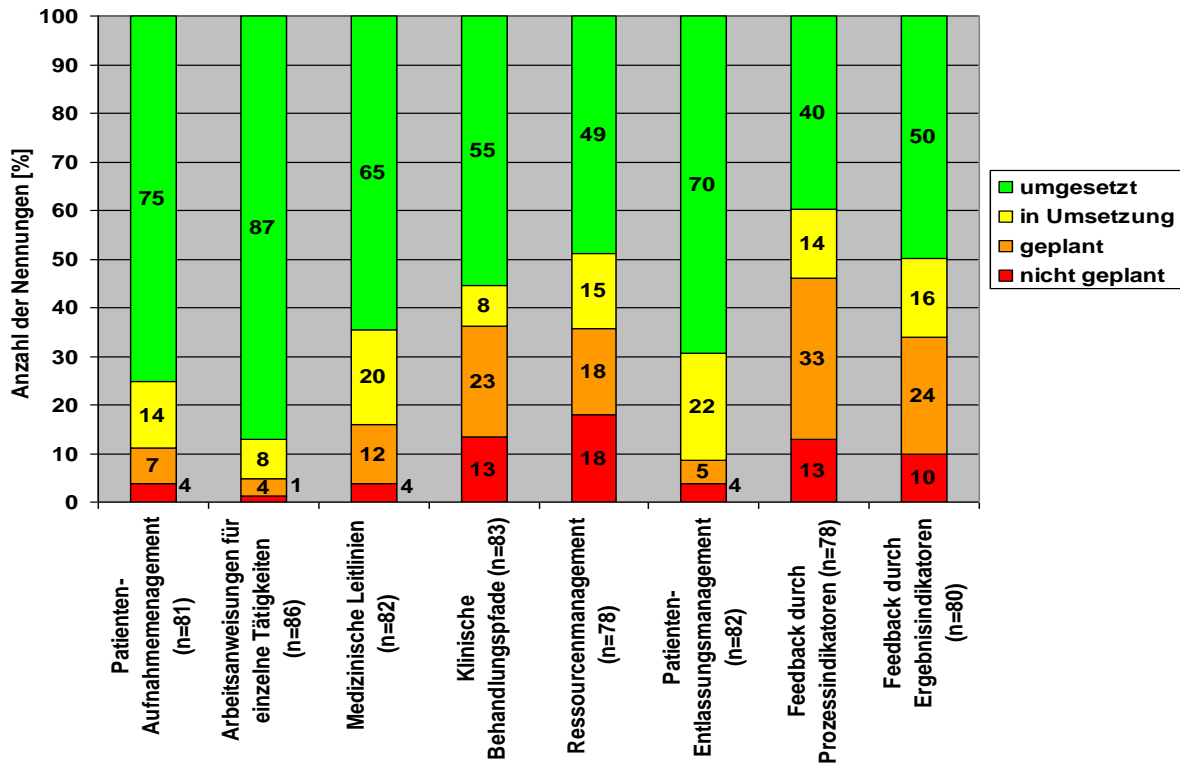


Abbildung 5.13 Zum Fragenblock 6: „Welche Maßnahmen und/oder –Instrumente zum Prozessmanagement und Ergebnismanagement gibt es in Ihrer Krankenanstalt?“ (Die Anzahl der Nennungen in Prozent bezieht sich auf die gültigen Antworten „n“)

Patienten-Aufnahmemanagement wird in 75% der Fälle im Gegensatz zu Patienten-Entlassungsmanagement in 70% der Fälle umgesetzt und zu 4% werden die beiden Maßnahmen nicht geplant. 65% der Befragten setzen beide QM-Maßnahmen um.

- In der *LSE Studie 2007* wurden die ausgewählten Krankenanstalten befragt, ob sie standardisierte Aufnahmeprozesse (wie geplante Aufnahme und nicht geplante Aufnahme/Notfall) und Entlassungsprozesse (wie die Entlassung nach Hause, die Überstellung, das Pflegeheim, das Rehabilitationszentrum) definiert hätten. Mehr als 80% der Krankenanstalten gaben an, standardisierte Abläufe für geplante Aufnahmen, Entlassung nach Hause, Überstellung oder zu Pflegeheim zu haben. Nicht geplante Aufnahmen/Notfall oder Entlassung zu Rehabilitationseinrichtungen ist aber in höherem Ausmaß nicht standardisiert mit 68% positiver Antworten. [L50], [L31]

Medizinische Leitlinien sind in 65% der Krankenanstalten bereits umgesetzt und 20% geben an in der Umsetzungsphase der Maßnahme zu sein. **Klinische Behandlungspfade** sind in über der Hälfte der befragten Krankenanstalten bereits umgesetzt und weitere 31% befinden sich in der Planungs- und Einführungsphase der Maßnahme. Ein 13%-iger Anteil an befragten Krankenanstalten planen nicht die Maßnahme umzusetzen.

Die Kreuztabelle (Tab. 9.37) der beiden Maßnahmen ergibt, dass 39 Krankenanstalten (49%) Leitlinien und Behandlungspfade benutzen, acht Krankenanstalten (10%) setzen nur Leitlinien ein und drei (4%) geben an keine der beiden umzusetzen.

- Die *LSE Studie 2007* [L50] zeigte, dass in mehr als drei Viertel der Krankenanstalten Leitlinien und/oder Behandlungspfade benützt werden. In 36% der Krankenanstalten werden nur Behandlungspfade benutzt und in 6% nur Leitlinien. Beide QM-Maßnahmen werden in 34% der Krankenanstalten angewendet und in 23% keine.

Das **Ressourcenmanagement** als koordinierende Managementaufgabe wird in fast der Hälfte der befragten Krankenanstalten bereits umgesetzt und immerhin in jeder fünften Krankenanstalt wird die Einführung eines Ressourcenmanagements nicht geplant.

Die letzten zwei Fragen im Fragenblock betreffen das **Feedback durch Prozessindikatoren** und **Ergebnisindikatoren** die je zu 40% und 50% in den Krankenanstalten umgesetzt sind. Ein großer Anteil der Befragten gibt an in der Planungs- und Umsetzungsphase der beiden Maßnahmen zu sein. Die Kreuztabelle 9.41 der beiden QM-Maßnahmen ergibt, dass in 30 Krankenanstalten (39%) sowohl das Feedback durch Prozessindikatoren als auch durch Ergebnisindikatoren benutzen wird, in 7 Krankenanstalten (9%) keine der beiden und in einer werden nur das Feedback durch Prozessindikatoren eingesetzt. In 17 Krankenanstalten (22%) planen, die beiden QM-Maßnahmen umzusetzen.

- In der *LSE Studie 2007* wurden Krankenanstalten gefragt, ob sie Qualitätsindikatoren einsetzen und 81% der Rückgemeldeten hat dies auch bestätigt. Der große Anteil ist zum Teil auf das Sample der oberösterreichischen Krankenanstalten zurückzuführen, weil diese zur Teilnahme an Quality Indicator Project (QiP) gesetzlich verpflichtet sind. Bei der Frage nach der Kategorisierung der Qualitätsindikatoren nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren setzen in 40% der Krankenanstalten die Ergebnisindikatoren, in 12% die Strukturindikatoren, in 16% die Prozessindikatoren, weitere 18% die übergreifenden Indikatoren und 11% die gemischten Indikatoren ein. Die Hälfte der verwendeten Indikatoren wurde übernommen, fast 20% selbst entwickelt und 14% übernommen und adaptiert. 12% gibt an Indikatoren gemischten Ursprungs (Teils übernommen, teils selbst entwickelt) einzusetzen. [L50]

5.9 Die Patientensicherheit

Fragenblock 8: „Welche Maßnahmen zur Patientensicherheit gibt es in Ihrer Krankenanstalt?“

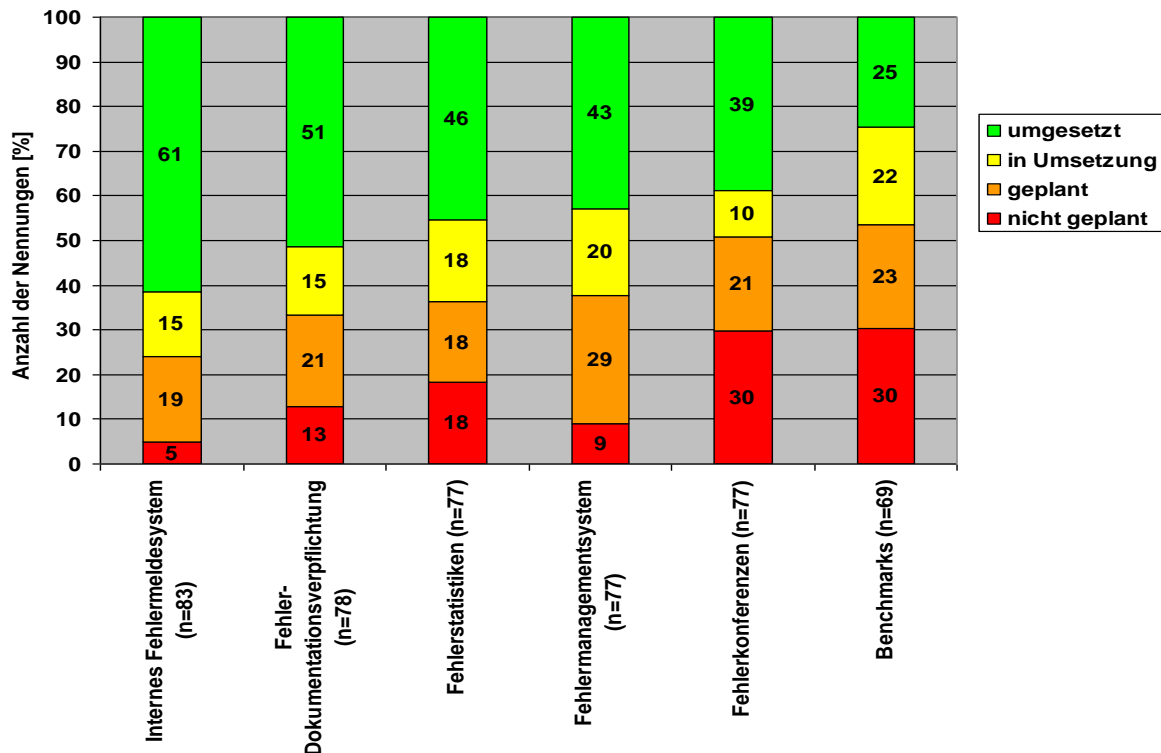


Abbildung 5.14 Zum Fragenblock 8: „Welche Maßnahmen zur Patientensicherheit gibt es in Ihrer Krankenanstalt?“ (Die Anzahl der Nennungen in Prozent bezieht sich auf die gültigen Antworten „n“)

In der Abbildung 5.14 sind Maßnahmen der Patientensicherheit dargestellt, indem fallende Ausprägung (von links nach rechts) des Stadiums bereits „umgesetzt“ der Maßnahmen und steigende der „nicht geplanten“ Antwort ersichtlich ist.

Fehlermanagementsysteme werden in 43% der Krankenanstalten bereits umgesetzt und ein Fünftel der Befragten befindet sich in Umsetzungsphase der Maßnahme. Der hohe Anteil an geplanten (29%) und keiner der nicht geplanten (9%) Kategorie deutet, dass die Wichtigkeit der Maßnahme erkannt wurde. In 94% der Krankenanstalten, die Fehlermanagementsysteme bereits umgesetzt haben, setzen auch interne Fehlermeldesysteme um (Tab. 9.39). Vier

Krankenanstalten mit eingeführtem Fehlermanagement planen kein Fehlermanagementsystem einzuführen (Tab. 9.40).

Unter offener Antwortmöglichkeit wurde das Risikomanagement (5 Nennungen in gesamter Befragung unter „Sonstiges“) und Sicherheitstechnischer Dienst genannt.

Interne Fehlermeldesysteme dienen zu Dokumentation der Aufzeichnungen bzw. Vorfälle und werden in 61% der Krankenanstalten zwecks Patientensicherheit benützt und in weiteren 34% planen bzw. setzten die Maßnahme um. Eine Allgemeine- und drei Sonderkrankenanstalten planen nicht interne Fehlermeldesysteme einzuführen. Als andere Fehlermeldesysteme wurden internes EDV- Messaging und Meldung von Fast-Fehlern genannt, sowie CIRS unter sonstiges ergänzt.

- In der *Umfrage der Bundeskurie Angestellte Ärzte (2007)* [L41] benutzten 54 (25%) der Krankenanstalten CIRS und andere Fehlermeldesysteme.
- Bei der *LSE Umfrage (2007)* [L50] wurden die Befragten ersucht anzugeben, ob sie Fehlermeldesysteme (zur Dokumentation der Fehler) einsetzen. In 15% der Krankenanstalten werden elektronische Fehlermeldesysteme zur Dokumentation benutzt und in 49% andere Fehlermeldesysteme (wie Briefkästen, Formulare, Checklisten...). 17% geben an beide der Fehlermeldesysteme zu benützen. 19% gaben eine negative Antwort.

In über der Hälfte der Krankenanstalten wurde die **Fehler-Dokumentationsverpflichtung** bereits umgesetzt und 13% plant nicht die Maßnahme umzusetzen.

Fehlerstatistiken als Fehlererfassungsmaßnahme sind in 46% der Krankenanstalten bereits umgesetzt worden und 18% der Befragten planen nicht Fehlerstatistiken zur transparenten Erfassung, Überwachung und Vermeidung der Risikofälle, zu benützen.

- In Zuge der *LSE Umfrage 2007* [L50], wurden in 9% der Krankenanstalten die Fehler mithilfe der internen medizinischen Statistik aufgezeichnet und 15% dokumentierte sie mit Fehlermeldesystemen (wie z.B.: CIRS medical). In 60% der Fälle werden sowohl die Aufzeichnung mittels Fehlerstatistik als auch die Dokumentation der Fehler benutzt. In 17% der Antworten geben an keine der beiden Maßnahmen zu benutzen.

Ein wichtiger Teil des Fehlermanagementsystems zur Erhöhung der Transparenz und Teamarbeit, die **Fehlerkonferenzen** werden in 39% der Krankenanstalten umgesetzt und in fast jeder dritter Krankenanstalt wird die Maßnahme nicht geplant.

- Bei der *Umfrage der Bundeskurie Angestellte Ärzte (2007)* [L41] hat 153 (72%) Krankenanstalten angegeben, systematische Fehleranalysen und Fehlerbesprechungen und 166 geben an teamstärkende Maßnahmen (z.B.: Meetings) etabliert zu haben.

Die Frage nach den **Benchmarks** weist viele fehlende Antworten (n=30) auf und 30% an „nicht geplant“ Antworten. In 45% der Krankenanstalten werden sie eingeführt und in 25% zur Erkennung, Analyse und Verbesserung der Maßnahmen zur Patientensicherheit benutzt.

Offene Antwortmöglichkeiten haben die Befragten durch das Qualitätsindikatoren betreffende „Quality Indicator Project“ (QiP) der Maryland Hospital Association, Patientenzufriedenheit, Personalausstattung, Stürze, Decubitus, Infektionen, Labor-Ringversuche, sowie durch fachspezifische Benchmarks für Studien und Projekte, ergänzt.

5.10 Die Überwachung bzw. Beurteilung des QM-Systems

Fragenblock 7: „Welche Maßnahmen setzen Sie zur Überwachung bzw. Beurteilung des QM-Systems ein?“

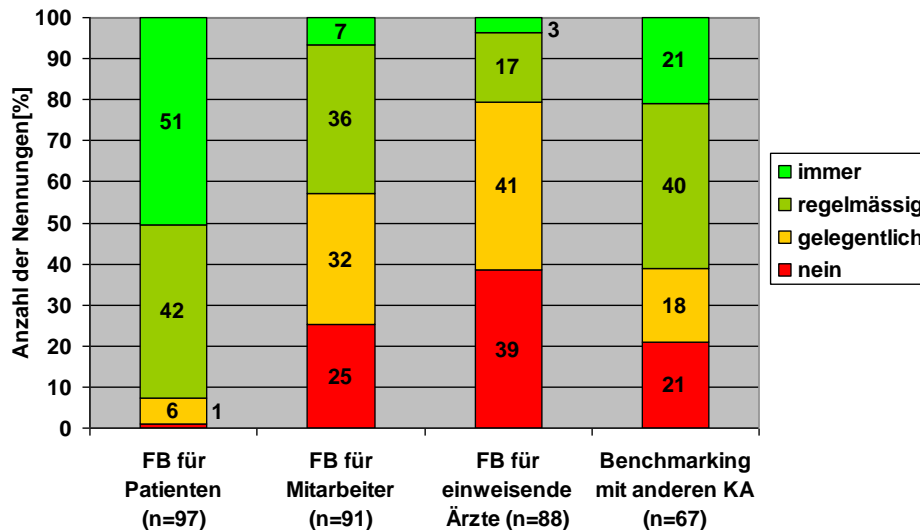


Abbildung 5.15 Zum Fragenblock 7: „Welche Maßnahmen setzen Sie zur Überwachung bzw. Beurteilung des QM-Systems ein?“ (Die Anzahl der Nennungen in Prozent bezieht sich auf die gültigen Antworten „n“)

Der fallende Trend der Regelmäßigkeiten der Umsetzung der Maßnahmen bzw. die Nichterfüllung der Maßnahmen („nicht geplant“) zur Überwachung bzw. Beurteilung des eigenen QM-Systems, als auch die Benchmarkings mit anderen Krankenanstalten, sind in Abbildung 5.15 ersichtlich.

Den **Patientenfragebogen** setzt mehr als die Hälfte der Krankenanstalten „immer“ ein und über ein Drittel „regelmäßig“. Nur in einer privaten Pflegeanstalt für chronisch Kranke werden keine Fragebögen für Patienten benutzt.

Die Mitarbeiterfragebögen werden in 51% der Krankenanstalten „gelegentlich“ bzw. in 42% „regelmäßig“ durchgeführt. In jeder vierten Krankenanstalt wird die Beurteilung bzw. Überwachung der Mitarbeiterzufriedenheit nicht mit Fragebögen durchgeführt.

Die Anwendung der Fragebögen für **einweisende Ärzte** weist wenig Regelmäßigkeit in Umsetzung der Maßnahme. Immerhin in 39% der Krankenanstalten werden keine Fragebögen für einweisende Ärzte benutzt.

Bei der Frage nach dem Benchmarking mit anderen Krankenanstalten gibt es eine hohe Quote an fehlenden Antworten (höchste unter den QM-Maßnahmen, siehe Anhang 9.5). In 21% der befragten Krankenanstalten werden keine Maßnahmen durchgeführt.

Die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ wurde ergänzt durch den persönlichen Kontakt mit Partnern, Tracer-Methode der JCI, Belegarztsitzungen, Fragebogen für die Bereichsauswertung und Feedbackbogen.

- In der *Schmalzl und Klein Studie 2004* [L50] sind in 64% der Krankenanstalten bereits Mitarbeiterbefragungen durchgeführt worden und 10% plant welche einzuführen. In über ein Viertel (26%) der Krankenanstalten sind noch keine umgesetzt worden.
- Die *LSE Umfrage 2007* [L50] ergab, dass alle Krankenanstalten Patientenbefragungen durchführen. Der größere Teil (72%) führt laufend Befragungen durch (z.B.: Entlassungsbefragungen), 13% befragt die Patienten einmal und die Anderen mehrmals pro Jahr. Nur wenige Krankenanstalten organisieren Patientenbefragungen einmal in einigen Jahren. 70% gibt an die Mitarbeiterbefragungen durchzuführen.

5.11 Die Wichtigkeit und die Aufwand-Nutzen-Relation des Qualitätsmanagements

Fragenblock 11: „Für wie wichtig halten Sie ein Qualitätsmanagement?“

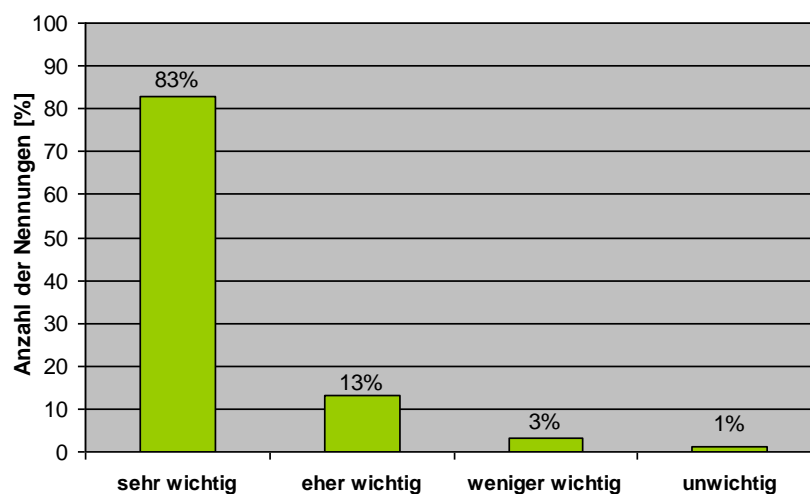


Abbildung 5.16 Häufigkeitsverteilung der Einschätzung der Wichtigkeit des Qualitätsmanagements (n=98)

Auf die Frage über die **Einschätzung der Wichtigkeit des QM** haben 98 der Befragten (außer einem) trotz der Positionierung der Frage gegen Ende des Fragebogens, geantwortet. Das Qualitätsmanagement schätzen 83% der Antwortenden als sehr wichtig und weitere 13% als eher wichtig (Modus und Median ist 1) ein. Nur zwei Sonderkrankenanstalten und ein Sanatorium sind der Meinung, Qualitätsmanagement sei weniger wichtig.

Fragenblock 12: „Wie schätzen Sie die Aufwand-Nutzen-Relation bezüglich des Qualitätsmanagements ein?“

Die **Aufwand-Nutzen-Relation** (Abb. 5.17) schätzt fast ein Viertel der Befragten als „sehr gut“. Im Allgemeinen wird die Aufwand-Nutzen-Relation als gut eingeschätzt (Median und Modus ist 2). Nur 3 Befragte sind der Meinung, die Aufwand-Nutzen-Relation sei „schlecht“.

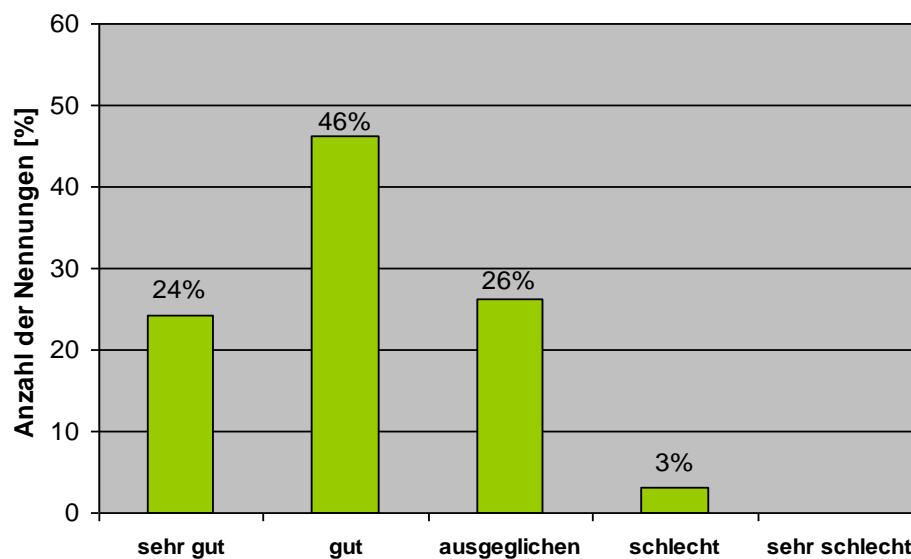


Abbildung 5.17 Häufigkeitsverteilung der Einschätzung der Aufwand-Nutzen-Relation des Qualitätsmanagements (n=95)

5.12 Auswirkungen der Einführung des Qualitätsmanagements auf ausgewählte Aspekte der Krankenanstalt

Fragenblock 10: „Welche Auswirkungen hatte die Einführung des Qualitätsmanagements bisher auf die:“

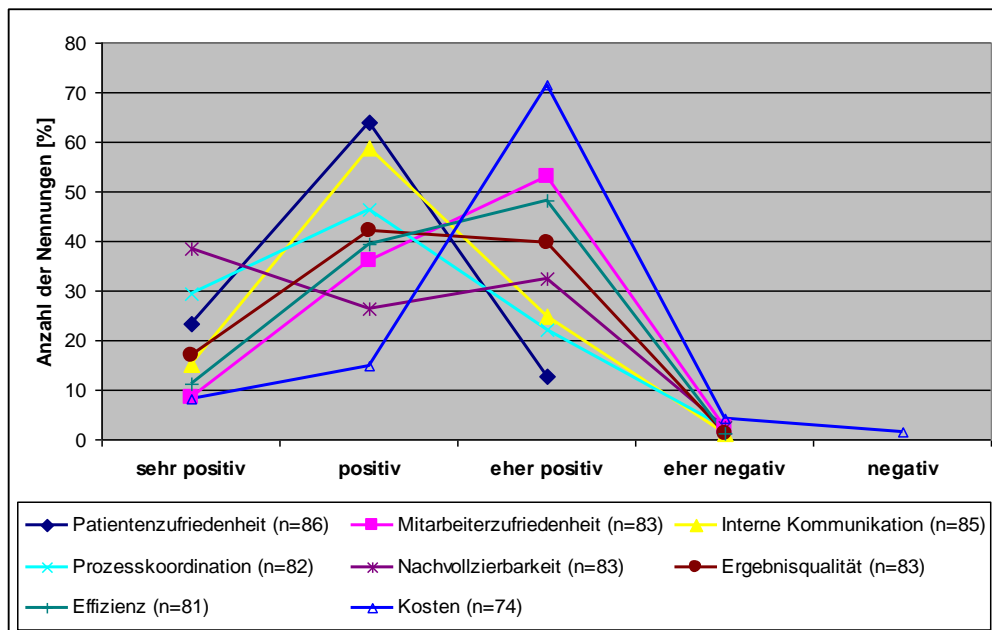


Abbildung 5.18 Die Häufigkeiten der Einschätzung der Auswirkungen des QM – mit fehlenden Werten (Tabelle mit Werten siehe Anhang 9.8)

Die Patientenzufriedenheit weist als einziger Aspekt keine negativen Werte auf und wird mit 64% als positiv geschätzt.

Die Nachvollziehbarkeit hat im Fragenblock den höchsten „sehr positiv“ Wert (39%). Die Häufigkeitsverteilung des Aspektes weist eine fallende Kurve gegen „eher negativ“ auf und somit deutliche positive Aspektausprägung.

Die Mitarbeiterzufriedenheit und **die Kosten** weisen im Fragenblock 10 (Abb. 5.18) als einzige Aspekte „sehr positive“ Werte unter 10% auf und höchste über 50% der „eher positiv“ Antworten. Die Auswirkungen auf Kosten werden als „eher positiv“ bewertet (72%), mit dem Median und Modus beim Wert 3.

Die Antwortmöglichkeit „sonstige“ wurde von zwei Befragten durch eine positive, Zitat: „*Ruf des Krankenhauses*“ [Aus dem Fragebogen] und eine negative, Zitat: „*Durch geringe Umsetzung wenig Auswirkung*“ [Aus dem Fragebogen] der Einführung ergänzt.

5.13 Kreuztabellen-Auswertung der allgemeinen Krankenanstaltenangaben mit Fragenblöcken 2 bis 13

In folgendem Kapitel werden einige Ergebnisse der Kreuztabellen-Auswertungen (siehe Kap. 4.4) zwischen den allgemeinen Angaben der Krankenanstalten (Fragenblock 1) mit Fragenblöcken 2 bis 13 des Fragebogens zusammengefasst. Aufgrund der geringen Anzahl der Antworten der Sanatorien und Pflegeanstalten, werden diese in diesem Kapitel nicht näher angeführt. Die ausführliche Darstellung der Auswertung befindet sich im Anhang 9.11. Der Vergleich der Krankenanstaltenmerkmale untereinander erfolgt in Tabellen 9.42 bis 9.44.

Die Stadien der **Einführung des Qualitätsmanagements in der gesamten Krankenanstalt** (Tab. 9.6) zeigen ähnliche Häufigkeitsverteilungen der Umsetzungsstadien bei dem Versorgungssektor als auch beim Träger auf. Im Akutversorgungsbereich und in öffentlichen Krankenanstalten ist das Qualitätsmanagement häufiger ohne Zertifikat eingeführt, in Privaten und Nicht-Akutkrankenanstalten wird häufiger eine Zertifizierung der gesamten Krankenanstalt durchgeführt. Alle an der Befragung teilnehmenden Sanatorien (4) und Pflegeanstalten (6) sind von dem privaten Träger. Laut dem Bericht der Wirtschaftskammer 2009 sind, Zitat: „*Österreichs Privatkrankenanstalten seit vielen Jahren Vorreiter*“ [L59] in der Qualitätsarbeit und der Integration eines QM-Systems mit mehr als 50 Gesundheitsbetrieben, die im Rahmen der Best Health Austria zertifiziert sind.

Die Sonderkrankenanstalten weisen eine doppelt hohe krankenhausesweite Einführung des Qualitätsmanagements gegenüber den Krankenanstalten der Allgemeinversorgung (Tab. 9.7). Die Ergebnisse zeigen, dass die Anzahl der gesamt zertifizierten Krankenanstalten nicht von der Bettenkapazität abhängt, jedoch fällt mit der steigenden Bettenkapazität die Anzahl der Krankenanstalten mit eingeführtem Qualitätsmanagement ohne Zertifikat (Tab. 9.7) auf.

Die Kreuztabellenauswertung der allgemeinen Angaben der Krankenanstalten mit **QM-Vorgaben** (Tab. 9.12 und 9.13) ergibt, dass die Anwendung des E.F.Q.M.- Modells in Akut-Krankenanstalten und öffentlichen Krankenanstalten dominiert, hingegen das KTQ Konzept in den Privaten und Krankenanstalten der Nicht Akutversorgung. Die Krankenanstalten mit über 500 Betten bevorzugen die ISO 9000ff Norm (Einführung auch in Teilbereichen möglich) und in kleinen Krankenanstalten (<200 Betten) das KTQ Konzept (nur krankenhausesweite Einführung möglich).

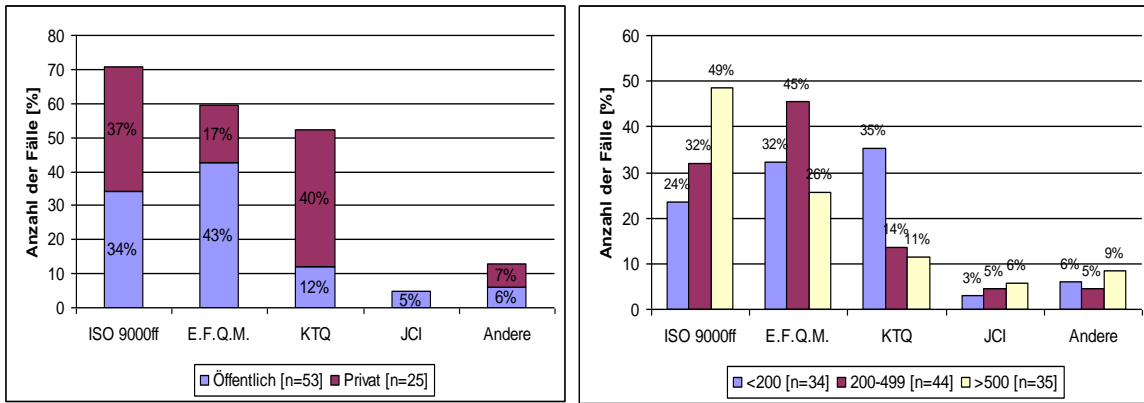


Abbildung 9.19 und 9.20 Vergleich der Anwendung der QM-Vorgaben zwischen Krankenanstalten des öffentlichen und privaten Trägers (rechts) und der Bettenkapazität (links). (Aufgrund der möglichen Mehrfachnennungen sind die Ergebnisse auf 100% skaliert worden)

Die Ergebnisse der befragten Krankenanstalten der Akutversorgung, der öffentlichen Träger und der allgemeinen Krankenanstalten, über die Unterstützung des Qualitätsmanagements durch die **QM-Beauftragte** und **QM-Kommissionen**, weisen keine „in Planung“ und „nicht geplant“-Antworten im Gegensatz die Sonder-Krankenanstalten, die mit privater Trägerschaft, und der Nicht-Akutversorgung auf (Tab. 9.30 bis 9.33). Die **QM-Abteilungen** werden in Krankenanstalten mit über 500 Betten häufiger eingerichtet als in kleineren Krankenanstalten. (Tab. 9.33)

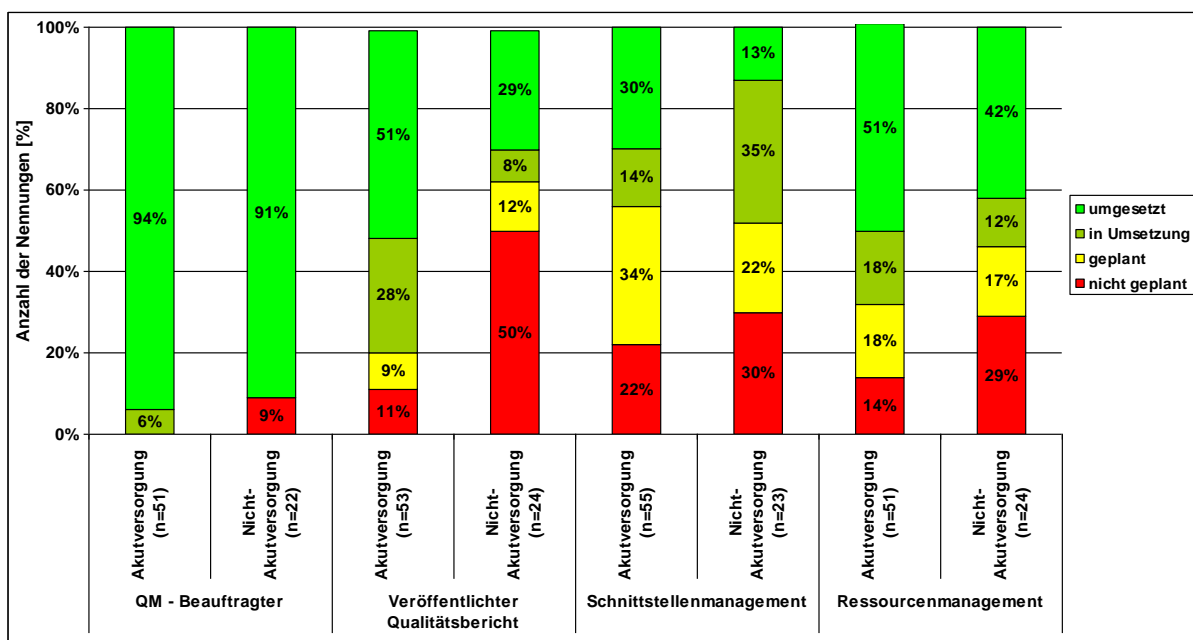


Abbildung 9.21 Vergleich des Versorgungssektors mit ausgewählten QM-Maßnahmen

Der **Qualitätsbericht** wird häufiger in öffentlichen Krankenanstalten (51%) gegenüber den privaten (30%), sowie in den Krankenanstalten des akuten Versorgungsbereichs (51%) gegenüber den nicht-akutem (29%) Versorgungsbereich veröffentlicht (Tab. 9.14 und 9.15). Immerhin groß ist der Anteil an privaten- (40%) und Krankenanstalten der Nicht-Akutversorgung (50%), die eine geschlossene Haltung zeigen und nicht planen, ihre Qualitätsberichte zu veröffentlichen.

Die Durchführung von **Qualitätsverbesserungsprojekten** zeigt, daß bei Krankenanstalten der Akutversorgung, mit öffentlichen Träger und mit großer Bettenkapazität (>500) eine um 20% - Punkte höhere Bereitschaft für die Umsetzung dieser Maßnahme gegenüber anderen Krankenanstalten besteht (Tab. 9.14 bis 9.17).

Die Frage zum **Ressourcenmanagement** weist in Krankenanstalten mit bis zu 200 Betten 34% der Umsetzung der Maßnahme und 28% der „nicht geplant“- Antworten auf, wobei in den Krankenanstalten mit über 500 Betten bereits 67% die Maßnahme umgesetzt hat und 6% planen nicht diese umzusetzen. (Tab. 9.21)

Die Krankenanstalten der Nicht-Akutversorgung, mit privatem Träger, mit Bettenkapazität über 500 Betten und Sonder-Krankenanstalten schätzen die Auswirkungen der Einführung des Qualitätsmanagements auf ausgewählte Aspekte positiver als die Anderen. (Tab. 9.34)

Die Ergebnisse der Kreuztabellen-Auswertungen zeigen höhere Ausprägungen der bereits umgesetzten QM-Maßnahmen in Krankenanstalten des akuten Versorgungssektor gegenüber Krankenanstalten der Nicht-Akutversorgung. Der Vergleich der Bettenkapazität zeigt, dass höhere Ausprägungen an bereits umgesetzten Maßnahmen in den Krankenanstalten mit über 500 Betten und Sonderkrankenanstalten gegenüber den Krankenanstalten der allgemeinen Versorgung.

5.14 Befragungsergebnisse zum Stand und Entwicklung des Qualitätsmanagements in deutschen Krankenanstalten

Im Jahr 2000, während der ersten großen Gesundheitsreform in Deutschland, brachte die Neugestaltung des Gesundheitssektors neben vielen Veränderungen die Förderung der Einführung und Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagements. Ab dem Jahr 2005 müssen die Krankenanstalten zum ersten Mal einen strukturierten Qualitätsbericht vorlegen. [L129]

1. Studie: Die Ergebnisse des f&w-Krankenhaus-Kompasses „Spezial“ 1999 / 2000 [L32], zeigten in der Befragung zum Stand der Zertifizierung in bundesdeutschen Krankenanstalten, dass 60% der antwortenden Teilnehmer bereits zertifiziert sind, oder sie streben eine Zertifizierung an. Die Krankenanstalten die eine Zertifizierung haben oder vorbereiten, verfügen häufiger über die Instrumente des Qualitätsmanagements, wie QM-Kommissionen, -Beauftragte, als Krankenanstalten ohne Zertifikat. Es zeigte sich ein Trend, dass die zertifizierten Krankenanstalten auch andere Zertifizierungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen. Die Krankenanstalten mit größeren Bettenkapazität (über 300 Betten) lassen sich öfters zertifizieren (65%) als die mit der kleineren Bettenkapazität unter 250 Betten (50%). Die ISO 9000ff Vorgaben und das E.F.Q.M.-Modell werden von kleinen Krankenanstalten bis 250 Betten vorgezogen, Das E.F.Q.M von Krankenanstalten mit 300-450 Betten, und das KTQ eher von den grossen Krankenanstalten (>450 Betten). Die privaten Krankenanstalten lassen sich häufiger zertifizieren und ISO-Vorgaben werden präferiert. Die öffentlichen Krankenanstalten orientieren sich eher an die E.F.Q.M.- und KTQ Vorgaben. Die Studie zeigte einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Zertifizierung und anderen QM-Aktivitäten. Von einer Zertifizierung während der Einführung eines internen Qualitätsmanagements wurde abgeraten.

2. Studie: Ab dem Jahr 1998 erfolgten in Deutschland, im Rahmen des Demonstrationsprojekts „Qualitätsmanagement im Krankenhaus“ [L54], [4], [5], vier Tübinger Befragungen der Akutkrankenhäuser in den Jahren 1998/99, 2001, 2004 und 2007 bzw. der Vollerhebung der psychiatrischen Krankenhäuser in den Jahren 1998/99, 2001 und 2004 mit Rücklaufquoten um 40%. Die Auswahl der Stichprobe erfolgte auf der Basis einer geschichteten 20% Zufallsstichprobe, aus der damals erreichbaren Datenbank des Statistischen Bundesamtes (1995). Die Schichtkriterien waren die „alte und neue

Bundesländer“ und die „Größe der Krankenanstalten“ in den Klassen von <100, 100-199, 200-499 und ≥ 500 Betten. Die Aussendung erfolgte mit Hilfe einer doppelten Umschlagstechnik. Einen Monat nach dem Stichtag der Aussendung wurde eine Erinnerungsaktion durchgeführt.

Die **Stadien der Entwicklung des Qualitätsmanagements** (Abb. 5.22) zeigen eine deutliche Zunahme an bereits umgesetztem Qualitätsmanagement in den letzten Jahren. Obwohl im Jahr 1998 nur ein Viertel der Krankenanstalt ein Qualitätsmanagement eingeführt oder umgesetzt hat, waren es 2007 bereits 72%. Der Prozentsatz der Krankenanstalten, die kein Qualitätsmanagement betreiben, ist dennoch mit 10% recht hoch.

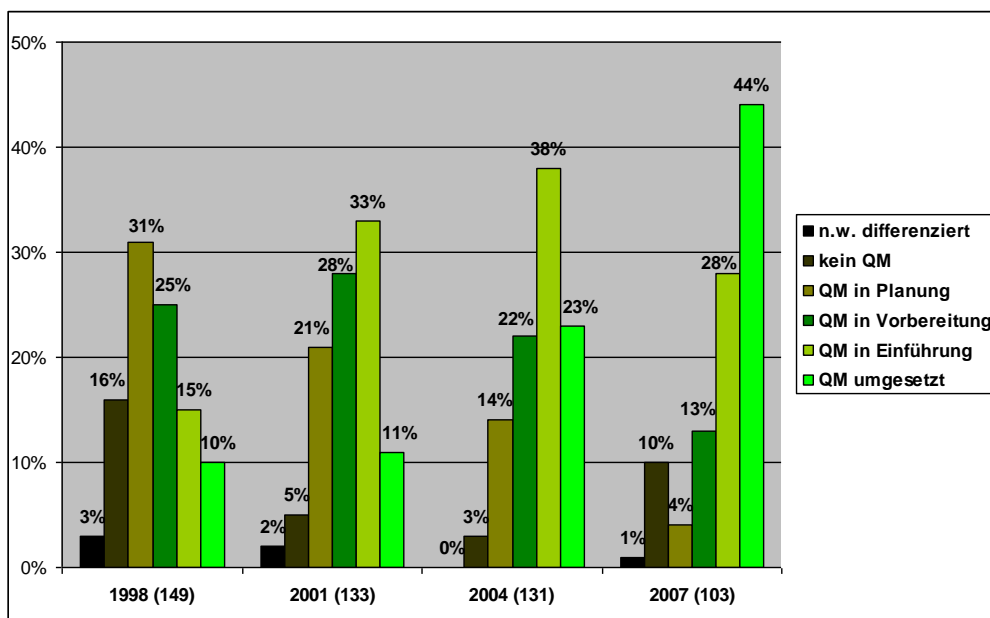


Abbildung 5.22 Entwicklung des Qualitätsmanagements in deutschen Akut-Krankenhäusern zwischen Jahren 1998 und 2007 (Mehrfachnennungen) [L54]

Die Weiterentwicklung der Qualitätsmanagements ist bei den psychiatrischen Krankenanstalten von 32% (1998) der Krankenanstalten in Einführung und des bereits umgesetzten Qualitätsmanagements auf 61% (2004) erkennbar.

Die Orientierung der Krankenanstalten an der verschiedenen **QM-Vorgaben** zeigt in der Tabelle 5.2 eine deutliche Zunahme von 11% auf 44% bei der Anwendung von ISO-Modell zwischen 1998 und 2007, sowie die Zunahme um das 8-fache für den deutschen

Gesundheitsmarkt entwickelten und eingeführten Zertifizierungskonzept nach KTQ, zwischen 2001 und 2007. Wenig durchgesetzt haben sich die QM-Modelle nach E.F.Q.M. und JCI-A. In den psychiatrischen Krankenanstalten war 2004 die Orientierung an das E.F.Q.M.-Modell mit 26% deutlich über den anderen QM-Modelle (ISO 5%; KTQ 3%; Peer Review 5%).

Tabelle 5.2 Orientierung an die QM-Vorgaben in Akut- Krankenhäusern zwischen Jahren 1998 und 2007 [L54]

QM-Vorgaben \ Das Jahr der Befragung	1998 (n=149)	2001 (n=133)	2004 (n=131)	2007 (n=103)
ISO	11%	16%	29%	44%
KTQ/pCC	-	4%	10%	32%
Peer Review + Organisationspezifisch	3%	3%	5%	8%
E.F.Q.M.	-	4%	8%	4%
JCI-A	-	2%	2%	2%

Die **hauptamtlichen Qualitätsmanager** zur Unterstützung des internen Qualitätsmanagements waren bei der ersten Befragung nur in jeder fünften Krankenanstalt (21%) vertreten und im Jahr 2007 in fast drei Viertel der Krankenanstalten (71%). Auch der Anteil an beteiligten externen Qualitätsberatern hat sich von 36% (1998) auf 81% (2007), mehr als verdoppelt.

Die Erstellung von **Qualitätsberichten** zwischen den Jahren 1998 (21%) und 2007 (26%) zeigt wenig Veränderung trotz der starken Forderung nach interner- und externer Transparenz der Leistungsqualität, obwohl laut eigenen Angaben 2004, 95% der Akut- Krankenhäuser (sanktionsbewehrt) und 44% der psychiatrischen Krankenhäuser bereits an Benchmarking teilgenommen haben. Die **Qualitätsprojekte** werden in 77% der Akut- Krankenhäuser umgesetzt.

Das **betriebliche Vorschlagwesen** wurde 1998 in jeder dritter Krankenanstalt (33%) und 9 Jahre später erst in jeder Zweiter (50%) etabliert.

Die Umsetzung der **Leitlinien ärztlicher Versorgung** stieg von 46% (1998) auf 60% (2007) im Gegensatz zu den **Leitlinien der pflegerischen Versorgung**, die einen Abfall von 74% (2001) auf 69% (2007) aufwiesen.

Die **Patientenbefragung** (2007) wird am häufigsten umgesetzt (in 87% der Krankenanstalten). Die **Mitarbeiterbefragungen** als auch die **Befragungen der**

einweisenden Ärzte werden in fast der Hälfte (49%) der Akut- Krankenanstalten durchgeführt.

Nach vier Tübinger Befragungen zeigte sich, dass die Einführung eines internen Qualitätsmanagement ein lang dauernder Entwicklungsprozess ist, der in deutschen Krankenanstalten noch immer nicht gänzlich Einzug genommen hat, doch die Entwicklung der QM-Maßnahmen zeigt fortschreitende Entwicklung. Gesetzliche Regelungen und neue Angebote (z.B.: KTQ) haben den Prozess zusätzlich beschleunigt, indem Struktur-, Prozess- und Ergebnisverbesserungen (u.a. hauptamtliche Qualitätsmanager, externe Berater, Qualitätsverbesserungsprojekte, Patientenbefragungen, Leitlinien, Benchmarking mit anderen Krankenanstalten, Risikomanagement) für das Qualitätsmanagement geschaffen werden. Ein eigenes Qualitätsmanagement -Budget hatte 2004 jedes Fünfte (19%) und 2007 jedes vierte Akutkrankenhaus (24%). Laut Angabe des Fachartikels [4] verfügen psychiatrische Krankenanstalten häufiger über ein eigenes QM-Budget als die Somatischen.

5.15 Befragungsergebnisse zum Stand und Entwicklung des Qualitätsmanagements in den Kantonsspitaler der Schweiz

1. Studie: In der quantitativen Studie 1997 [10] zum „Qualitätsverständnis“ und den bekanntesten „Instrumenten zur kontinuierlichen Qualitätssicherung und –Förderung“ manifestierte sich bereits die hohe Kunden-, Prozess- und Mitarbeiterorientierung, die positive Auswirkungen auf die Entwicklung des Qualitätsmanagements haben. In der offenen Frage der Spitaldirektorien zum Qualitätsverständnis haben 66% kundenorientierten-, 61% prozessorientierten-, 47% mitarbeiterorientierten und 41% ergebnisorientierten Qualitätsbegriff genannt.
 - Die QM-Vorgaben, an denen sich die Spitäler orientieren, ist das TQM (16% bereits eingeführt und in 47% geplant), Akkreditierungsverfahren nach VQG (5% in Einführung und in 27% geplant), die ISO 9000ff (nur 4% eingeführt und in 18% geplant), sowie European Quality Award (EQA) (2% eingeführt und 8% geplant).
 - Die Unterstützung des Qualitätsmanagements durch Qualitätsbeauftragte haben 35% der Spitäler bereits umgesetzt (40% in der Planungsphase) und in 46% noch Qualitätszirkel (36% in der Planungsphase) verwendet.
 - Die Patienten-Befragungen mit 77% (19% in der Planungsphase) und Mitarbeiterbefragungen mit 47% der Umsetzung der Maßnahme in den Spitäler zeigen, dass die QM-Maßnahmen häufig zur Anwendung kommen.
2. Studie: In der Lizentiatsarbeit (A.I. Metzger) erfolgte 2003 eine Befragung über den Stand der Umsetzung in den Kantonsspitalern der Schweiz 30 ausgesendeten Fragebögen. 25 Spitäler haben geantwortet und 5 nicht. Das Ergebnis zeigt (Mehrfachnennungen möglich), dass von 25 Spitäler - 22 Fragebögen wurden zurückgesendet und für drei Spitäler war es möglich herauszufinden mit welchen Systemen sie arbeiten - in 17 Fälle der H+/Santesuisse Rahmenvertrag am meisten vertreten ist, gefolgt von dem E.F.Q.M.-Modell (n=10). Das VQG Konzept wird in 5 Spitäler angewendet und die ISO 9001 Norm in Einer. [L36]
3. Studie: Der standardisierte Qualitätsbericht [L44] zehn Jahre später, der Dachorganisation H+ mit 382 Aktivmitgliedern, bot die Möglichkeit zur Teilnahme am Fragebogen zu den aktuellen Qualitätsstandards der Häuser. Eine Rücklaufquote von 60% wurde erreicht (n=231).

Die Frage nach **Zertifizierungen** (n=187) zur Bestätigung der Erfüllung festgelegter Kriterien wurden von 94% der Antworten mit mindestens einer Zertifizierung angegeben, wobei je nach Größe oder Spezialisierung auch mehrere Zertifizierungen angegeben wurden.

Die Verteilung der **QM-Vorgaben**. 199 Institutionen beantwortete diese Frage:

- 49% der Befragten wenden das ISO 9000ff im ganzen Spital an und 23% in einigen Kliniken. Insgesamt 20% haben kein Zertifikat erlangt.
- Das E.F.Q.M.-Modell an der zweiten Stelle wird in 29% der Fälle im ganzen Spital und in 11% in einigen Kliniken angewandt. 35% wendet es ohne Zertifikat an.
- Weitere QM-Modelle, die nur im ganzen Spital Anwendung finden, sind andere ISO Zertifizierungen mit 18%, SanaCERT (vor 2003 VQG) mit 17% und APEQ mit 3%.

Die Frage nach dem bereits oder demnächst erstellten Qualitätsbericht beantwortete 208 Institutionen, von denen 63% (133) einen Qualitätsbericht erstellten (75 erstellten keinen). Von 133 Institutionen haben 22 (17%) bereits ihren **Qualitätsbericht veröffentlicht**, 25 Institutionen (19%) planen ihn zukünftig zu veröffentlichen und 8% veröffentlicht nur bestimmte Daten des Berichts.

Zum Schutz der Patienten vor Fehlern und zur Qualitätssteigerung werden in zwei Drittel (67%) von 205 Antworten, **Fehlermeldesysteme** wie CIRS angewendet. Die Vernetzung der CIRS-Systeme erfolgt von insgesamt 138 Benutzern in 129 der Institutionen lokal und in 51 regional. In 33 Spitäler ist ein national vernetztes System (CIRNET) eingeführt.

5.16 Vergleich der Befragungsergebnisse zum Stand der Entwicklung des Qualitätsmanagements in Österreich, Deutschland und der Schweiz

Die Länder Österreich und Deutschland sowie die Schweiz sind geographische Nachbarn mit gleicher Sprache (Schweiz noch Französisch, Italienisch und Rätoromanisch) und starken kulturellen Bindungen. Nach Angaben der „Organisation for Economic Co-operation and Development“ (OECD) Studie 2007 zur Gesundheitsversorgung herrschen in Österreich [L39] und Deutschland [L37] ähnliche Bedingungen. [L2]

Die Ergebnisse der Befragungen sind jedoch aufgrund folgenden Unterschiede nur bedingt zu vergleichen:

1. Unterschiedliche Zeitpunkte der Befragungen (in Österreich 2009, in Deutschland und der Schweiz 2007)
2. Stichprobengröße und Methoden der Erhebung (in Deutschland separate Befragung der Akutkrankenhäuser und psychiatrischen Kliniken, in Österreich eine Vollerhebungen und eine in der Schweiz)
3. Unterschiedliche Fragebögen (unterschiedliche Fragentypen bzw. Antwortmöglichkeiten)

Bei der Ausgestaltung des Qualitätsmanagements orientierte sich in Österreich die Mehrheit der befragten Krankenanstalten an die Vorgaben des E.F.Q.M-Modells, gefolgt von der ISO 9000ff Norm. In der Schweiz hingegen zeigt sich eine deutliche Orientierung an die ISO 9000ff Norm. In Deutschland ist ISO 9000ff ebenso mit über 40% am häufigsten vertreten aber gefolgt von dem eigens entwickelten KTQ Konzept. Auch in Österreich zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Anwendung des KTQ Konzepts (Tab. 5.1). In deutschen psychiatrischen Krankenanstalten sind am häufigsten das E.F.Q.M-Modell (38%) und KTQ-Konzept (31%) vertreten. [4], [L54]

Die Unterstützung des Qualitätsmanagements durch QM-Beauftragte und Veröffentlichung des Qualitätsberichtes zeigt in Österreich höhere Umsetzung als in Deutschland vor zwei Jahren. In schweizerischen Spitäler wird weniger Aufmerksamkeit auf externe Transparenz durch veröffentlichten Qualitätsbericht gelegt, dennoch 95% der Befragten geben an, mindestens eine Zertifizierung zu haben (Kap. 5.15).

In deutschen Akutkrankenhäusern werden eher die externen Berater zur Unterstützung des Qualitätsmanagements vorgezogen und die Durchführung der Qualitätsverbesserungsprojekte öfters umgesetzt.

Tabelle 5.3 Der Vergleich der Länder Österreich, Deutschland und der Schweiz zwischen QM-Vorgaben, QM-Maßnahmen [L2], [L37], [L38], [L39] ¹(Die Angaben der Prozentwerte in Klammern sind die Befragungsergebnisse der Bundeskurie Angestellte Ärzte 2007 (n=211). [L41])

Vergleichsländer	Österreich	Deutschland	Schweiz
Qualitätsmanagementbefragungen	2009 n=77	2007 n=103 [L54]	2007 n=231 [L44]
QM-Vorgaben¹			
E.F.Q.M.	35% (26%)	4%	29%
ISO 9000ff	34% (30%)	44%	49%
KTQ	19% (7%)	32%	-
JCI	4% (3%)	2%	-
VQG	-	-	17%
Peer Review + Organisations spezifisch	-	8%	-
Andere	6% (34%)	-	21%
QM-Maßnahmen			
QM-Beauftragte	95%	71%	*
Externer Berater	53%	81%	*
Veröffentlichtes Qualitätsbericht	44%	26%	17%
Qualitätsverbesserungsprojekte	63%	77%	*
Vorschlagswesen	71%	50%	*

Anmerkung zu Tabelle 5.3:

Die Werte sind zum Vergleich auf 100% (wegen Mehrfachantworten) skaliert worden.

*Werte nicht gefragt

6. Diskussion

Ein krankenhausesweites Qualitätsmanagement (Abb. 5.8) ist bereits in 39% der befragten Krankenanstalten eingeführt bzw. zertifiziert. Die Anzahl der Krankenanstalten, unter Betrachtung des Gesundheitsqualitätsgesetzes §1 [L5], die keine krankenhausesweite Einführung des Qualitätsmanagement beabsichtigen beträgt nach dieser Umfrage 10% (5% planen auch keine Einführung in den Abteilungen). Die Krankenanstalten bevorzugen eher eine schrittweise Zertifizierung der QM-Systeme in den einzelnen Abteilungen (43%) als eine krankenhausesweite Zertifizierung des QM-Systems (13%). Gründe einer Nicht-Zertifizierung der gesamten Krankenanstalt werden derzeit mit fehlenden Ressourcen, dem Aufwand und den Kosten begründet. (Kap. 5.6)

Der steigende Trend der **Anwendung der QM-Vorgaben** (Tab. 5.1) lässt sich durch die Einführung des Gesundheitsqualitätsgesetzes im Rahmen der Gesundheitsreform 2005 (Anstieg von 44% (2004) auf 72% (2007)), und durch die sich ständig ändernden ökonomischen Rahmenbedingungen erklären.

Organisatorische Verbesserungen, wie die **Unterstützung bei der Umsetzung des Qualitätsmanagements** erfolgt erfolgreich nur durch die Mitarbeit des qualifizierten Personals, welches in über 91% der Fälle durch eingesetzte QM-Beauftragte und – Kommissionen (Abb. 5.6) gegeben ist. Sowohl die Verfahren zur Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter, Qualitätszirkel, abteilungs- / bereichsübergreifende Qualitätsmeetings weisen mit über 70% an Nennungen auf eine hohe Umsetzung hin.

Der **veröffentlichte Qualitätsbericht** als wichtiges Controllinginstrument, wird von fast 95% der befragten Krankenanstalten, die ein krankenhausesweites Qualitätsmanagement bereits eingeführt haben veröffentlicht, womit auch die externe Transparenz der Leistungsqualität erhöht wird (Tab. 9.45).

Die hohe Anzahl der Befragten, die auf die Frage nach dem **Benchmarking mit anderen Krankenanstalten** (Abb. 5.15) nicht geantwortet haben, sowie der Befragten die diese QM-Maßnahmen nicht planen, weist auf geringe Regelmäßigkeit und schlechtere Durchdringung dieser Maßnahmen hin. Ebenso zeigt die Frage zum Feedback durch **Qualitätsindikatoren** des Prozess- und Ergebnismanagements (Abb. 5.13), die zur berufs-, sektoren- und bundeseinheitlichen systematischen Entwicklung wichtig sind, mit 40% und 50% an bereits umgesetzten Maßnahmen, auf eine schlechtere Umsetzung dieser Maßnahmen.

Sich ändernde Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen üben vor allem Druck auf das Personal im diesem Sektor, und wirken sich negativ auf die Behandlung der Patienten aus. Aus diesem Grund wird im Gesundheitswesen nach verstärkter Patienten- und Mitarbeiterorientierung, sowie der Patientensicherheit verlangt. **Die Auswirkungen der Einführung des Qualitätsmanagements** (Abb. 5.18) wirkt sich auf die Aspekte der Kosten mit 72%, der Mitarbeiterzufriedenheit mit 53% und Effizienz mit 48% der „eher positiv“ Antworten aus, obwohl die zufriedenen Mitarbeiter ihre Arbeit effizienter, effektiver und dadurch wirtschaftlicher (kostensenkend) gestalten und sich stärker an die Patienten orientieren können.

Der Mitarbeiterfragebogen wird in 25% und der Fragebogen für einweisende Ärzte in 39% der Krankenanstalten nicht benutzt. Die Ausrichtung an die Mitarbeiter ist bei wenigen Angaben der Mitarbeiterzufriedenheit bei Qualitätszielen (19 Nennungen, Abb. 5.7) und „eher positiven“ Auswirkungen der Einführung eines Qualitätsmanagements auf Mitarbeiterzufriedenheit mit 53% (Abb. 5.18) ersichtlich.

Die Ergebnisse zeigen, dass Patientenzufriedenheit ein wichtiges Thema in österreichischen Krankenanstalten ist. Der Patientenfragebogen wird zu 99% als Maßnahme verwendet (Abb. 5.15) und von 93% der Befragten als oberstes Qualitätsziel gewählt wurde (Abb. 5.7). Auch die Auswirkungen der Einführung eines Qualitätsmanagements auf die Patientenzufriedenheit werden in 64% der Fälle als „positiv“ geschätzt, gefolgt von internen Kommunikation (mit 59%) und Prozesskoordination (mit 46%). Eine hohe Patientenzufriedenheit bedeutet jedoch noch nicht, dass eine qualitativ hochwertige, sichere Versorgung gewährleistet wird. **Die Maßnahmen der Patientensicherheit** (Abb. 5.14) sind heutzutage unerlässlicher Teil des QM-Systems, wodurch zugunsten aller Beteiligten Fehler vorgebeugt werden können. Die Patientensicherheit findet nach den Ergebnissen der Befragung in den bereits umgesetzten Maßnahmen wie Benchmarks (13%) und Fehlermanagement (59%) ein breites Spektrum der Umsetzung. Der hohe Prozentsatz an geplanten Maßnahmen zur Patientensicherheit zeigt, dass die Krankenanstalten das Thema der Patientensicherheit für sehr wichtig ernst nehmen und das Versäumte nachholen.

Die **Kosten des Qualitätsmanagements** sind schwer einzuschätzen, da die Prozess- und Ergebnisqualitätsmessung (Outcome) mit Hilfe von Prozessindikatoren, Ergebnisindikatoren (Abb. 5.13) und Benchmarks (Abb. 5.14) sich als schwierig gestaltet und trotz langjähriger Bemühungen, noch nicht ausreichend ausgebaut ist. Aufgrund der fehlenden Daten können keine Aussagen über die Ausgaben und den Wertzuwachs durch die Einführung eines krankenhausweiten Qualitätsmanagements gemacht werden.

Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen der QM-Maßnahmen untereinander zeigen positive Korrelationskoeffizienten, was zeigt, dass die Krankenanstalten die Maßnahmen durchaus in Verbindung untereinander einführen und umsetzen. Die Prozentwerte der Krankenanstalten die Umsetzung der QM- Maßnahmen nicht planen sind in manchen Fällen immer noch (bis zu 49%) recht hoch.

7. Schlußfolgerung

Die Änderungen der rechtlichen-, wirtschaftlichen und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen zwingen die Krankenanstalten, ihre Anpassungsfähigkeit und ihre systematische Qualitätsentwicklung transparent und regelmäßig unter Beweis zu stellen. Die große Mehrheit der befragten Krankenanstalten hat bereits die Aufwand-Nutzen-Relation und die Wichtigkeit des Qualitätsmanagements erkannt. Durch „positive“ Auswirkungen der Einführung des Qualitätsmanagement auf Teilaspekte, wie Patientenzufriedenheit (mit 64%), internen Kommunikation (mit 59%) und Prozesskoordination (46%), werden die Krankenanstalten zusätzlich zur systematischen Qualitätsarbeit motiviert.

Rund 80% der befragten Krankenanstalten orientieren sich bereits an QM-Vorgaben, wie z.B.: das E.F.Q.M. Modell und die ISO 9000ff Norm. Ein deutlicher Anstieg (von 1,5% (2004 [L50]) auf 16% im Jahr 2009) ist bei der Anzahl der Einführungen des KTQ Konzeptes, welches krankenhauspezifisch für das deutsche Gesundheitswesen entwickelt wurde und immer stärker in den österreichischen Gesundheitsmarkt eindringt, bemerkbar.

Die Unterstützung einer systematischen, krankenhausweiten Qualitätsarbeit durch die QM-Beauftragten, -Kommissionen und -Moderatoren (Qualitätszirkel), guter Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter, sowie Qualitätsmeetings weisen hohe Umsetzungsrate (zwischen 73-95%) unter den abgefragten QM- Maßnahmen auf.

Die Vorgabe des Gesundheitsqualitätsgesetzes, krankenhausweite systematische Qualitätsarbeit zu implementieren und intensivieren (§1), kann mit Unterstützung der QM-Systeme erreicht werden und wurde von 39% der befragten Krankenanstalten erfüllt. Weitere 51% befinden sich nach der Befragung in Planungs-, Vorbereitungs- und Einführungsphase.

8. Literatur- / Link-Verzeichnis

- 1 Adams, H. W., Rademacher, H.: Qualitätsmanagement: Strategie, Struktur, Systeme. Frankfurt am Main, Frankfurter Allgemeine Zeitung-Verlag (1994)
- 2 Amelung, V. E., Schumacher, H.: Managed care. Wiesbaden, Gabler (2004)
- 3 Bauer, U.: Managementpraxis im Gesundheitswesen: Prozessmanagement, Qualitätsmanagement, Risikomanagement. Institut für Wirtschafts- und Betriebswissenschaften – TU Graz (2002)
- 4 Blumenstock, B., Selbmann, H.-K., Streuf, R.: Die Entwicklung des Qualitätsmanagements in deutschen Krankenhäusern zwischen 1998 und 2004. *Gesund ökon Quali manag* 2005; 10: 170-177. Tübinger Befragung 2
- 5 Blumenstock, B., Selbmann, H.-K., Streuf, R.: Stand des Qualitätsmanagements in deutschen Akut- und psychiatrischen Krankenhäusern (Projekt „DemoProQM“). *Gesund ökon Quali manag* 2000; 5: A121-124. Tübinger befragung1
- 6 Bortz, J.: Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg, Springer-Lehrbuch (2005)
- 7 Dezszy, J., Schwanzer, H.: Einführung in das Krankenanstaltenmanagement: der Betrieb Krankenhaus und seine Stellung im Gesundheitswesen. Wien, Springer (1993)
- 8 Duller, C.: Einführung in die Statistik mit EXCEL und SPSS: ein anwendungsorientiertes Lehr- und Arbeitsbuch. Heidelberg, Physica (2006)
- 9 Eiff, W.: Risikomanagement: Kosten-Nutzen-basierte Entscheidungen im Krankenhaus. Wegscheid, WIKOM-Verlag (2006)
- 10 Etienne, M.: Total-Quality-Management im Spital erfolgreich gestalten. Bern – Wien, Haupt (2000)
- 11 Gerlach, F. M.: Qualitätsförderung in Praxis und Klinik: eine Chance für Medizin. Stuttgart, Thieme (2001)
- 12 Göbel, D.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Krankenhäuser unter Reformdruck. Berlin- New York– London– Paris– Tokio- Singapur Springer (1999)
- 13 Hildebrand, R.: Das bessere Krankenhaus: Total Quality planen, umsetzen, managen. Neuwied – Kriftel, Leuchterhand (2001)
- 14 Kamiske, G. F.: Die hohe Schule des Total-Quality-Management. Berlin –

- Heidelberg- New York- Paris- Tokio- Hong Kong- Barcelona- Tokio, Springer (1994)
- 15 Kirchner, H., Kirchner, W.: Investitions-Controlling im Krankenhaus: Konzepte, Analysen, Methoden. Stuttgart [u.a.], Kohlhammer (2002)
- 16 Koller, C., Langsdorff, U.: Risikomanagement im Krankenhaus. Heidelberg – München – Landsberg – Berlin, Economica-Verlag (2005)
- 17 Moazedi, A.: Ein Vergleich prozessorientierter Qualitätsmanagementsysteme für Krankenhäuser und deren Nutzen: Ein Vergleich von ISO, EFQM, JCIA, KTQ. Diplomarbeit (2006)
- 18 ÖNORM EN ISO 9000:2000
- 19 Panoid, J.: Qualitätsmanagement und Leistungscontrolling in Krankenanstalten (2006)
- 20 Pira, A.: Umfassendes Qualitätsmanagement im Spital: das EFQM-Modell als Basis. Zürich, Hochschulverlag an der ETH (2000)
- 21 Schröttner, J.: Patientensicherheit im Gesundheitswesen (2007)
- 22 Viethen, G., Maier, I.: Qualität rechnet sich: Erfahrungen zum Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Stuttgart – New York, Thieme (1996)
- 23 Viethen, G.: Wegweiser Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Stuttgart – Jena – Lübeck - Ulm, Gustav Fischer Verlag (1998)

Links-Verzeichnis

(Alle Internetlinks am 01.07.2010 angesehen)

- L1 Abt, J., Näf, E.: Grundlagenmaterial zu Qualitätsmanagement und Pflegequalität, Version 2, 2007;
<http://www.hf-pflege.ch/themenordner/qualitaetsmanagement>
- L2 Aehlen, C., Ammenwerth, A., Flemming, D., Hübner, U., Schaubmayr, C., Sellemann, B.: Software zur Unterstützung von Pflegekräften und Ärzten im Krankenhaus: Ergebnisse einer vergleichenden Studie in Österreich und Deutschland. Tagungsband der eHealth2009 und eHealth Benchmarking 2009. Wien (2009);
http://www.ehealth2011.at/archiv/eHealth2009/papers/data/files/huebner_paper.pdf
- L3 Aschemann-Pilshofer, B.: Wie erstelle ich einen Fragebogen? - Ein Leitfaden für

- die Praxis. Wissenschaftsladen Graz, 2001;
<http://www.aschemann.at/Downloads/Fragebogen.pdf>
- L4 Australian Council on Healthcare Standards;
<http://www.achs.org.au/Home/>
- L5 Auszug aus dem Gesundheitsreformgesetz 2005, BGBl. I Nr. 179/2004.
 Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen;
<http://www.goeg.at/media/download/Gesundheitsqualitaetsgesetz2005.pdf>
- L6 Betriebliches Vorschlagswesen als Ideenmanagement, 2008;
http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw_ratgeber/RGM9-Betriebliches-Vorschlagswesen-als-Ideenmanagement.property=pdfDownload.pdf
- L7 Bundesgesetz betreffend Datensicherheitsmaßnahmen beim elektronischen Verkehr mit Gesundheitsdaten und Einrichtung eines Informationsmanagement (Gesundheitstelematikgesetz - GTelG); http://reference.e-government.gv.at/uploads/media/Gesundheitstelematikgesetz_2005.pdf
- L8 Bundesgesetz über den Schutz personenbezogener Daten (Datenschutzgesetz 2000 – DSGVO);
<http://www.parlament.gv.at/PG/DE/XX/II/01613/pmh.shtml>
- L9 Bundesgesetz über die Krankenversicherung der Schweiz (1994), Stand 2010, SR 832.10;
http://www.admin.ch/ch/d/sr/832_10/index.html
- L10 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. I Nr. 124/2009;
http://www.apotheker.or.at/Internet/OEAK/NewsPresse_1_0_0a.nsf/agentEmergency!OpenAgent&p=1A9DC492C71C11D7C12574CC0040017F&fsn=fsStartHomeFachinfo&iif=0
- L11 Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, Jahrgang 1993, 801. Bundesgesetz (292. Stück);
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1993_801_0/1993_801_0.pdf
- L12 Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. Jahrgang 2008, 105. Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Teil I);

- http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/7/1/CH0717/CMS1211801668459/bgbl_15a-vereinbarung_2008.pdf
- L13 Canadian Council on Health Services Accreditation;
<http://www.accreditation.ca/en/default.aspx>
- L14 Czypionk, T., Kraus, M., Röhring, G.: Messung von Effizienz und Qualität im Spitalwesen. Internationale Aspekte (Endbericht). Institut für Höhere Studien (IHS), Wien (2008).
http://www.multiart.at/oeaek_newsroom/loadfile.php?f=431 (1.7.2010.)
- L15 Das Krankenhaus, Jubiläumszertifikat geht nach München. Verlag W. Kohlhammer, 101.Jg., Oktober 2009, E 4321;
<http://www.ktq.de/fileadmin/media/Artikel/1000Zertifikat.pdf>
- L16 Definitionen und Konzepte des Qualitätsmanagements. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin.(D);
http://www.aezq.de/aezq/kompodium_q-m-a/kapitel-2
- L17 Die KTQ-GmbH stellt sich vor, 2005;
http://www.ktq.de/fileadmin/media/Archiv/Transparent_2-2005.pdf
- L18 Erläuterungen zum Gesundheitsqualitätsgesetz 2005. Bundesministerium für Gesundheit:
http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/3/4/1/CH0703/CMS1043931577060/pdf_erlaeuterungen_gesundheitsqualitaetsgesetz.pdf
- L19 Etienne, M., Thom, N.: Qualitätsmanagement von Spitälern in der Deutschschweiz, 1999;
<http://www.innopool.ch/pdf/Q-Th-Et-99-inform%20Arzt.pdf>
- L20 European Foundation for Quality Management; <http://ww1.efqm.org/en/>
- L21 Hauke, E., Bauer, H. Holzer, E.: Managementreformen in den öffentlichen Krankenhäusern – Was haben sie gebracht? (Teil 3), 2006. ÖKZ, 47. Jg. (2006).04;
<http://www.schaffler-verlag.com/>
- L22 Hauke, E., Bauer, H. Holzer-Möstl, E.: Managementreformen in den öffentlichen Krankenhäusern – Was haben sie gebracht? (Teil 1), 2006. ÖKZ, 47. Jg. (2006).02;
http://www.kdz.or.at/uploads/media/Hauke-Bauer-Holzer_OeKZ_2006-02.pdf
- L23 Hauke, E., Schaffler, R., Holzer-Möstl, E., Stekel, H.: Österreichisches Zertifizierungsmodell für Gesundheitseinrichtungen – Anforderungen und Rahmenbedingungen. Ludwig Boltzmann Institut für Krankenhausorganisation

- (LBI);
<http://www.forumq.at/images/stories/forumq/Zertifizierungsmodell.pdf>
- L24 Hauke, E. [u.a.]: Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien (1998):
http://www.bmg.gv.at/cms/site/attachments/1/3/3/CH0620/CMS1192607323419/leitfaden_qualitaetssicherung_im_krankenhaus.pdf
- L25 Hoffmann, Riehle, M. E.: Qualitätsmanagement im Krankenhaus;
http://www.dgu-online.de/pdf/unfallchirurgie/aktuelle_themen/andere_themen/qm_homepage_riehle_hoffmann.pdf
- L26 Integrierte Bewertungsverfahren für Krankenhäuser unter Berücksichtigung von Qualitätsmanagement, Gesundheitsförderung und Umweltmanagement. Literaturstudie und vergleichende Darstellung. LBI, 2003;
<http://lbimngs-archiv.lbg.ac.at/berichte/ibk04.pdf>
- L27 Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen;
<http://www.ktq.de/index.php>
- L28 Krankenanstalten in Österreich (2008). Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend;
http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/6/9/9/CH0786/CMS1039007503101/ka-verzeichnis_2008_gesamt_internet.pdf
- L29 KTQ-Zertifizierte Einrichtungen;
<http://www.ktq.de/index.php?field=bl&dir=ASC&id=46>
- L30 Kundenorientierung Psychologische Hintergründe und ihre Auswirkung auf die Betriebsorganisation. Projektbericht 2001 (Universität Hamburg);
<http://www.uni-hamburg.de/fachbereiche-einrichtungen/fL16/absozpsy/Projekt-03.pdf>
- L31 Ladurner, J., Lear, J., Mossialos, E.: Qualität in Gesundheitssystemen - Mit einem Schwerpunkt auf strategischen Optionen für Österreich. Kapitel 3: Strategieoptionen für Qualität im Gesundheitswesen. London School of Economics and Political Science, 2008: http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDL134636_DEUTSCH%20Zusammenfassung.pdf
- L32 Lauterbach, K. W., Schlichtherle, S., Schrappe, M., Wolf-Ostermann, K.: Stand der Zertifizierung in bundesdeutschen Krankenhäusern. f&w 6/2000 17. Jhg.: 644-646;

- http://www.bibliomed.de/cps/rde/xbcr/SID-3E01936C-C289DE05//bibliomed/fuwold-2000_06_Stand_der_Zertifizierung_in_bundesdeutschen_Krankenhaeusern.pdf
- L33 Lauterbach, K. W., Schlichtherle, S., Schrappe, M., Wolf-Ostermann, K.: Das interne Qualitätsmanagement nimmt zu. f&w 5/2000 :S. 478-480;
http://www.bibliomed.de/cps/rde/xbcr/SID-7676BC5F-31AFF5E5//bibliomed/fuwold-2000_05_Das_interne_Qualitaetsmanagement_nimmt_zu.pdf
- L34 Martin, J.: Benchmarking im Krankenhaus. Diplomarbeit, 2001;
http://www.bfs-service.de/Fachbeitraege/benchmark_KH.pdf
- L35 Maurer, R.: Qualitätssicherung: Gedanken zur Umsetzung von Art. 58 KVG. Schweiz Med Wochenschr 1999; 129:1351-3;
http://www.smw.ch/docs/pdf/1999_38/1999-38-228.PDF
- L36 Metzger, A. I.: Integrales Qualitätsmanagement im Krankenhaus – Stand der Umsetzung in den Kantonspitälern der Schweiz, 2003;
www.tqmcenter.com
- L37 OECD-Gesundheitsdaten 2009: Deutschland im Vergleich;
http://www.oecd.org/document/4/0,3343,de_34968570_35008930_43748228_1_1_1_1,00.html
- L38 OECD-Gesundheitsdaten 2009: Die Schweiz im Vergleich;
http://www.oecd.org/document/31/0,3343,de_34968570_35008930_43748447_1_1_1_1,00.html
- L39 OECD-Gesundheitsdaten 2009: Österreich im Vergleich;
http://www.oecd.org/document/27/0,3343,de_34968570_35008930_43748379_1_1_1_1,00.html
- L40 Ollenschläger, G., Thomeczek, C.: Fehlermeldesysteme – aus jedem Fehler auch ein Nutzen? Bedeutung von Fehler- und „Incident - Reporting-Systems“ in Industrie und Medizin. Rechtsmedizin 2006, 16:355-360(6).
- L41 Patientensicherheit- Fehlermanagement ist keine Inquisition. Österreichische Ärztezeitung 11, Jg.2007;
<http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-11-10062007/patientensicherheit.html>
- L42 Petscharnig, J., Spiel, G.:Evaluation im österreichischen Gesundheitswesen - ein Überblick (2007);

- www.promente-jugend.at/xedatq/src/uploads/docs/1548.pdf
- L43 Pflügelmayer, M: Informations- und Kommunikationstechnologien zur Qualitätsverbesserung im Krankenhaus. Thesis (2001)
<http://www.ratioserv.com/res/files/thesis/Qualitaetsmanagement.pdf> (1.7.2010)
- L44 Qualitätsbericht 2007 der Schweizer Spitäler, Kliniken und Institutionen der Rehabilitation und Langzeitpflege: Resultate der Umfrage 2007;
http://www.hplusqualite.ch/media/pdf/d_Q-Bericht_H-2007_D.pdf
- L45 Qualitätsentwicklung im österreichischen Gesundheitswesen. Bundesministerium für Gesundheit;
<http://bmgf.cms.apa.at/cms/site/artikel.pdf?channel=CH0703&doc=CMS1043931577060>
- L46 Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Gesundheit in Deutschland, 2006. Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes;
http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=10882&p_sprache=D
- L47 Die Qualitätsreform im Gesundheitswesen. Die Gesundheitsreform 2005;
<http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0717&doc=CMS1104313005110>
- L48 Qualitätssicherung. Positionspapier, Santésuisse, 2008;
http://www.santesuisse.ch/de/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdId=15429&detail=yes&navId=2
- L49 Quality Austria - Trainings, Zertifizierungs und Begutachtungs GmbH;
<http://www.qualityaustria.com/>
- L50 Quality in health care systems – with an emphasis on policy options for Austria, Chapter 2: Austrian Part (2008);
http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDL134631_02_Chapter%20Quality%20report.pdf
- L51 Raffling, S.: Qualität von Stichproben in der betriebswirtschaftlichen Forschung – Eine empirische Studie. Masterarbeit. Karl-Franzens-Universität Graz, 2009;
- L52 Rahmenvertrag betreffend Qualitätsmanagement zwischen H+ Die Spitäler der Schweiz (H+) und Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer, 1997;
http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/deutsch/Rahmenvertrag_1997_d.pdf
- L53 Reformen aufgrund der Vereinbarung gemäß Art.15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008–2013;
<http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/7/1/CH0717/CMS1211801668459/>

- artikel_reform_des_oesterreichischen_gesundheitswesens_08_gaendert20080620.pdf
- L54 Selbmann, H.-K.: Stand und Perspektiven der Umsetzung von Qualitätsmanagement im stationären Bereich. Berlin, 2007;
<http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2306/2007-05-02-Selbmann.pdf>
- L55 Sozialgesetzbuch;
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/135a.html>
- L56 The Joint Commission; <http://www.jointcommission.org/>
- L57 Verordnung über die Krankenversicherung der Schweiz (1995), Stand 2010, SR 832.102;
http://www.admin.ch/ch/d/sr/832_102/a77.html
- L58 Winter, S.: Quantitative vs. Qualitative Methoden. Universität Mannheim und Universität Karlsruhe (TH), 2000;
http://imihome.imi.uni-karlsruhe.de/nquantitative_vs_qualitative_methoden_b.html
- L59 Wirtschaftskammer Österreich. Qualitätsmanagement im Gesundheitsbereich: Österreichs Privatkrankenanstalten seit vielen Jahren Vorreiter. 27.01.2009;
http://portal.wko.at/wk/reloaded.wko.at/wk/format_detail.wk?AngID=1&StID=455697&DstID=299

9. Anhang

9.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3.1 Grundpfeiler des umfassenden Qualitätsmanagements	21
Abbildung 4.1 Die Methodik der Entwicklung des Fragebogens [20]	27
Abbildung 4.2 Ausprägungen der Gestaltungsmerkmale der Befragung	33
Abbildung 4.3. Mind-Map: QM in österreichischen Krankenanstalten.....	36
Abbildung 4.4 Rücklaufquoten für die 1. und 2. Aussendung, der Gesamtrücklauf, die auswertbare Fragebogenrücklaufquote und die auswertbare Stichprobe der Krankenanstalten.....	49
Abbildung 5.1 Angaben zum Versorgungssektor (n=86)	54
Abbildung 5.2 Angaben zum Träger (n=99).....	54
Abbildung 5.3 Angaben zum Krankenanstalt-Typ (n=99).....	55
Abbildung 5.4 Angaben zur Bettenkapazität (n=86)	55
Abbildung 5.5 Boxplot und Häufigkeitsverteilung über die Anzahl der Fachabteilungen.....	55
Abbildung 5.6 Zum Fragenblock 9 „Wer ist in das Qualitätsmanagement eingebunden?“ (Die Anzahl der Nennungen in Prozent bezieht sich an die gültigen Antworten „n“).....	56
Abbildung 5.7 Die obersten Qualitätsziele (n=99) - Mehrfachantworten.....	57
Abbildung 5.8 Stadien der Umsetzung des Qualitätsmanagements in der gesamten Krankenanstalt (n=84) – Die Prozentwerte stellen den Anteil an Krankenanstalten in einzelnen Umsetzungsphasen.....	58
Abbildung 5.9 Stadien der Umsetzung des Qualitätsmanagements in einzelnen Abteilungen (n=60) - Balkendarstellung und der Prozesse (n=56) – Liniendarstellung – Mehrfachantworten möglich (Die Prozentwerte stellen den Anteil an Krankenanstalten in einzelnen Umsetzungsphasen)	60
Abbildung 5.10 Zur Frage: „Nach welchen Vorgaben wurde Ihr QM-System aufgebaut?“ (n=64) - Mehrfachantworten	61
Abbildung 5.11 Gründe für Nicht-Einführung respektive Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems (n=39) - Mehrfachantworten.....	63

Abbildung 5.12 Zum Fragenblock 5: „Welche QM-Maßnahmen und/oder –Instrumente zur systematischen Qualitätsentwicklung werden in Ihrer Krankenanstalt eingesetzt, oder sind geplant?“ (Die Anzahl der Nennungen in Prozent bezieht sich an die gültigen Antworten „n“)	64
Abbildung 5.13 Zum Fragenblock 6: „Welche Maßnahmen und/oder –Instrumente zum Prozessmanagement und Ergebnismanagement gibt es in Ihrer Krankenanstalt?“ (Die Anzahl der Nennungen in Prozent bezieht sich an die gültigen Antworten „n“)	66
Abbildung 5.14 Zum Fragenblock 8: „Welche Maßnahmen zur Patientensicherheit gibt es in Ihrer Krankenanstalt?“ (Die Anzahl der Nennungen in Prozent bezieht sich an die gültigen Antworten „n“)	68
Abbildung 5.15 Zum Fragenblock 7: „Welche Maßnahmen setzen Sie zur Überwachung bzw. Beurteilung des QM-Systems ein?“ (Die Anzahl der Nennungen in Prozent bezieht sich an die gültigen Antworten „n“)	71
Abbildung 5.16 Häufigkeitsverteilung der Einschätzung der Wichtigkeit des Qualitätsmanagements (n=98)	72
Abbildung 5.17 Häufigkeitsverteilung der Einschätzung der Aufwand-Nutzen- Relation des Qualitätsmanagements (n=95)	73
Abbildung 5.18 Die Häufigkeiten der Einschätzung der Auswirkungen des QM – mit fehlenden Werten (Tabelle mit Werten siehe Anhang 9.8)	74
Abbildung 9.19 und 9.20 Vergleich der Anwendung der QM-Vorgaben zwischen Krankenanstalten des öffentlichen und privaten Trägers (rechts) und der Bettenkapazität (links). (Aufgrund der möglichen Mehrfachnennungen sind die Ergebnisse auf 100% normiert worden)	74
Abbildung 9.21 Vergleich des Versorgungssektors mit ausgewählten QM-Maßnahmen	74
Abbildung 5.22 Entwicklung des Qualitätsmanagements in deutschen Akut- Krankenhäuser zwischen Jahren 1998 und 2007	79

9.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 4.1 Beispiele für Antwortabstufungen der Fragen des Fragebogens	38
Tabelle 4.2 Die Fragebogenaussendung.....	48
Tabelle 4.3 Erreichte und auswertbare Stichprobe der Befragung.....	50
Tabelle 5.1 Vergleich der österreichischen Befragungsergebnisse über die Anwendung der QM-Vorgaben in den Jahren 2004, 2007 und 2009 (Die LSE Studie wurde wegen der Befragung in nur vier Bundesländer in Klammern gesetzt).....	62
Tabelle 5.2 Orientierung an die QM-Vorgaben in Akut- Krankenhäusern zwischen Jahren 1998 und 2007 [L54].....	80
Tabelle 5.3 Der Vergleich der Länder Österreich, Deutschland und der Schweiz zwischen QM-Vorgaben, QM-Maßnahmen [L2], [L37], [L38], [L39] ¹ (Die Angaben der Prozentwerte in Klammern sind die Befragungsergebnisse der Bundeskurie Angestellte Ärzte 2007 (n=211). [L41]).....	85

9.3 Der Fragebogen

	Institut für Health Care Engineering Technische Universität Graz Umfrage zum Qualitätsmanagement in österreichischen Krankenanstalten						
1) Angaben zu Ihrer Krankenanstalt (Zutreffendes bitte ankreuzen):							
Versorgungssektor	<input type="checkbox"/> Akutversorgung	<input type="checkbox"/> Nicht-Akutversorgung					
Träger	<input type="checkbox"/> Öffentlich	<input type="checkbox"/> Privat					
Krankenanstalten Typ	<input type="checkbox"/> Allgemeine KA	<input type="checkbox"/> Sanatorium	<input type="checkbox"/> Sonder – KA	<input type="checkbox"/> Pflegeanstalt für chronisch Kranke			
Bettenkapazität	<input type="checkbox"/> <100	<input type="checkbox"/> 100 - 199	<input type="checkbox"/> 200 - 499	<input type="checkbox"/> 500 - 999	<input type="checkbox"/> >1000		
Anzahl Fachabteilungen							
2) Was sind Ihre obersten Qualitätsziele? (Bitte nur zwei Antwortmöglichkeiten!)							
Patientenzufriedenheit	Personalfriedenheit	Prozessoptimierung	Ergebnisoptimierung	Kostenminimierung			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sonstige:							
3) In welchem Stadium befindet sich Ihr Qualitätsmanagementsystem?							
	nicht beabsichtigt	in Planung	in Vorbereitung	in Einführung	bereits eingeführt	bereits zertifiziert	Anzahl
a) Gesamte Krankenanstalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Einzelne Abteilungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Einzelne Prozesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4) Nach welchen Vorgaben wurde Ihr QM-System aufgebaut?							
a) ISO 9000ff (International Organization for Standardization)	<input type="checkbox"/>	Bemerkung					
b) E.F.Q.M. - Modell (European Foundation for Quality Management)	<input type="checkbox"/>						
c) KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus)	<input type="checkbox"/>						
d) JCI (Joint Commission International Standards)	<input type="checkbox"/>						
e) Andere:							
5) Welche QM-Maßnahmen und/oder -Instrumente zur systematischen Qualitätsentwicklung werden in Ihrer Krankenanstalt eingesetzt, oder sind geplant?							
	nicht geplant	geplant	in Umsetzung	umgesetzt			
(1) Verfahren zur Aus-, Fort- und Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(2) Veröffentlichter Qualitätsbericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(3) Regelmäßige Qualitätszirkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(4) Abteilungs- / Bereichsübergreifende Qualitätsmeetings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(5) Betriebliches Vorschlagswesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(6) Schnittstellenmanagement (z.B.: Lieferantenaudit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(7) Fehlermanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(8) Teilnahme an Qualitätsverbesserungsprojekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(9) Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6) Welche Maßnahmen und/oder Instrumente zum Prozessmanagement und Ergebnismanagement gibt es in Ihrer Krankenanstalt?							
	nicht geplant	geplant	in Umsetzung	umgesetzt			
(1) Patienten-Aufnahmemanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(2) Arbeitsanweisungen für einzelne Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(3) Medizinische Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(4) Klinische Behandlungspfade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(5) Ressourcenmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(6) Patienten-Entlassungsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(7) Feedback durch Prozessindikatoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(8) Feedback durch Ergebnisindikatoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
(9) Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Seite 1 von 2							

7) Welche Maßnahmen setzen Sie zur Überwachung bzw. Beurteilung des QM-Systems ein?						
	nein	gelegentlich	regelmäßig	immer		
(1) Fragebogen für Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(2) Fragebogen für Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(3) Fragebogen für einweisende Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(4) Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(5) Benchmarking mit anderen Krankenanstalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
→ Wenn „Ja“ welche Benchmarks, maximal 3 Antworten:						
1.	2.	3.				
8) Welche Maßnahmen zur Patientensicherheit gibt es in Ihrer Krankenanstalt?						
	nicht geplant	geplant	in Umsetzung	umgesetzt		
(1) Internes Fehlermeldesystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(2) Fehler-Dokumentationsverpflichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(3) Fehlerstatistiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(4) Fehlermanagementsystem (Analyse-Bewertungs-Abhilfemaßnahmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(5) Fehlerkonferenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(6) Benchmarks (z.B.: Komplikationsrate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(7) Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9) Wer ist in das Qualitätsmanagement eingebunden?						
	nicht geplant	geplant	in Umsetzung	umgesetzt		
(1) QM – Beauftragte/r	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(2) QM - Vertrauensperson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(3) QM – Abteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(4) QM – Kommission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(5) externe Berater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
(6) Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10) Welche Auswirkungen hatte die Einführung des Qualitätsmanagements bisher auf die:						
	sehr negativ	negativ	eher negativ	eher positiv	positiv	sehr positiv
(1) Patientenzufriedenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Mitarbeiterzufriedenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Interne Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Prozesskoordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Nachvollziehbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Ergebnisqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Effizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Kosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Wie schätzen Sie die Aufwand - Nutzen - Relation bezüglich des Qualitätsmanagements ein?						
<input type="checkbox"/> sehr schlecht	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> sehr gut		
12) Für wie wichtig halten Sie ein Qualitätsmanagementsystem?						
<input type="checkbox"/> unwichtig	<input type="checkbox"/> weniger wichtig	<input type="checkbox"/> eher wichtig	<input type="checkbox"/> sehr wichtig			
13) Warum haben Sie noch kein vollständiges Qualitätsmanagementsystem?						
	eingeführt	zertifiziert	Bemerkung			
(a) im Moment zu teuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(b) zu aufwändig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(c) fehlende Mitarbeitermotivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(d) nicht verpflichtend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(e) fehlende Ressourcen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(f) Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Vielen Dank für Ihre Mühe!						
Seite 2 von 2						

9.4 Skalierung der Merkmale

Tabelle 9.1 Skalierung der Merkmale

Fr.Blöcke	Frage Nr.	Merkmal	Kodierung=Merkmalausprägung	Merkmalstyp
1	Fr_1_1	Versorgungssektor	1=Akutversorgung / 2=Nicht - Akutversorgung	nominal, diskret
	Fr_1_2	Träger	1=Öffentlich / 2=Privat	nominal, diskret
	Fr_1_3	KA-Typ	1=Allgemeine KA /2=Sanatorium/ 3=Sonder-KA/ 4=Pflegeanstalt f.kronisch Kranke	nominal, diskret
	Fr_1_4	Bettenkapazität	1=<100 /2=100-199 /3=200-499 /4=500-999 /5=>1000	nominal, diskret
	Fr_1_5	Anzahl Fachabteilungen	Anzahl	metrisch, diskret, intervallskaliert
2	Fr_2_1	Qualitätsziele - Patientenzufriedenheit	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_2_2	Qualitätsziele - Personalfriedenheit	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_2_3	Qualitätsziele - Prozessoptimierung	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_2_4	Qualitätsziele - Ergebnisoptimierung	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_2_5	Qualitätsziele - Kostenoptimierung	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_2_6	Qualitätsziele - Sonstige	String	nominal, diskret
3a	Fr_3_1_0	Gesamte KA - nicht beabsichtigt	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_3_1_1	Gesamte KA - in Planung	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_3_1_2	Gesamte KA - in Vorbereitung	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_3_1_3	Gesamte KA - in Einführung	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_3_1_4	Gesamte KA - bereits eingeführt	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_3_1_5	Gesamte KA - bereits zertifiziert	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
3b	Fr_3_2_0	Einzelne Abteilungen - nicht beabsichtigt	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_3_2_1	Einzelne Abteilungen - in Planung	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_3_2_2	Einzelne Abteilungen - in Vorbereitung	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_3_2_3	Einzelne Abteilungen - in Einführung	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_3_2_4	Einzelne Abteilungen - bereits eingeführt	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_3_2_5	Einzelne Abteilungen - bereits zertifiziert	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_3_2_6	Anzahl Abteilungen	Anzahl	metrisch, diskret, intervallskaliert
3c	Fr_3_3_0	Einzelne Prozesse - nicht beabsichtigt	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_3_3_1	Einzelne Prozesse - in Planung	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_3_3_2	Einzelne Prozesse - in Vorbereitung	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_3_3_3	Einzelne Prozesse - in Einführung	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_3_3_4	Einzelne Prozesse - bereits eingeführt	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_3_3_5	Einzelne Prozesse - bereits zertifiziert	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_3_3_6	Anzahl Prozesse	Anzahl	metrisch, diskret, intervallskaliert
4	Fr_4_a	ISO 9000ff	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_4_a_B	Bemerkung	String	nominal, diskret
	Fr_4_b	E.F.Q.M.	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_4_b_B	Bemerkung	String	nominal, diskret
	Fr_4_c	KTQ	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom
	Fr_4_c_B	Bemerkung	String	nominal, diskret
	Fr_4_d	JCI	1=Ja / 0=Nein	nominal,dichotom

	Fr_4_d_B	Bemerkung	String	nominal, diskret
	Fr_4_e	Andere	String	nominal, diskret
5	Fr_5_1	Verfahren zur Aus-, Fort- und Weiterbildung	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_5_2	Veröffentlichter Qualitätsbericht	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_5_3	Regelmässige Qualitätszirkel	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_5_4	Abteilungs- / Bereichsübergreifende Q-Meetings	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_5_5	Betriebliches Vorschlagswesen	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_5_6	Schnittstellenmanagement	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_5_7	Fehlermanagement	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_5_8	Q-Verbesserungsprojekte	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_5_9	Sonstige	1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_5_9_1	Sonstige	String	nominal, diskret
6	Fr_6_1	Patienten-Aufnahmemanagement	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_6_2	Arbeitsanweisungen für einzelne Tätigkeiten	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_6_3	Medizinische Leitlinien	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_6_4	Klinische Behandlungspfade	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_6_5	Ressourcenmanagement	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_6_6	Patienten-Entlassungsmanagement	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_6_7	Feedback durch Prozessindikatoren	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_6_8	Feedback durch Ergebnisindikatoren	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_6_9	Sonstige	1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_6_9_1	Sonstige	String	nominal, diskret
7	Fr_7_1	FB für Patienten	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_7_2	FB für Mitarbeiter	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_7_3	FB für einweisende Ärzte	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_7_4	Sonstige	1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_7_4_1	Sonstige	String	nominal, diskret
	Fr_7_5	Benchmarking mit anderen KA	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_7_6	Benchmarks(3)	String	nominal, diskret
8	Fr_8_1	Internes Fehlermeldesystem	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_8_2	Fehler-Dokumentationsverpflichtung	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_8_3	Fehlerstatistiken	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_8_4	Fehlermanagementsystem	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_8_5	Fehlerkonferenzen	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_8_6	Benchmarks	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_8_7	Sonstige	1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_8_7_1	Sonstige	String	nominal, diskret
	Fr_9_1	QM - Beauftragter	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_9_2	QM - Vertrauensperson	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret

9	Fr_9_3	QM - Abteilung	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_9_4	QM - Kommission	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_9_5	externer Berater	0=nicht geplant/1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_9_6	Sonstige	1=geplant/2=in Umsetzung/3=umgesetzt	ordinal, diskret
	Fr_9_6_1	Sonstige	String	nominal, diskret
10	Fr_10_1	Patientenzufriedenheit	1=sehr positiv...6=sehr negativ	ordinal, diskret
	Fr_10_2	Mitarbeiterzufriedenheit	1=sehr positiv...6=sehr negativ	ordinal, diskret
	Fr_10_3	Interne Kommunikation	1=sehr positiv...6=sehr negativ	ordinal, diskret
	Fr_10_4	Prozesskoordination	1=sehr positiv...6=sehr negativ	ordinal, diskret
	Fr_10_5	Nachvollziehbarkeit	1=sehr positiv...6=sehr negativ	ordinal, diskret
	Fr_10_6	Ergebnisqualität	1=sehr positiv...6=sehr negativ	ordinal, diskret
	Fr_10_7	Effizienz	1=sehr positiv...6=sehr negativ	ordinal, diskret
	Fr_10_8	Kosten	1=sehr positiv...6=sehr negativ	ordinal, diskret
	Fr_10_9	Sonstige	1=sehr positiv...6=sehr negativ	ordinal, diskret
	Fr_10_9_1	Sonstige	String	nominal, diskret
11	Fr_11_1	Aufwand-Nutzen-Relation	1=sehr gut...5=sehr schlecht	ordinal, diskret
12	Fr_12_1	Wie wichtig QM?	1=sehr wichtig...4=unwichtig	ordinal, diskret
13	Fr_13_a	im Moment zu teuer	1=eingeführt / 2=zertifiziert / 666=ges.KA bereits zertifiziert	ordinal, diskret
	Fr_13_b	zu aufwendig	1=eingeführt / 2=zertifiziert	ordinal, diskret
	Fr_13_c	fehlende Mitarbeitermotivation	1=eingeführt / 2=zertifiziert	ordinal, diskret
	Fr_13_d	nicht verpflichtend	1=eingeführt / 2=zertifiziert	ordinal, diskret
	Fr_13_e	fehlende Ressourcen	1=eingeführt / 2=zertifiziert	ordinal, diskret
	Fr_13_f	Sonstiges	String	nominal, diskret
	Fr_13_Bem	Bemerkung	String	nominal, diskret
	KA_Nr	KA Nummer		metrisch, diskret, intervallskaliert

9.5 Häufigkeitstabelle der QM-Maßnahmen

QM-Maßnahmen	N		Mittelwert	Standardfehler des Mittelwertes	Median	Modus	Standardabweichung	Schiefe	Standardfehler der Schiefe	Kurtosis	Standardfehler der Kurtosis		Perzentile	
	Gültig	Fehlend									25	50	75	
Fr_5_1	79	20	2,68	0,073	3,00	3	0,651	-1,861	0,271	2,025	0,535	3,00	3,00	3,00
Fr_5_2	80	19	1,85	0,137	2,00	3	1,223	-0,515	0,269	-1,357	0,532	1,00	2,00	3,00
Fr_5_3	84	15	2,57	0,087	3,00	3	0,796	-1,856	0,263	2,612	0,520	2,00	3,00	3,00
Fr_5_4	84	15	2,57	0,092	3,00	3	0,840	-1,917	0,263	2,630	0,520	2,25	3,00	3,00
Fr_5_5	79	20	2,46	0,108	3,00	3	0,958	-1,576	0,271	1,144	0,535	2,00	3,00	3,00
Fr_5_6	76	23	1,49	0,129	1,00	1	1,125	0,091	0,276	-1,367	0,545	1,00	1,00	3,00
Fr_5_7	79	20	2,42	0,095	3,00	3	0,841	-1,059	0,271	-0,331	0,535	2,00	3,00	3,00
Fr_5_8	80	19	2,34	0,111	3,00	3	0,993	-1,286	0,269	0,361	0,532	2,00	3,00	3,00
Fr_6_1	81	18	2,60	0,087	3,00	3	0,785	-2,023	0,267	3,287	0,529	2,50	3,00	3,00
Fr_6_2	86	13	2,81	0,059	3,00	3	0,543	-3,279	0,260	11,217	0,514	3,00	3,00	3,00
Fr_6_3	82	17	2,45	0,094	3,00	3	0,848	-1,398	0,266	0,943	0,526	2,00	3,00	3,00
Fr_6_4	83	16	2,06	0,126	3,00	3	1,151	-0,660	0,264	-1,186	0,523	1,00	3,00	3,00
Fr_6_5	78	21	1,95	0,134	2,00	3	1,183	-0,575	0,272	-1,260	0,538	1,00	2,00	3,00
Fr_6_6	82	17	2,57	0,083	3,00	3	0,754	-1,937	0,266	3,458	0,526	2,00	3,00	3,00
Fr_6_7	78	21	1,81	0,125	2,00	3	1,106	-0,199	0,272	-1,424	0,538	1,00	2,00	3,00
Fr_6_8	80	19	2,06	0,120	2,50	3	1,071	-0,634	0,269	-1,046	0,532	1,00	2,50	3,00
Fr_7_1	91	2	2,42	0,067	3,00	3	0,659	-0,936	0,245	0,775	0,485	2,00	3,00	3,00
Fr_7_2	91	8	1,24	0,095	1,00	2	0,911	0,038	0,253	-0,980	0,500	0,00	1,00	2,00
Fr_7_3	88	11	0,85	0,088	1,00	1	0,824	0,661	0,257	-0,227	0,508	0,00	1,00	2,00
Fr_7_5	67	32	1,61	0,128	2,00	2	1,044	-0,307	0,293	-1,062	0,578	1,00	2,00	2,00
Fr_8_1	83	16	2,33	0,104	3,00	3	0,951	-1,049	0,264	-0,278	0,523	2,00	3,00	3,00
Fr_8_2	78	21	2,05	0,126	3,00	3	1,115	-0,680	0,272	-1,043	0,538	1,00	3,00	3,00
Fr_8_3	77	22	1,91	0,134	2,00	3	1,172	-0,525	0,274	-1,271	0,541	1,00	2,00	3,00
Fr_8_4	77	22	1,96	0,119	2,00	3	1,044	-0,419	0,274	-1,198	0,541	1,00	2,00	3,00
Fr_8_5	77	22	1,58	0,146	1,00	3	1,281	-0,058	0,274	-1,707	0,541	0,00	1,00	3,00
Fr_8_6	69	30	1,41	0,141	1,00	0	1,167	0,120	0,289	-1,457	0,570	0,00	1,00	2,50
Fr_9_1	92	7	2,90	0,049	3,00	3	0,470	-5,512	0,251	31,447	0,498	3,00	3,00	3,00
Fr_9_2	72	27	1,38	0,168	1,00	0	1,428	0,170	0,283	-1,924	0,559	0,00	1,00	3,00
Fr_9_3	73	26	1,55	0,173	2,00	3	1,482	-0,070	0,281	-2,016	0,555	0,00	2,00	3,00
Fr_9_4	92	7	2,85	0,060	3,00	3	0,573	-4,303	0,251	18,683	0,498	3,00	3,00	3,00
Fr_9_5	74	25	1,74	0,164	3,00	3	1,415	-0,334	0,279	-1,836	0,552	0,00	3,00	3,00
Fr_10_1	86	13	1,90	0,064	2,00	2	0,595	0,031	0,260	-0,157	0,514	2,00	2,00	3,00
Fr_10_2	83	16	2,49	0,075	3,00	3	0,687	-0,555	0,264	-0,185	0,523	2,00	3,00	3,00
Fr_10_3	85	14	2,12	0,072	2,00	2	0,622	-0,120	0,261	-0,078	0,517	2,00	2,00	3,00
Fr_10_4	82	17	1,98	0,087	2,00	2	0,785	0,357	0,266	-0,487	0,526	1,00	2,00	2,25
Fr_10_5	83	16	1,99	0,099	2,00	1	0,904	0,227	0,264	-1,312	0,523	1,00	2,00	3,00
Fr_10_6	83	16	2,25	0,082	2,00	2	0,746	-0,271	0,264	-0,820	0,523	2,00	2,00	3,00
Fr_10_7	81	18	2,40	0,078	2,00	3	0,701	-0,507	0,267	-0,529	0,529	2,00	2,00	3,00
Fr_10_8	74	25	2,76	0,083	3,00	3	0,718	-0,741	0,279	2,104	0,552	3,00	3,00	3,00
Fr_11_1	95	4	2,08	0,082	2,00	2	0,794	0,237	0,247	-0,542	0,490	2,00	2,00	3,00
Fr_12_1	98	1	1,22	0,055	1,00	1	0,547	2,780	0,244	8,398	0,483	1,00	1,00	1,00

9.6 Qualitätsmanagement in österreichischen Krankenanstalten: Mind-Map

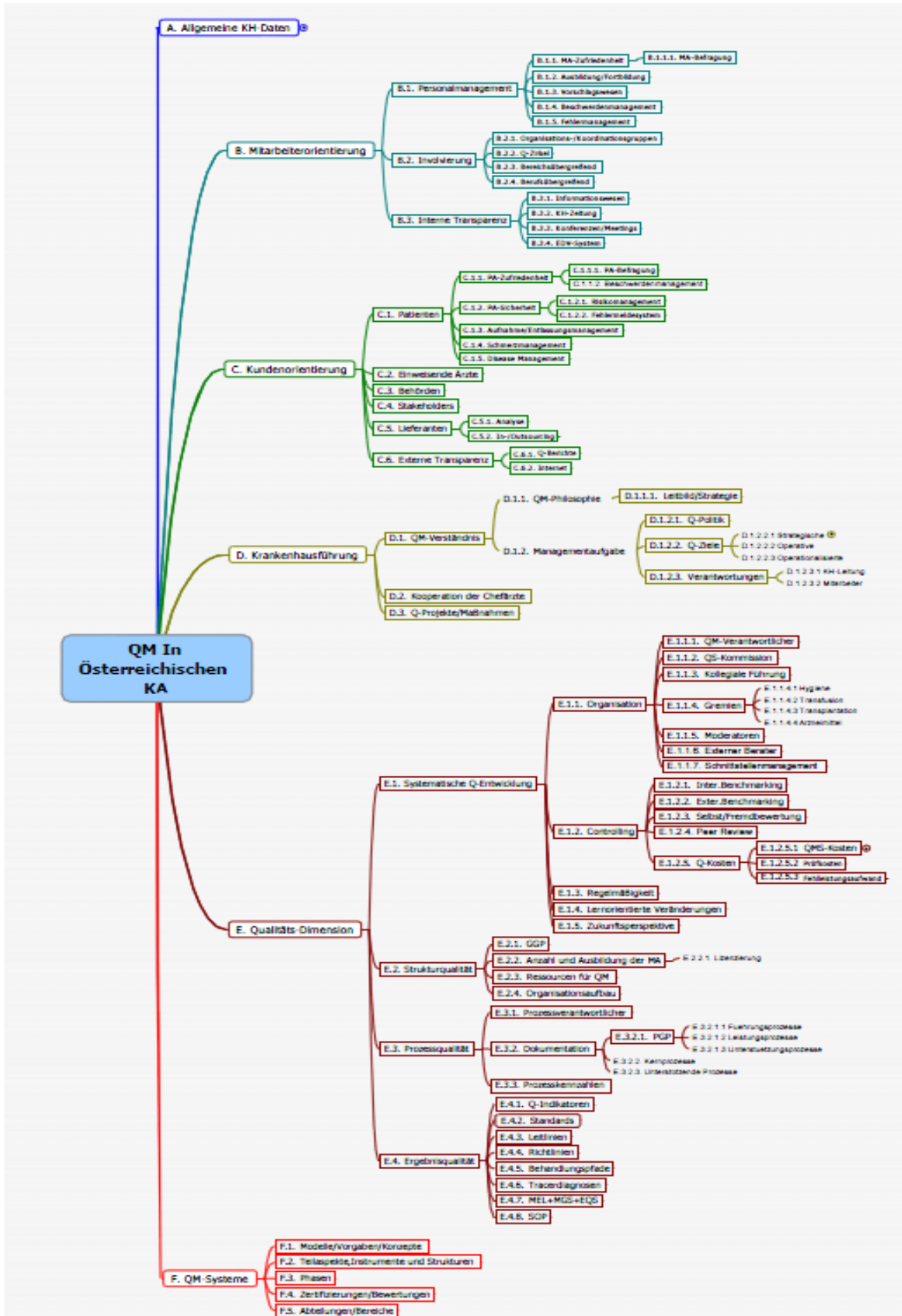


Abbildung 9.1 Mind-Map des Fragebogens

9.7 Vor- und Nachteile verschiedenen Befragungsformen

Tabelle 9.2 Vor- und Nachteile verschiedenen BF- Formen [20]

Befragungsformen \ Kriterien	Telefonische Befragung	Schriftliche Befragung	Persönlich-mündliche Befragung
Antwortrate	Hoch (+)	Tendenziell niedrig aber sehr stark beeinflussbar (?)	Hoch (+)
Kosten	Hoch (-)	Mittel – gering (++)	Sehr hoch (-)
Kontrolle der Erhebungssituation	Gut (+)	Gering (Wer füllt den FB wirklich aus?) (-)	Sehr gut (++)
Objektivität der Ergebnisse	Problematisch (Interviewereinfluss) (-)	Hoch (++)	Sehr problematisch (Interviewereinfluss) (-)
Notwendigkeit externer Unterstützung bei der Durchführung	Notwendigkeit gegeben (-)	Notwendigkeit nicht gegeben (++)	Notwendigkeit gegeben (-)

9.8 Tabelle der Auswirkungen der Einführung eines Qualitätsmanagements auf Teilaspekte

Tabelle 9.3 Auswirkungen der Einführung eines QM auf Teilaspekte (in Prozent)

	sehr positiv	positiv	eher positiv	eher negativ	negativ
Patientenzufriedenheit (n=86)	23,3	64,0	12,8		
Mitarbeiterzufriedenheit (n=83)	8,4	36,1	53,0	2,4	
Interne Kommunikation (n=85)	15,3	58,8	24,7	1,2	
Prozesskoordination (n=82)	29,3	46,3	22,0	2,4	
Nachvollziehbarkeit (n=83)	38,6	26,5	32,5	2,4	
Ergebnisqualität (n=83)	16,9	42,2	39,8	1,2	
Effizienz (n=81)	11,1	39,5	48,1	1,2	
Kosten (n=74)	8,1	14,9	71,6	4,1	1,4

9.9 Durchführung der Literatur- und Internetrecherche

Aufgabenstellung

Laut Pflichtenheft der Diplomarbeit „Qualitätsmanagement in österreichischen Krankenanstalten“: Recherche zur Ausbreitung der Anwendung von QM-Maßnahmen,

- Internetrecherche
- Literatur zur Thematik aus A, D und CH
- Verwaltung/Ministerien

Allgemeines

In folgender Diplomarbeitenrecherche sollte der Benutzer/Leser einen Überblick über die Internetrecherche zum Thema Qualitätsmanagement in österreichischen Krankenanstalten, sowie in Deutschland und Schweiz, mit Schwerpunkt auf Befragungen über dessen Stand, Ausprägung und Ausbreitung des Qualitätsmanagements, erhalten. Bei der Durchführung der Recherche ist Bezug auf das Handbuch – Internetrecherche, Reiner Werle Software (rws): <http://www.werle.com/profil.htm> ,genommen worden.

Internetrecherche

Die Durchführung der Internetrecherche erfolgte nach folgenden Suchstrategien:

- 1) Freie Internetrecherche mit ausgewählten Stichwörtern unter Punkt 3.1 mit unter Punkt 3.2 verwendeten Suchmaschinen
- 2) Suche nach Autoren siehe unter Punkt 4.
- 3) Suche nach Themengebieten: Qualitaet, Qualitaetsmanagement (QM), Total Quality Management (TQM), Umfassendes Qualitaetsmanagement (UQM), Integralles Qualitaetsmanagement (IQM), Qualitaetsmanagementsystem (QMS), European Foundation of Quality Management (EFQM), Austrian Foundation of Quality Management (AFQM), International Standartisation Organisation (ISO), Fragebogen, Umfragen, Befragung, Bewertung u.a.
- 4) Suche nach Fachgebieten: Management, Gesundheitswesen

Die Suche nach Themengebieten und Fachgebieten erfolgte laufend, während der gesamten Internetrecherche und umfasste auch die Fragen des Fragebogens.

1. Angewendete Stichwörter

Zum Thema „Fragebogen“:

Befragung, Studie, Evaluierung, Umfrage, Fragebogen, Analyse, Bewertung, Anker, Auswertung, Untersuchung, Stand, Entwicklung, Umsetzung

2. Verwendete Suchmaschinen

- a) Internationale Suchmaschinen:
 - www.google.at, www.google.ch, www.google.de, www.google.com : verfügt über 8 Milliarden indexierten Webseiten und wird von zahlreichen Suchmaschinen und Portalen benutzt wie AOL (<http://www.aol.com>), Netscape (<http://www.netscape.de>), T-Online (<http://www.t-online.de>) und Freenet (<http://www.freenet.de>).

- www.yahoo.at, www.yahoo.com: Yahoo ist mit den Anbietern Altavista (<http://www.altavista.com>) und Alltheweb (<http://www.alltheweb.com>) verbunden und besitzt auch Overture, einen Anbieter für bezahlte Suchergebnisse.

b) Metasuchmaschinen:

Metasuchmaschinen unterhalten keine eigene Datenbank von Webseiten, sondern sie starten bei mehreren Suchmaschinen gleichzeitig eine Suchanfrage.

- www.metacrawler.com → google, yahoo, msn, ask, looksmart, about
- www.metager.de → DE: Dmoz, Witch, Vondo, MSN, Yohoo, Exalead, Overture, Tricus, Usenet, Suchclip, Fastbot, FirstFind, neomo, atsearch, crossbot, Wikipedia, Forschung, CPASE, QualiGO.ch, NetLuchs, UniHannover, Nachrichten, metarss, Semager, Abacho.at. INT: Dmoz_int, OnLinks, UnisUSA, Plazoo, FirstFind.com

3. Autorenrecherche

Nach der Internetrecherche und wegen sehr grossen Umfangs des Themengebietes, wurden zur Autorenrecherche nur für die Diplomarbeit die wichtigsten Autoren herangezogen:

Blumenstock, G., Streuf, R., Selbmann, Hans-Konrad, Pietsch-Breitfeld, B., Heizman, G., Glueck, D., Willer, I., Frindt, C., Eberlein-Gonska, M., Schrappe, M., Wolf-Ostermann, K., Lecher, S., Klapper, B., Koch, U., Viethen, JG., Hoffman, G., Reeg, M., Bronner, D., Aufderheide, E., Luithlen, E., Viessmann, M., Albrecht, M., Pira, A., Brechtel, T., Zöll, R., Etienne, M..

4. Datenbanken

Die Recherche orientierte sich nicht nur an die allgemeine Suchmaschinen sondern umfaßte auch Datenbanken wie:

a) Informationsquellen:

1. Fachzeitschriften am IHCE-Institut, Graz
2. Bibliothek der Technischen Universität Graz
3. Bibliothek der Karl - Franz Universität Graz
4. SciFinder Scholar

Fachspezifische Suche:

- a) Forschungsportal.Net (auch Dissertationssuche), Bundesministerium für Bildung und Forschung
- b) Online-Auskunft InfoPoint, Universitätsbibliothek Frankfurt am Main
- c) Base (Bielefeld Academic Search Engine):
- d) Scirus - for scientific information
- e) LLEK Bookmarks - Wissenschaftliche Suchmaschinen
- f) fachbib – Fachbibliographische Datenbanken
- g) BSZ - FabiO - Fachbibliographien und Online-Datenbanken
- h) Entdecke Information (UB Hannover)

b) Bibliotheken im Internet

Österreich:

- Österreichische Nationalbibliothek: <http://www.onb.ac.at/>
- Österreichische Bibliotheken: <http://www.oesterreich-bibliotheken.at/>
- Österreichischer Bibliothekenverband und Service GmbH: <http://www.obvsg.at/>
- Geisen, Richard [Hrsg.]: *Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Praxis und aktuelle Entwicklungen*. Muenster: Lit. Verl. (2002)
 - Akademisches Portal – Österreich: <http://www.portal.ac.at/>

Deutschland

- Die Deutsche Bibliothek: <http://dispatch.opac.ddb.de/>
- Staatsbibliothek zu Berlin - Preußischer Kulturbesitz
- Bayerische Staatsbibliothek
- Erzbischöfliche Diözesan- und Dombibliothek, Köln
- Deutsche Zentralbibliothek für Medizin, <http://www.zbmed.de/>
- Stadt- und Universitätsbibliothek Frankfurt a. M.
- Zentral- und Landesbibliothek Berlin
- Die Deutsche Internetbibliothek: http://www.internetbibliothek.de/index_user.jsp
- DigiBib – Digitale Bibliothek des Hochschulbibliothekszentrums NRW
<http://abderos.hbz-nrw.de/>

Schweiz

- Bibliotheken Schweiz: <http://www.bibliothek.ch/> ; <http://www.switch.ch/libraries/>
- Schweizerische Nationalbibliothek: <http://www.nb.admin.ch/slb/>
- Zentralbibliothek: <http://www.zentralbibliothek.ch/index.htm>

c) Literaturdatenbanken:

PubMed, Inspec, Medline, Springer-Archivdatenbank, Aerzteblatt-Archivdatenbank, Thieme-Archivdatenbank, Pressedienste, Chochrane Library. Scopus, Zeitschriften im Internet.

Fazit:

Die Internetrecherche ergibt bei der Suche nach Stichwörtern, Qualität und Management eine Unzahl von Links und tägliche Fluktuationen der Anzahl der gefundenen Ergebnisse, die dementsprechen zu filtern und auf Plausibilität zu prüfen sind. Dies wurde durch Anwendung von Literatur von bekannten bzw. anerkannten Verfasser, Herausgeber, Institutionen, Organisationen verwendet. Die einzelnen Publikationen, die nur Name des Verfassers tragen, wurden überprüft, z.B.: Wer ist die Person, wo arbeitet die Person, hat sie andere Publikationen veröffentlicht und welche Referenzliteratur verwendet wurde. Bei den verwendeten Diplomarbeiten sind die Betreuer überprüft worden.

Es ist wichtig anzumerken, daß grossteil der wichtigsten Literaturstellen nicht direkt über Suchmaschinen (durch das „googlen“) gefunden worden ist, sonder durch den Umweg der Referenzliteraturen und Autoren der bereits gefundenen Literatur.

9.10 Fragen-Pool

Die folgenden Arbeiten bzw. dessen Fragebögen wurden zur Erstellung des Fragen-Pools verwendet, indem Frage nach der Frage des jeden Fragebogen in die Mind-Map eingefügt wurden um die Fragen zu kategorisieren, sowie die Auswahl und Wichtigkeit der Fragen für unseren Fragebogen zu erleichtern.

1. Bewertungskriterien der Strukturqualität von stationären Reha-Einrichtungen, 2004; http://www.qs-reha.de/downloads/seb_krit_soma_rvgkv_maerz04_hompepage.pdf
2. Blumenstock, B., Selbmann, H.-K., Streuf, R.: Die Entwicklung des Qualitätsmanagements in deutschen Krankenhäuser zwischen 1998 und 2004. *Gesund ökon Quali manag* 2005; 10: 170-177. Tübinger befragung 2 [4]
3. Blumenstock, B., Selbmann, H.-K., Streuf, R.:Stand des Qualitätsmanagements in deutschen Akut- und psychiatrischen Krankenhäuser (Projekt „DemoProQM“). *Gesundh ökon Quali manag* 2000; 5: A121-124. Tübinger befragung1 [5]
4. Etienne, M.: Total-Quality-Management im Spital erfolgreich gestalten. Bern – Wien, Haupt (2000) [10]
5. Metzger, A. I.: Integrales Qualitätsmanagement im Krankenhaus – Stand der Umsetzung in den Kantonspitälern der Schweiz, 2003; [L36], www.tqmcenter.com
6. Pira, A.: Umfassendes Qualitätsmanagement im Spital: das EFQM-Modell als Basis. Zürich, Hochschulverlag an der ETH (2000) [20]
7. Praktische Durchführung der Krankenhauseinschau; http://www.forumq.at/images/stories/forumq/checkliste_qualitaetsarbeit.pdf
8. Qualitätsbericht 2007 der schweizer Spitäler, Kliniken und Institutionen der Rehabilitation und Langzeitpflege: Resultate der Umfrage [L44] 2007;http://www.hplusqualite.ch/media/pdf/d_Q-Bericht_H-2007_D.pdf
9. Quality in health care systems – with an emphasis on policy options for Austria, Chapter 2: Austrian Part (2008); [L50] http://www.hauptverband.at/mediaDB/MMDB134631_02_Chapter%20Quality%20Report.pdf
10. Studie zum Qualitätsmanagement in der Arztpraxis.htm; http://www.aeqz.de/aezq/kompendium_q-m-a/7sonstigeinfos/0index/checklisten/view; 23.06.2008
11. Studie: Qualitätsmanagement an deutschen Großkrankenhäuser, 2002, 2003; <http://www.strametz.de/2002.htm>
12. Zur Wirksamkeit von QM-Systemen in der ambulanten Versorgung, 2006; www.qm-arztpraxis.de

9.11 Kreuztabellen-Auswertungen der allgemeinen Krankenanstalten-Angaben (Fragenblock 1) mit Fragenblöcken 2 bis 13

Folgendes Kapitel beinhaltet Kreuzauswertungen mit allgemeinen Angaben der Krankenanstalten bzw. mit dem ersten Frageblocks des Fragebogens. Die weiteren Unterkapitel sind nach dem Fragenindex des Fragebogen (z.B.: Kap. 5.2 → Veröffentlichter Qualitätsbericht) nummeriert.

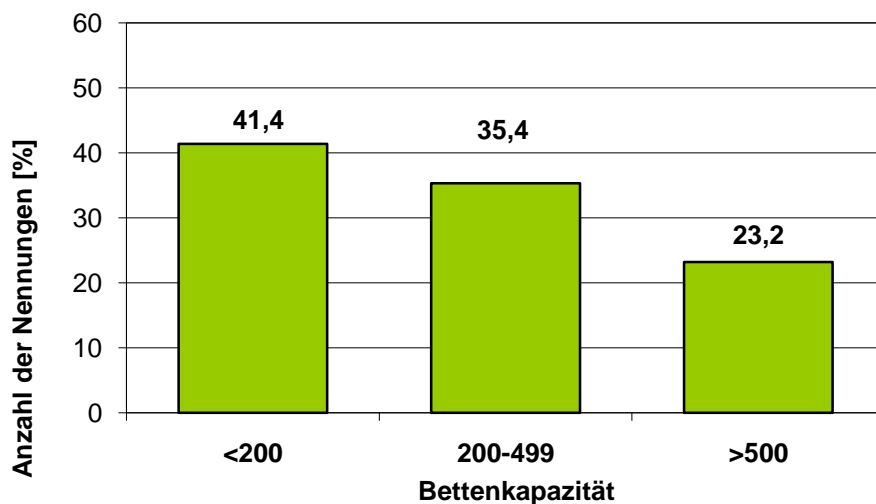


Abbildung 9.2 Angaben zur Bettenkapazität dargestellt mit drei Kategorien

Für die Kreuzanalyse der Fragenblöcke mit Ausprägung der Krankenanstalten nach der Bettenkapazität (Anhang 9.12), wird die Teilfrage „Bettenkapazität des Fragenblocks 1 zur einfacheren Betrachtung von den 5 Kategorien zu den 3 Kategorien zusammengefasst. Die kleinen Krankenanstalten bis 200 Betten stellen bei der Befragung mit 41% (n=41) die größte Gruppe. Die mittelgroßen Krankenanstalten von 200 bis 499 Betten sind zu 35% (n=35) und die Großen zu 23% (n=23) vertreten.

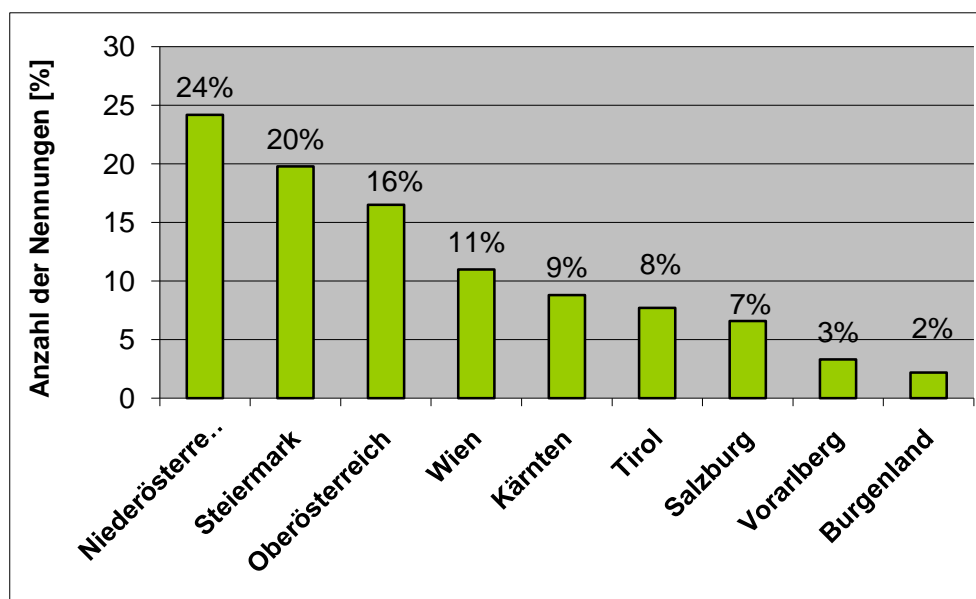


Abbildung 9.3 Häufigkeitsverteilung der befragten Krankenanstalten nach Bundesländer (n=91)

Fragenblock 2: „Was sind Ihre obersten Qualitätsziele?“

Tabelle 9.4 Häufigkeitstabelle mit der Anzahl der Nennungen der Merkmalausprägungen

Qualitätsziele	Akutversorgung [n]	Nicht-Akutversorgung[n]	Öffentlich [n]	Privat [n]
Patientenzufriedenheit	51 – 92,7%	27 – 96,4%	60 – 92,3%	32 – 97%
Personalzufriedenheit	9 – 16,4%	10 – 35,7%	7 – 10,8%	12 – 36,4%
Prozessoptimierung	24 – 43,6%	9 – 32,1%	33 – 50,8%	14 – 42,4%
Ergebnisoptimierung	27 – 49,1%	10 – 35,7%	26 – 40%	11 – 33,3%
Kostenminimierung	1 – 1,8%	2 – 7,1%	2 – 3,1%	2 – 6,1%

Die Prozentwerte beruhen auf den Antworten der Befragten (Mehrfachnennungen möglich)

Tabelle 9.5 Häufigkeitstabelle mit der Anzahl der Nennungen der Merkmalausprägungen

Qualitätsziele	Allgemeine KA [n]	Sonder KA [n]	<200 [n]	200-500 [n]	>500 [n]
Patientenzufriedenheit	57 - 91,9%	26 – 96,3%	39 – 95,1%	33 – 94,3%	21 – 91,3%
Personalzufriedenheit	6 – 9,7%	7 – 25,9%	10 – 24,4%	6 – 17,1%	3 – 13%
Prozessoptimierung	33 – 53,2%	10 – 37%	19 – 46,3%	16 – 45,7%	12 – 52,2%
Ergebnisoptimierung	27 – 43,5%	9 – 33,3%	13 – 31,7%	14 – 40%	11 – 47,8%
Kostenminimierung	2 – 3,2%	1 – 3,7%	2 – 4,9%	2 – 5,7%	0

Die Prozentwerte beruhen auf den Antworten der Befragten (Mehrfachnennungen möglich)

Fragenblock 3: „In welchem Stadium befindet sich Ihr Qualitätsmanagement?“

3.1 In der gesamten Krankenhaus

Tabelle 9.6 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

Gesamte Krankenhaus	Akutversorgung [n=53]	Nicht-Akutversorgung[n=28]	Öffentlich [n=51]	Privat [n=32]
Nicht beabsichtigt	7,5%	14,3%	5,9%	15,6%
In Planung	13,2%	25%	13,7%	21,9%
In Vorbereitung	3,8%	21,4%	3,9%	18,8%
In Einführung	35,8%	3,6%	37,3%	6,3%
Bereits eingeführt	32,1%	14,3%	33,3%	15,6%
Bereits zertifiziert	7,5%	21,4%	5,9%	21,9%

Die Prozentwerte beruhen auf den Antworten der Befragten (Mehrfachnennungen möglich)

Tabelle 9.7 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

Gesamte Krankenhaus	Allgemeine KA [n=49]	Sonder KA [n=26]	<200 [n=36]	200-500 [n=29]	>500 [n=19]
Nicht beabsichtigt	8,2%	7,7%	8,3%	6,9%	16,8%
In Planung	14,3%	15,4%	22,2%	13,8%	10,5%
In Vorbereitung	6,1%	7,7%	8,3%	13,8%	5,3%
In Einführung	40,8%	3,8%	13,9%	34,5%	31,6%
Bereits eingeführt	24,5%	38,5%	33,3%	24,1%	15,8%
Bereits zertifiziert	6,1%	26,9%	13,9%	6,9%	21,1%

Die Prozentwerte beruhen auf den Antworten der Befragten (Mehrfachnennungen möglich)

3.2 In einzelnen Abteilungen

Tabelle 9.8 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

Einzelne Abteilungen	Akutversorgung [n=41]	Nicht- Akutversorgung[n=17]	Öffentlich [n=37]	Privat [n=21]
Nicht beabsichtigt	0	23,5%	5,4%	9,5%
In Planung	7,3%	35,3%	5,4%	33,3%
In Vorbereitung	2,4%	23,5%	0	23,8%
In Einführung	7,3%	5,9%	8,1%	4,8%
Bereits eingeführt	29,3%	5,9%	27%	14,3%
Bereits zertifiziert	58,5%	5,9%	59,5%	14,3%

Die Prozentwerte beruhen auf den Antworten der Befragten (Mehrfachnennungen möglich)

Tabelle 9.9 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

Einzelne Abteilungen	Allgemeine KA [n=38]	Sonder KA [n=11]	<200 [n=27]	200-500 [n=15]	>500 [n=16]
Nicht beabsichtigt	0	18,2%	11,1%	6,7%	0
In Planung	10,5%	18,2%	25,9%	6,7%	6,3%
In Vorbereitung	2,6%	18,2%	11,1%	6,7%	6,3%
In Einführung	7,9%	0	3,7%	6,7%	12,5%
Bereits eingeführt	21,1%	36,4%	33,3%	20%	6,3%
Bereits zertifiziert	63,2%	9,1%	14,8%	53,3%	81,3%

Die Prozentwerte beruhen auf den Antworten der Befragten (Mehrfachnennungen möglich)

3.3 In einzelnen Prozessen

Tabelle 9.10 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

Einzelne Prozesse	Akutversorgung [n=35]	Nicht- Akutversorgung[n=16]	Öffentlich [n=32]	Privat [n=19]
Nicht beabsichtigt	0	25%	6,3%	10,5%
In Planung	8,6%	25%	6,3%	26,3%
In Vorbereitung	2,9%	12,5%	3,1%	10,5%
In Einführung	5,7%	6,3%	0	15,8%
Bereits eingeführt	68,6%	31,3%	68,8%	36,8%
Bereits zertifiziert	22,9%	12,5%	25%	10,5%

Die Prozentwerte beruhen auf den Antworten der Befragten (Mehrfachnennungen möglich)

der Befragten (Mehrfachnennungen möglich)

Tabelle 9.11 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

Einzelne Prozesse	Allgemeine KA [n=32]	Sonder KA [n=10]	<200 [n=27]	200-500 [n=15]	>500 [n=16]
Nicht beabsichtigt	0	20%	11,1%	6,7%	0
In Planung	12,5%	10%	25,9%	6,7%	6,3%
In Vorbereitung	3,1%	10%	11,1%	6,7%	6,3%
In Einführung	6,3%	0	3,7%	6,7%	12,5%
Bereits eingeführt	62,5%	50%	33,3%	20%	6,3%
Bereits zertifiziert	25%	20%	14,8%	53,3%	81,3%

Die Prozentwerte beruhen auf den Antworten der Befragten (Mehrfachnennungen möglich)

Fragenblock 4: „Nach welchen Vorgaben wurde Ihr QM-System aufgebaut?“

Tabelle 9.12 Häufigkeitstabelle der QM-Vorgaben mit Prozentwerten der Nennungen

			Versorgungssektor		Träger		
			Akutversorgung	Nicht-Akutversorgung	Öffentlich	Privat	
QM-Vorgaben	ISO 9000ff	Anzahl	30	8	28	11	
		Innerhalb Fr_1_1 %	37,0%	36,4%	34,1%	36,7%	
	E.F.Q.M.	Anzahl	29	3	35	5	
		Innerhalb Fr_1_1 %	35,8%	13,6%	42,7%	16,7%	
	KTQ	Anzahl	14	7	10	12	
		Innerhalb Fr_1_1 %	17,3%	31,8%	12,2%	40,0%	
	JCI	Anzahl	4	1	4	0	
		Innerhalb Fr_1_1 %	4,9%	4,5%	4,9%	0,0%	
	Andere	Anzahl	4	3	5	2	
		Innerhalb Fr_1_1 %	4,9%	13,6%	6,1%	6,7%	
	Gesamt		Anzahl	81	22	82	30

Die Prozentwerte beruhen auf der Anzahl der Fälle (Mehrfachnennungen möglich)

Tabelle 9.13 Häufigkeitstabelle der QM-Vorgaben mit Prozentwerten der Nennungen

			Bettenkapazität			KA-Typ				
			<200	200-499	>500	Allgemeine KA	Sanatorium	Sonder KA	Pflegeanstalt	
QM-Vorgaben	ISO 9000ff	Anzahl	8	14	17	30	3	5	1	
		Innerhalb Fr_1_4neu %	23,5%	31,8%	48,6%	36,6%	75,0%	20,8%	33,3%	
	E.F.Q.M.	Anzahl	11	20	9	34	0	5	1	
		Innerhalb Fr_1_4neu %	32,4%	45,5%	25,7%	41,5%	0,0%	20,8%	33,3%	
	KTQ	Anzahl	12	6	4	10	1	10	1	
		Innerhalb Fr_1_4neu %	35,3%	13,6%	11,4%	12,2%	25,0%	41,7%	33,3%	
	JCI	Anzahl	1	2	2	4	0	1	0	
		Innerhalb Fr_1_4neu %	2,9%	4,5%	5,7%	4,9%	0,0%	4,2%	0,0%	
	Andere	Anzahl	2	2	3	4	0	3	0	
		Innerhalb Fr_1_4neu %	5,9%	4,5%	8,6%	4,9%	0,0%	12,5%	0,0%	
	Gesamt		Anzahl	34	44	35	82	4	24	3

Die Prozentwerte beruhen auf der Anzahl der Fälle (Mehrfachnennungen möglich)

Fragenblock 5: „Welche QM- Maßnahmen und/oder –Instrumente zur systematischen Qualitätsentwicklung werden in Ihrer Krankenanstalt eingesetzt, oder sind geplant?“

5.1 Systematische QM- Entwicklung : Versorgungssektor

Tabelle 9.14 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

QM-Maßnahmen und/oder –Instrumente:	Akutversorgung [%]	Nicht-Akutversorgung[%]
1. Verfahren zur Aus-, Fort- und Weiterbildung	80 -14-6-0 (50)	73,1–7,7–19,2-0 (26)
2. Veröffentlichter Qualitätsbericht	50,9 –28,3–9,4–11,3 (53)	29,2–8,3–12,5– 50 (24)
3. Regelmäßige Qualitätszirkel	77,8 -14,8-5,6-1,9 (54)	63-14,8-14,8-7,4 (27)
4. Abteilungs- / Bereichsübergreifende Q-Meetings	79,6 -13-5,6-1,9 (54)	63-11,1-14,8-11,1 (27)
5. Betriebliches Vorschlagswesen	78,8 -9,6-5,8-5,8 (52)	56-12-20-12 (25)
6. Schnittstellenmanagement	30 -14-34-22 (50)	13-34,8-21,7-30,4 (23)
7. Fehlermanagement	71,2 -13,5-15,4-0 (52)	45,8-25-25-4,2 (24)
8. Qualitätsverbesserungsprojekte	73,1 -15,4-3,8-7,7 (52)	44-24-24-8 (25)

„umgesetzt“ – „in Umsetzung“ – „geplant“ – „nicht geplant“ in Prozent und Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

5.2 Systematische QM- Entwicklung : Träger

Tabelle 9.15 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

QM-Maßnahmen und/oder –Instrumente:	Öffentlich [%]	Privat [%]
1. Verfahren zur Aus-, Fort- und Weiterbildung	83 -14,9-2,1-0 (47)	71-6,5-22,6-0 (31)
2. Veröffentlichter Qualitätsbericht	51 -26,5-8,2-14,3 (49)	30-13,3-16,7-40 (30)
3. Regelmäßige Qualitätszirkel	78 -14-4-4 (50)	63,3-18,2-15,2-3 (33)
4. Abteilungs- / Bereichsübergreifende Q-Meetings	74-14-8-4 (50)	75,8-9,1-9,1-6,1 (33)
5. Betriebliches Vorschlagswesen	79,2 -4,2-8,3-8,3 (48)	56,7-23,3-13,3-6,7 (30)
6. Schnittstellenmanagement	20-13,3-40-26,7 (45)	36,7-30-16,7-16,7 (30)
7. Fehlermanagement	61,7-17,19,1-2,1 (47)	64,5-16,1-19,4-0 (31)
8. Qualitätsverbesserungsprojekte	71,4 -16,3-6,1-6,1 (49)	46,7-20-20-13,3 (30)

„umgesetzt“ – „in Umsetzung“ – „geplant“ – „nicht geplant“ in Prozent und Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

5.3 Systematische QM- Entwicklung : KA-Typ

Tabelle 9.16 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

QM-Maßnahmen und/oder –Instrumente:	Allgemeine KA [%]	Sonder KA [%]
1. Verfahren zur Aus-, Fort- und Weiterbildung	80,9-12,8-6,4-0 (47)	86,4-13,6-0-0 (22)
2. Veröffentlichter Qualitätsbericht	46,9-28,6-14,3-10,2 (49)	52,4-4,8-4,8-38,1 (21)
3. Regelmäßige Qualitätszirkel	79,6-14,3-4,1-2 (49)	68-12-12-8 (25)
4. Abteilungs- / Bereichsübergreifende Q-Meetings	79,6-14,3-4,1-2 (49)	72-8-8-12 (25)
5. Betriebliches Vorschlagswesen	74,5-10,6-6,4-8,5 (47)	78,3-8,7-4,3-8,7 (23)
6. Schnittstellenmanagement	20-13,-42,2-24,4 (45)	40,9-18,2-13,6-27,3 (22)
7. Fehlermanagement	66,7-14,6-18,8-0 (48)	68,2-13,6-13,6-4,5 (22)
8. Qualitätsverbesserungsprojekte	68,8-12,5-6,3-12,5 (48)	68,2-18,2-9,1-4,5 (22)

„umgesetzt“ – „in Umsetzung“ – „geplant“ – „nicht geplant“ in Prozent und Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

5.4 Systematische QM- Entwicklung : Bettenkapazität

Tabelle 9.17 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

QM-Maßnahmen und/oder – Instrumente:	<200 [%]	200-500 [%]	>500 [%]
1. Verfahren zur Weiterbildung	66,7-18,2-15,2-0 (33)	89,3-7,1-3,6-0 (28)	83,3,-5,6-11,1-0- (18)
2. Veröffentlichter Q-Bericht	48,5-18,2-9,1-24,2 (33)	32,1-25-14,3-28,6 (28)	52,6-21,1-10,5-15,8 (19)
3. Regelmäßige Qualitätszirkel	66,7-13,9-11,1-8,3 (36)	72,4-20,7-6,9-0 (29)	84,2-10,5-5,3-0 (19)
4. Q-Meetings	66,7-13,9-8,3-11,1 (36)	82,1-10,7-7,1-0 (28)	80-10-10-0 (20)
5. Betriebliches Vorschlagswesen	63,6-18,2-12,1-6,1 (33)	70,4-7,4-11,1-11,1 (27)	84,2-5,3-5,3-5,3 (19)-
6. Schnittstellenmanagement	31,3-18,8-28,1-21,9 (32)	12-20-36-32 (25)	36,8-21,1-26,3-15,8 (19)
7. Fehlermanagement	60,6-9,1-27,3-3 (33)	59,3-25,9-14,8-0 (27)	73,7-15,8-10,5-0 (19)
8. Qualitätsverbesserungsprojekte	54,5-12,1-24,2-9,1 (33)	60,7-25-3,6-10,7 (28)	78,9-15,8-0-5,3 (19)

„umgesetzt“ – „in Umsetzung“ – „geplant“ – „nicht geplant“ in Prozent und Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

Fragenblock 6: „Welche Maßnahmen und/oder Instrumente zum Prozessmanagement und Ergebnismanagement gibt es in Ihrer Krankenanstalt?“

6.1 Prozess-Ergebnismanagement : Versorgungssektor

Tabelle 9.18 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

Maßnahmen und/oder –Instrumente:	Akutversorgung [%]	Nicht-Akutversorgung [%]
1. Patienten-Aufnahmemanagement	72-18-8-2 (50)	82,1-7,1-3,6-7,1 (28)
2. Arbeitsanweisungen für einzelne Tätigkeiten	89,1-9,1-0-1,8 (55)	85,7-3,6-10,7-0 (28)
3. Medizinische Leitlinien	67,9-20,8-11,3-0 (53)	61,5-15,4-11,5-11,5 (26)
4. Klinische Behandlungspfade	59,3-11,1-18,5-11,1 (54)	46,2-3,8-30,8-19,2 (26)
5. Ressourcenmanagement	51-17,6-17,6-13,7 (51)	41,7-12,5-16,7-29,2 (24)
6. Patienten-Entlassungsmanagement	71,7-22,6-3,8-1,9 (53)	65,4-23,1-3,8-7,7 (26)
7. Feedback durch Prozessindikatoren	41,5-15,1-32,1-11,3 (53)	34,8-13-34,1-17,4 (23)
8. Feedback durch Ergebnisindikatoren	48,1-22,2-18,5-11,1 (54)	52,2-0-33,3-0 (3)

„umgesetzt“ – „in Umsetzung“ – „geplant“ – „nicht geplant“ in Prozent und Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

6.2 Prozess-Ergebnismanagement : Träger

Tabelle 9.19 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

Maßnahmen und/oder –Instrumente:	Öffentlich [%]	Privat [%]
1. Patienten-Aufnahmemanagement	75-16,7-8,3-0 (48)	75-9,4-6,3-9,4 (32)
2. Arbeitsanweisungen für einzelne Tätigkeiten	90,4-7,7-0-1,9 (52)	81,8-9,1-9,1-0 (33)
3. Medizinische Leitlinien	70-18-10-2 (50)	54,8-22,6-16,1-6,5 (31)
4. Klinische Behandlungspfade	62-2-24-12 (50)	43,8-18,8-21,9-15,6 (32)
5. Ressourcenmanagement	56,3-14,6-20,8-8,3 (48)	34,5-17,2-13,8-34,5 (29)
6. Patienten-Entlassungsmanagement	72-24-2-2 (50)	64,5-19,4-9,7-6,5 (31)
7. Feedback durch Prozessindikatoren	41,3-13-34,8-10,9 (46)	35,5-16,1-32,3,16,1 (31)
8. Feedback durch Ergebnisindikatoren	49-20,4-20,4-10,2 (49)	50-10-30-10 (30)

„umgesetzt“ – „in Umsetzung“ – „geplant“ – „nicht geplant“ in Prozent und Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

6.3 Prozess-Ergebnismanagement : KA-Typ

Tabelle 9.20 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

Maßnahmen und/oder –Instrumente:	Allgemeine KA [%]	Sonder KA [%]
1. Patienten-Aufnahmemanagement	65,2-19,6-13-2,2 (46)	92,-4-0-4 (25)
2. Arbeitsanweisungen für einzelne Tätigkeiten	88-2-2-2 (50)	88,5-7,7-3,8-0 (26)
3. Medizinische Leitlinien	68,8-92,9-8,3-0 (48)	68-12-16-4 (25)
4. Klinische Behandlungspfade	59,2-8,2-24,5-8,2 (49)	60-4-20-16 (25)
5. Ressourcenmanagement	57,4-14,9-17-10,6 (47)	36,4-13,6-22,7-27,3 (22)
6. Patienten-Entlassungsmanagement	68,8-22,9-6,3-2,1 (48)	70,8-20,8-0,8,3 (24)
7. Feedback durch Prozessindikatoren	41,3-13-34,8-10,9 (46)	43,5-17,4-30,4-8,7 (23)
8. Feedback durch Ergebnisindikatoren	49-20,4-20,4-10,2 (49)	59,1-13,6-18,2-9,1 (22)

„umgesetzt“ – „in Umsetzung“ – „geplant“ – „nicht geplant“ in Prozent und Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

6.4 Prozess-Ergebnismanagement : Bettenkapazität

Tabelle 9.21 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

Maßnahmen und/oder –Instrumente:	<200 [%]	200-500[%]	>500 [%]
1. Patienten-Aufnahmemanagement	80-11,4-2,9-5,7 (35)	82,1-3,6-10,7-3,6 (28)	55,6-33,3-11,1-0 (18)
2. Arbeitsanweisungen f. e. Tätigkeiten	89,2-5,4-5,4-0 (37)	86,2-13,8-0-0 (29)	85-5-5- (20)
3. Medizinische Leitlinien	62,9-17,1-11,4-8,6 (35)	65,5-27,6-6,9-0 (29)	66,7-11,1-22,2-0 (18)
4. Klinische Behandlungspfade	51,4-11,4-22,9-14,3 (35)	53,6-10,7-28,6-7,1 (28)	65-0-15-20 (20)
5. Ressourcenmanagement	34,4-18,8-18,8-28,1 (32)	53,6-14,3-17,9-14,3 (28)	66,7-11,1-16,7-5,6 (18)
6. PA-Entlassungsmanagement	69,4-22,2-2,8-5,6 (36)	72,4-17,2-6,9-3,4 (29)	64,7-29,4-5,9-0 (17)
7. Feedback durch Prozessindikatoren	34,4-18,8-28,1-18,8 (32)	40,7-11,1-33,3-14,8 (27)	47,4-10,5-42,1-0 (19)
8. Feedback durch Ergebnisindikatoren	42,4-15,2-27,3-15,2 (33)	53,6-17,9-17,9-10,7 (28)	57,9-15,8-26,3-0 (19)

„umgesetzt“ – „in Umsetzung“ – „geplant“ – „nicht geplant“ in Prozent und Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

Fragenblock 7: „Welche Maßnahmen setzen Sie zur Überwachung bzw. Beurteilung des QM- Systems ein?“

7.1 Überwachung und Beurteilung des QM-Systems : Versorgungssektor

Tabelle 9.22 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

Maßnahmen:	Akutversorgung [%]	Nicht-Akutversorgung [%]
1. Fragebogen für Patienten	54,5-40-5,5-0 (55)	61,5-23,1-11,5-3,8 (26)
2. FB für Mitarbeiter	3,8-52,8-32,1-11,3 (53)	13,6-18,2-50-18,2 (22)
3. FB für einweisende Ärzte	3,9-27,5-33,3-35,3 (51)	0-4,8-23,8-71,4 (21)
4. Benchmarking mit anderen KA	30,3-27,3-21,2-21,2 (33)	11,1-27,8-22,2-38,9 (18)

„immer“ – „regelmäßig“ – „gelegentlich“ – „nein“ in Prozent und die Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

7.2 Überwachung und Beurteilung des QM-Systems : Träger

Tabelle 9.23 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

Maßnahmen:	Öffentlich [%]	Privat [%]
1. Fragebogen für Patienten	50,8-47,7-1,5-0 (65)	48,4-32,3-16,1-3,2 (31)
2. FB für Mitarbeiter	3,2-38,7-29-29 (62)	14,3-32,1-35,7-17,9 (28)
3. FB für einweisende Ärzte	1,6-23-47,5-27,9 (61)	7,7-3,8-26,9-61,5 (26)
4. Benchmarking mit anderen KA	27,3-47,7-13,6-11,4 (44)	9,1-27,3-22,7-40,9 (22)

„immer“ – „regelmäßig“ – „gelegentlich“ – „nein“ in Prozent und die Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

7.3 Überwachung und Beurteilung des QM-Systems : KA-Typ

Tabelle 9.24 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

Maßnahmen:	Allgemeine KA [%]	Sonder KA [%]
1. Fragebogen für Patienten	43,5-53,2-3,2-0 (62)	66,7-25,9-7,4-0 (27)
2. FB für Mitarbeiter	5-38,3-30-26,7 (60)	13-34,8-30,4-21,7 (23)
3. FB für einweisende Ärzte	3,4-23,7-47,5-25-4 (59)	0-4,8-28,6-66,7 (21)
4. Benchmarking mit anderen KA	28,9-44,4-13,-13,3 (45)	6,7-26,7-26,7-40 (15)

„immer“ – „regelmäßig“ – „gelegentlich“ – „nein“ in Prozent und die Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

7.4 Überwachung und Beurteilung des QM-Systems : Bettenkapazität

Tabelle 9.25 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

Maßnahmen:	<200 [%]	200-500 [%]	>500 [%]
1. Fragebogen für Patienten	45-45-10-0 (40)	58,8-38,2-2,9-0 (34)	47,8-43,5-4,3-4,3 (23)
2. FB für Mitarbeiter	0-29,7-43,2-27 (37)	9,4-43,8-18,8-28,1 (32)	13,6-36,4-31,8-18,2 (22)
3. FB für einweisende Ärzte	2,9-8,6-34,3-54,3 (35)	3,2-25,8-45,2-25,8 (31)	4,5-18,2-45,5-31,8 (22)
4. Benchmarking mit a. KA	8-44-16-32 (25)	34,5-34,5-20,7-10,3 (29)	15,4-46,2-15,4-23,1 (13)

„immer“ – „regelmäßig“ – „gelegentlich“ – „nein“ in Prozent und die Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

Fragenblock 8: „Welche Maßnahmen zur Patientensicherheit gibt es in Ihrer Krankenanstalt?“

8.1 Patientensicherheit : Versorgungssektor

Tabelle 9.26 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

Maßnahmen:	Akutversorgung [%]	Nicht-Akutversorgung [%]
1. Internes Fehlermeldesystem	64,2-15,1-17-3,8 (53)	55,6-14,8-22,2-7,4 (27)
2. Fehler-Dokumentationsverpflichtung	55,1-12,2-20,4-12,2 (49)	46,2-19,2-19,2-15,4 (26)
3. Fehlerstatistiken	49-25,5-11,8-13,7 (51)	34,8-4,3-30,4-30,4 (23)
4. Fehlermanagementsystem (~35%)	52,9 -19,6-21,6-5,9 (51)	17,4-21,7-43,5-17,4 (23)
5. Fehlerkonferenzen (~31%)	48 -14-18-20 (50)	16,7-4,2-29,2-50 (24)
6. Benchmarks (~37%)	37 -21,7-17,4-23,9 (46)	0-19-38,1-42,9 (21)

„umgesetzt“ – „in Umsetzung“ – „geplant“ – „nicht geplant“ in Prozent und Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

8.2 Patientensicherheit : Träger

Tabelle 9.27 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

Maßnahmen:	Öffentlich [%]	Privat [%]
1. Internes Fehlermeldesystem	56-16-22-6 (50)	68,8-12,5-15,6-3,1 (32)
2. Fehler-Dokumentationsverpflichtung	56,3-10,4-22,9-10,4 (48)	41,4-24,1-17,2-17,2 (29)
3. Fehlerstatistiken	47,9-20,8-16,7-14,6 (48)	41,4-13,8-20,7-24,1 (29)
4. Fehlermanagementsystem	44,7-17-29,8-8,5 (47)	37,9-24,1-27,6-10,3 (29)
5. Fehlerkonferenzen	48,9 -10,6-21,3-19,1 (47)	24,1-10,3-20,7- 44,8 (29)
6. Benchmarks	38,6-13,6-22,7-25 (44)	0-37,5-25-37,5(24)

„umgesetzt“ – „in Umsetzung“ – „geplant“ – „nicht geplant“ in Prozent und Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

8.3 Patientensicherheit : KA-Typ

Tabelle 9.28 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Ausprägungen

Maßnahmen:	Allgemeine KA [%]	Sonder KA [%]
1. Internes Fehlermeldesystem	62,5-14,6-20,8-2,1 (48)	61,5-11,5-15,4-11,5 (25)
2. Fehler-Dokumentationsverpflichtung	56,5-15,2-21,7-6,5 (46)	50-12,5-8,3-29,2 (24)
3. Fehlerstatistiken	48,9-23,4-19,1-8,5 (47)	42,9-9,5-9,5-38,1 (21)
4. Fehlermanagementsystem	50-17,4-28,3-4,3 (46)	39,1-17,4-21,7-21,7 (23)
5. Fehlerkonferenzen	47,8 -13-21,7-17,4 (46)	27,3-9,1-18,2- 45,5 (22)
6. Benchmarks	40 -20-22,5-17,5 (40)	4,8-23,8-23,8- 47,6 (21)

„umgesetzt“ – „in Umsetzung“ – „geplant“ – „nicht geplant“ in Prozent und Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

8.4 Patientensicherheit : Bettenkapazität

Tabelle 9.29 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

Maßnahmen:	<200 [%]	200-500 [%]	>500 [%]
1. Internes Fehlermeldesystem	63,9-8,3-22,2-5,6 (36)	63-11,1-18,5-7,4 (27)	55-30-15-0 (20)
2. Fehler-Dokum. verpflichtung	35,3-17,6-26,5-20,6 (34)	64-16-12-8 (25)	63,2-105-21,1-5,3 (19)
3. Fehlerstatistiken	21,9-21,9-28,1-28,1 (32)	65,4-11,5-11,5-11,5 (26)	57,9-21,1-10,5-10,5 (19)
4. Fehlermanagementsystem	33,3-21,2-30,3-15,2 (33)	48-16-32-4 (25)	52,6-21,1-21,1-5,3 (19)
5. Fehlerkonferenzen	24,2-9,1-27,3-39-4 (33)	50-11,5-15,4-23,1 (26)	50-11,1-16,7-22,2 (18)
6. Benchmarks	10-26,7-23,3-40 (30)	31,8-13,6-27,3-27,3 (22)	41,2-23,5-17,6-17,6 (17)

„umgesetzt“ – „in Umsetzung“ – „geplant“ – „nicht geplant“ in Prozent und Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

Fragenblock 9: „Wer ist in das Qualitätsmanagement eingebunden?“

9.1 Einbindung in das QM : Versorgungssektor

Tabelle 9.30 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

	Akutversorgung	Nicht-Akutversorgung
1. QM-Beauftragter	94,4-5,6- 0- 0 (54)	90,9-0-0-9,1 (22)
2. QM-Vertrauensperson	59-5,1-5,1-30,8 (39)	26,3-10,5-10,5-52,6 (19)
3. QM-Abteilung	69,2-5,1-0-25,6 (39)	36,8-0-5,3-57,9 (19)
4. QM-Kommission	94,2-5,8- 0- 0 (52)	80-8-0-12 (25)
5. Externer Berater	42,5-5-5-47,5 (40)	36,8-10,5-10,5-42,1 (19)

„umgesetzt“ – „in Umsetzung“ – „geplant“ – „nicht geplant“ in Prozent und Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

9.2 Einbindung in das QM : Träger

Tabelle 9.31 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

	Öffentlich	Privat
1. QM-Beauftragter	96,8-3,2-0-0 (62)	89,7-3,4-0-6,9 (29)
2. QM-Vertrauensperson	38,3-4,3-6,4-51,1 (47)	45,8-8,3-4,2-41,7 (24)
3. QM-Abteilung	47,9-2,1-2,1-47,9 (48)	54,2-4,2-0-41,7 (24)
4. QM-Kommission	96,8-3,2-0-0 (63)	78,6-10,7-0-10,7 (28)
5. Externer Berater	52,1-2,1-6,3-39,6 (48)	52-12-4-32 (25)

„umgesetzt“ – „in Umsetzung“ – „geplant“ – „nicht geplant“ in Prozent und Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

9.3 Einbindung in das QM : KA-Typ

Tabelle 9.32 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

	Allgemeine KA	Sonder KA
1. QM-Beauftragter	95,2-4,8-0-0 (62)	95,2-0-0-4,8 (51)
2. QM-Vertrauensperson	41,3-4,3-4,3-50 (46)	42,1-5,3-5,3-47,4 (19)
3. QM-Abteilung	51,1-4,3-0-44,7 (47)	42,1-0-5,3-52,6 (19)
4. QM-Kommission	95-5-0-0 (60)	88-0-12-0 (25)
5. Externer Berater	55,3-4,3-4,3-36,2 (47)	55-5-10-30 (20)

„umgesetzt“ – „in Umsetzung“ – „geplant“ – „nicht geplant“ in Prozent und Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

9.4 Einbindung in das QM : Bettenkapazität

Tabelle 9.33 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

	<200	200-500	>500
1. QM-Beauftragter	89,2-5,4-0-5,4 (37)	100-0-0-0 (32)	95,7-4,3-0-0 (23)
2. QM-Vertrauensperson	36,7-13,6-6,7-43,3 (30)	52-0-4-44 (25)	29,4-0-5,9-64,7 (17)
3. QM-Abteilung	39,3-7,1-0-53,6 (28)	48-0-4-48 (25)	65-0-0-35 (20)
4. QM-Kommission	89,2-8,1-0-2,7 (37)	93,8-0-0-6,3 (32)	91,3-8,7-0-0 (23)
5. Externer Berater	58,6-3,4-0-37,9 (29)	40,7-7,4-14,8-37 (27)	61,1-5,6-0-33,3 (18)

„umgesetzt“ – „in Umsetzung“ – „geplant“ – „nicht geplant“ in Prozent und Anzahl der Nennungen (n) in Klammern

Fragenblock 10: „Welche Auswirkungen hatte die Einführung des Qualitätsmanagements bisher auf die:“

Tabellen 9.34 Häufigkeitstabellen mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

Patientenzufriedenheit [%]	sehr negativ	negativ	Eher negativ	Eher positiv	positiv	Sehr positiv
Akutversorgung	0	0		15,4	63,5	21,2
Nicht-Akutversorgung	0	0	0	15,8	47,4	36,8
Öffentlich	0	0	0	9,8	75,4	14,8
Privat	0	0	0	20,8	37,5	41,7
Allgemeine KA	0	0	0	10,2	74,6	15,3
Sonder KA	0	0	0	14,3	47,6	38,1
KA <200	0	0	0	19,4	52,8	27,8
KA 200-500	0	0	0	6,9	79,3	13,8
>500	0	0	0	9,5	61,9	28,6

Mitarbeiterzufriedenheit [%]	sehr negativ	negativ	Eher negativ	Eher positiv	positiv	Sehr positiv
Akutversorgung	0	0	2	41,2	45,1	11,8
Nicht-Akutversorgung	0	0	0	52,9	41,2	5,9
Öffentlich	0	0	1,7	55,9	37,3	5,1
Privat	0	0	4,2	45,8	33,3	16,7
Allgemeine KA	0	0	1,7	55,2	37,9	5,2
Sonder KA	0	0	0	47,4	36,8	15,3
KA <200	0	0	2,9	58,8	26,5	11,8
KA 200-500	0	0	3,4	51,7	37,9	6,9
>500	0	0	0	45	50	5

Interne Kommunikation [%]	sehr negativ	negativ	Eher negativ	Eher positiv	positiv	Sehr positiv
Akutversorgung	0	0	2	25,5	54,9	17,6
Nicht-Akutversorgung	0	0	0	36,8	42,1	21,1
Öffentlich	0	0	1,7	23,3	63,3	11,7
Privat	0	0	0	29,2	50	20,8
Allgemeine KA	0	0	1,7	18,6	66,1	13,6
Sonder KA	0	0	0	31,6	47,4	21,1
KA <200	0	0	0	29,4	58,8	11,8
KA 200-500	0	0	3,4	24,1	65,5	6,9
>500	0	0	0	18,2	50	31,8

Prozesskoordination [%]	sehr negativ	negativ	Eher negativ	Eher positiv	positiv	Sehr positiv
Akutversorgung	0	0	4,1	24,5	38,8	32,7
Nicht-Akutversorgung	0	0	0	33,3	27,8	38,9
Öffentlich	0	0	1,8	21,1	47,4	29,8
Privat	0	0	4,2	25	45,8	25
Allgemeine KA	0	0	3,6	18,2	47,3	30,9
Sonder KA	0	0	0	30	40	30
KA <200	0	0	3	21,2	54,5	21,2
KA 200-500	0	0	3,6	25	42,9	28,6
>500	0	0	0	19	38,1	42,9

Nachvollziehbarkeit [%]	sehr negativ	negativ	Eher negativ	Eher positiv	positiv	Sehr positiv
Akutversorgung	0	0	4	20	28	48
Nicht-Akutversorgung	0	0	0	22,2	38,9	38,9
Öffentlich	0	0	1,8	36,8	22,8	38,6
Privat	0	0	4	24	36	36
Allgemeine KA	0	0	3,5	36,8	82,8	36,8
Sonder KA	0	0	0	22,2	27,8	50
KA <200	0	0	3	33,3	30,3	33,3
KA 200-500	0	0	0	39,3	25	35,7
>500	0	0	4,5	22,7	22,7	50

Ergebnisqualität [%]	sehr negativ	negativ	Eher negativ	Eher positiv	positiv	Sehr positiv
Akutversorgung	0	0	2	30,6	51	16,3
Nicht-Akutversorgung	0	0	0	26,3	47,4	26,3
Öffentlich	0	0	0	43,1	46,6	10,3
Privat	0	0	4,2	33,3	29,2	33,3
Allgemeine KA	0	0	1,8	43,9	45,6	8,8
Sonder KA	0	0	0	31,6	36,8	31,6
KA <200	0	0	2,9	44,1	32,4	20,6
KA 200-500	0	0	0	32,1	50	17,9
>500	0	0	0	42,9	47,6	9,5

Effizienz [%]	sehr negativ	negativ	Eher negativ	Eher positiv	positiv	Sehr positiv
Akutversorgung	0	0	2,1	35,4	50	12,5
Nicht-Akutversorgung	0	0	0	42,1	42,1	15,8
Öffentlich	0	0	0	52,6	40,4	7
Privat	0	0	4,3	39,1	34,8	21,7
Allgemeine KA	0	0	1,8	52,7	38,2	7,3
Sonder KA	0	0	0	35	45	20
KA <200	0	0	2,9	45,7	37,1	14,3
KA 200-500	0	0	0	53,8	64,2	0
>500	0	0	0	45	35	20

Kosten [%]	sehr negativ	negativ	Eher negativ	Eher positiv	positiv	Sehr positiv
Akutversorgung	0	2,3	6,8	68,2	18,2	4,5
Nicht-Akutversorgung	0	0	0	62,5	18,8	18,8
Öffentlich	0	0	1,9	80,8	13,5	3,8
Privat	0	4,8	9,5	47,6	19	19
Allgemeine KA	0	2	6,1	79,6	10,2	2
Sonder KA	0	0	0	52,6	31,6	15,8
KA <200	0	0	6,1	66,7	15,2	12,1
KA 200-500	0	4,2	0	83,3	8,3	4,2
>500	0	0	5,9	64,7	23,5	5,9

Frage 11: „ Wie schätzen Sie die Aufwand-Nutzen-Relation bezüglich des Qualitätsmanagements ein?“

Tabelle 9.35 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

Krankenanstalten- charakteristika	sehr schlecht	schlecht	ausgeglichen	gut	sehr gut
Akutversorgung (n=53)	0	3,8	22,6	32,1	41,5
Nicht-Akutversorgung (n=26)	0	3,8	46,2	50	0
Öffentlich (n=64)	0	3,1	20,3	46,9	29,7
Privat (n=30)	0	3,3	36,7	46,7	13,3
Allgemeine KA (n=61)	0	3,3	19,7	47,5	29,5
Sonder KA (n=26)	0	3,8	42,3	42,3	11,5
KA <200 (n=39)	0	2,6	38,5	43,6	15,4
KA 200-500 (n=33)	0	6,1	18,2	48,5	27,3
>500 (n=23)	0	0	17,4	47,8	34,8

Frage 12: „Für wie wichtig halten Sie ein Qualitätsmanagement?“

Tabelle 9.36 Häufigkeitstabelle mit Prozentwerten der Merkmalausprägungen

	Für wie wichtig halten Sie ein Qualitätsmanagement?			
	unwichtig	Weiniger wichtig	Eher wichtig	Sehr wichtig
Akutversorgung (n=55)	0	0	16,4	83,6
Nicht-Akutversorgung (n=27)	3,7	11,1	14,8	70,4
Öffentlich (n=65)	0	3,1	15,4	81,5
Privat (n=32)	3,1	3,1	9,4	84,4
Allgemeine KA (n=62)	0	0	16,1	83,9
Sonder KA (n=27)	3,7	7,4	7,4	81,5
KA <200 (n=41)	2,4	7,3	19,5	70,7
KA 200-500 (n=34)	0	0	2,9	97,1
>500 (n=23)	0	0	17,4	82,6

9.12 Tabellen und Korrelationen

Kreuztabelle 9.37 Klinische Behandlungspfade * Medizinische Leitlinien

		Klinische Behandlungspfade				Gesamt
		nicht geplant	geplant	in Umsetzung	umgesetzt	
Medizinische Leitlinien	nicht geplant	3	0	0	0	3
	geplant	3	6	0	1	10
	in Umsetzung	2	6	5	3	16
	umgesetzt	3	7	2	39	51
Gesamt		11	19	7	43	80

Kreuztabelle 9.38 Patienten-Entlassungsmanagement * Patienten-Aufnahmemanagement

		Patienten-Entlassungsmanagement				Gesamt
		nicht geplant	geplant	in Umsetzung	umgesetzt	
Patienten-Aufnahmemanagement	nicht geplant	2	0	1	0	3
	geplant	0	2	2	2	6
	in Umsetzung	0	1	8	1	10
	umgesetzt	1	1	6	51	59
Gesamt		3	4	17	54	78

Kreuztabelle 9.39 Fehlermanagementsystem * Internes Fehlermeldesystem

			Internes Fehlermeldesystem				Gesamt
			nicht geplant	geplant	in Umsetzung	umgesetzt	
Fehlermanagement system	nicht geplant	Anzahl	2	1	0	4	7
		% von Internes Fehlermeldesystem	50,0%	7,7%	,0%	8,3%	9,2%
		% der Gesamtzahl	2,6%	1,3%	,0%	5,3%	9,2%
	geplant	Anzahl	1	11	4	5	21
		% von Internes Fehlermeldesystem	25,0%	84,6%	36,4%	10,4%	27,6%
		% der Gesamtzahl	1,3%	14,5%	5,3%	6,6%	27,6%
	in Umsetzung	Anzahl	1	1	5	8	15
		% von Internes Fehlermeldesystem	25,0%	7,7%	45,5%	16,7%	19,7%
		% der Gesamtzahl	1,3%	1,3%	6,6%	10,5%	19,7%
	umgesetzt	Anzahl	0	0	2	31	33
		% von Internes Fehlermeldesystem	,0%	,0%	18,2%	64,6%	43,4%
		% der Gesamtzahl	,0%	,0%	2,6%	40,8%	43,4%
Gesamt		Anzahl	4	13	11	48	76
		% von Internes Fehlermeldesystem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% der Gesamtzahl	5,3%	17,1%	14,5%	63,2%	100,0%

Kreuztabelle 9.40 Fehlermanagementsystem * Fehlermanagement

			Fehlermanagement				Gesamt
			nicht geplant	geplant	in Umsetzung	umgesetzt	
Fehlermanagementsystem	nicht geplant	Anzahl	1	0	1	3	5
		% von Fehlermanagement	100,0%	,0%	9,1%	6,3%	6,7%
		% der Gesamtzahl	1,3%	,0%	1,3%	4,0%	6,7%
	geplant	Anzahl	0	13	6	3	22
		% von Fehlermanagement	,0%	86,7%	54,5%	6,3%	29,3%
		% der Gesamtzahl	,0%	17,3%	8,0%	4,0%	29,3%
	in Umsetzung	Anzahl	0	2	3	10	15
		% von Fehlermanagement	,0%	13,3%	27,3%	20,8%	20,0%
		% der Gesamtzahl	,0%	2,7%	4,0%	13,3%	20,0%
	umgesetzt	Anzahl	0	0	1	32	33
		% von Fehlermanagement	,0%	,0%	9,1%	66,7%	44,0%
		% der Gesamtzahl	,0%	,0%	1,3%	42,7%	44,0%
Gesamt		Anzahl	1	15	11	48	75
		% von Fehlermanagement	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% der Gesamtzahl	1,3%	20,0%	14,7%	64,0%	100,0%

Kreuztabelle 9.41 Feedback durch Prozessindikatoren * Feedback durch Ergebnisindikatoren

Anzahl		Feedback durch Ergebnisindikatoren				Gesamt
		nicht geplant	geplant	in Umsetzung	umgesetzt	
Feedback durch Prozessindikatoren	nicht geplant	7	2	1	0	10
	geplant	0	17	3	5	25
	in Umsetzung	0	0	8	3	11
	umgesetzt	1	0	0	30	31
Gesamt		8	19	12	38	77

Kreuztabelle 9.42 Vergleich der Krankenanstaltencharakteristika Versorgungssektor mit Träger und Bettenkapazität

			KA-Typ				Gesamt
			Allgemeine KA	Sanatorium	Sonder KA	Pflegeanstalt für chronisch Kranke	
Versorgungssektor	Akutversorgung	Anzahl	46	1	8	0	55
		% der Gesamtzahl	53,5	1,2	9,3	0,0	64,0
	Nicht-Akutversorgung	Anzahl	2	4	18	4	28
		% der Gesamtzahl	2,3	4,7	20,9	4,7	32,6
	Akut+Nicht-Akutversorgung	Anzahl	2	1	0	0	3
		% der Gesamtzahl	2,3	1,2	0,0	0,0	3,5
Gesamt	Anzahl	50	6	26	4	86	
	% der Gesamtzahl	58,1	7,0	30,2	4,7	100,0	
Träger	Öffentlich	Anzahl	55	0	10	0	65
		% der Gesamtzahl	56,1	0,0	10,2	0,0	66,3
	Privat	Anzahl	7	6	16	4	33
		% der Gesamtzahl	7,1	6,1	16,3	4,1	33,7
	Gesamt	Anzahl	62	6	26	4	98
		% der Gesamtzahl	63,3	6,1	26,5	4,1	100,0

Kreuztabelle 9.43 Vergleich der Krankenanstaltencharakteristika Krankenanstalt-Typ und Träger mit Bettenkapazität

			Bettenkapazität			Gesamt
			<200	200-499	>500	
Träger	Öffentlich	Anzahl	19	26	20	65
		% der Gesamtzahl	19,4	26,5	20,4	66,3
	Privat	Anzahl	21	9	3	33
		% der Gesamtzahl	21,4	9,2	3,1	33,7
Gesamt	Anzahl	40	35	23	98	
	% der Gesamtzahl	40,8	35,7	23,4	100	
KA-Typ	Allgemeine KA	Anzahl	17	25	20	62
		% der Gesamtzahl	17,2	25,3	20,2	62,6
	Sanatorium	Anzahl	5	1	0	6
		% der Gesamtzahl	5,1	1,0	0,0	6,1
	Sonder KA	Anzahl	18	7	2	27
		% der Gesamtzahl	18,2	7,1	2,0	27,3
	Pflegeanstalt f. chro. Kranke	Anzahl	1	2	1	4
		% der Gesamtzahl	1,0	2,0	1,0	4,0
Gesamt	Anzahl	41	35	23	99	
	% der Gesamtzahl	41,4	35,4	23,2	100,0	

Kreuztabelle 9.44 Vergleich der Krankenanstaltencharakteristika Versorgungsektor mit Träger und Bettenkapazität

			Träger		Ges.	Bettenkapazität			Ges.
			Öffentlich	Privat		<200	200-499	>500	
Versorgungssektor	Akutversorgung	Anzahl	44	11	55	18	19	18	55
		% der Gesamtzahl	51,8	12,9	64,7	20,9	22,1	20,9	64,0
	Nicht-Akutversorgung	Anzahl	7	20	27	19	7	2	28
		% der Gesamtzahl	8,2	23,5	31,8	22,1	8,1	2,3	32,6
	Akut+Nicht-Akutversorgung	Anzahl	1	2	3	0	3	0	3
		% der Gesamtzahl	1,2	2,4	3,5	0,0	3,5	0,0	3,5
Gesamt		Anzahl	52	33	85	37	29	20	86
		% der Gesamtzahl	61	39	100	43	34	23	100




Kreuztabelle 9.45 Vergleich der eingeführten QM-Systems in der gesamten der Krankenanstalt mit Veröffentlichter Qualitätsbericht

			Veröffentlichter Qualitätsbericht			Gesamt
			geplant	in Umsetzung	umgesetzt	
\$P1(a)	Gesamte KA - bereits eingeführt	Anzahl	0	1	17	18
		Innerhalb \$P1 %	,0%	5,6%	94,4%	
	Gesamte KA - bereits zertifiziert	Anzahl	1	1	6	8
		Innerhalb \$P1 %	12,5%	12,5%	75,0%	
Gesamt		Anzahl	1	2	23	26




Prozentsätze und Gesamtwerte beruhen auf den Befragten.
a Dichotomie-Gruppe tabellarisch dargestellt bei Wert 1.

9.13 Begleitbriefe

Begleitbrief der ersten Aussendung

 <p>Graz University of Technology</p>	<p>Vorstand Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Jochn. Norbert Leitgeb Inffelgasse 18/1 8010 Graz Österreich</p> <p>Tel: +43 (316) 873-7397 Fax: +43 (316) 873-4412 norbert.leitgeb@tugraz.at www.tugraz.at</p> <p>DIWL 008 1833 UID: APU 514 TT 828</p>	 <p>Technische Universität Graz Institut für Health Care Engineering mit Europäisches Büro für Medizinprodukte (Notified Body 0230)</p> <p>Dr. Zickler Ulrike Zickler Leitgeb</p> <p>Datum 2020 04 01</p>
<p>Betreff: Qualitätsmanagement</p>		
<p>Das Institut für Health Care Engineering beschäftigt sich intensiv mit Fragen des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen. Wir führen in diesem Zusammenhang eine Umfrage durch, um den Stand der Umsetzung und die Erfordernisse der Krankenhäuser zu erheben und durch weitere Arbeiten gezielt Unterstützung anbieten zu können.</p>		
<p>Um einen repräsentativen Überblick erhalten zu können, ist eine hohe Beteiligung und damit auch Ihre Mitwirkung unverzichtbar. Der beiliegende Fragebogen ist bewusst knapp gehalten, um die Beantwortung zu erleichtern. Ich bitte Sie daher, sich die erforderlichen 5 Minuten Zeit zu nehmen und uns den Fragebogen möglichst umgehend zurückzusenden.</p>		
<p>Selbstverständlich können Sie die Gelegenheit gerne nutzen, um spezifische Problemstellungen anzugeben, für die Sie sich Unterstützung bzw. Klärung durch wissenschaftliche Untersuchungen wünschen würden.</p>		
<p>Wir werden Sie gerne über das Ergebnis der Umfrage informieren.</p>		
<p>Mit freundlichen Grüßen</p>		
<p> Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. N. Leitgeb</p>		
<p><u>Anlage</u></p>		

Begleitbrief der zweiten Aussendung

 <p>Graz University of Technology</p>	<p>Vorstand Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Jochn. Norbert Leitgeb Inffelgasse 18/1 8010 Graz Österreich</p> <p>Tel: +43 (316) 873-7397 Fax: +43 (316) 873-4412 norbert.leitgeb@tugraz.at www.tugraz.at</p> <p>DIWL 008 1833 UID: APU 514 TT 828</p>	 <p>Technische Universität Graz Institut für Health Care Engineering mit Europäisches Büro für Medizinprodukte (Notified Body 0230)</p> <p>Dr. Zickler Ulrike Zickler Leitgeb</p> <p>Datum 2020 05 11</p>
<p>Betreff: Qualitätsmanagement</p>		
<p>Vor einiger Zeit wurde von uns ein Fragebogen zur Bedeutung des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen an Sie versandt. Die Befragung soll es ermöglichen, die Einschätzung zur derzeitigen und zukünftigen Rolle des Qualitätsmanagements im österreichischen Gesundheitswesen zu erheben, um Potenziale und Hemmnisse erkennen und Lösungsansätze erarbeiten zu können. Da die Umfrage nur dann belastbare Ergebnisse ermöglicht, wenn die Rücksendequote ausreichend groß ist, bitten wir Sie nochmals, aufgrund der Aktualität dieses Themas und den daraus resultierenden Erkenntnissen der Umfrage, den beigefügten Fragebogen ausgefüllt an uns zu retournieren.</p>		
<p>Vielen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Mitarbeit.</p>		
<p>Mit freundlichen Grüßen</p>		
<p> Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. N. Leitgeb</p>		
<p><u>Anlage</u></p>		