

Bericht 2/2005

Qualitätssicherung in den Krankenanstalten

St. Pölten, im Mai 2005

NÖ Landesrechnungshof
3109 St. Pölten, Tor zum Landhaus
Wiener Straße 54 / Stg.A

Tel: (02742) 9005-12620

Fax: (02742) 9005-15740

E-Mail: post.lrh@noel.gv.at

Homepage: www.lrh-noe.at

DVR: 2107945

INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung

1	Prüfungsgegenstand	1
2	Rechtliche Grundlage	1
3	Allgemeines.....	2
3.1	Begriffsbestimmungen.....	2
3.2	Gesetzliche Vorgaben zur Qualitätssicherung	3
3.3	Qualitätsmanagementsystem – EFQM-Modell	3
4	Aktivitäten der Geschäftsstelle Landeskrankenanstalten.....	5
4.1	Zielvereinbarungen zwischen der Geschäftsstelle und den Landeskrankenanstalten.....	5
4.2	Untersuchung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit in den NÖ LKH	6
4.3	Qualitätsmeetings	6
4.4	Netzwerk Patientenombudsstellen.....	6
4.5	Qualitätsbericht 2003	6
5	Kenndaten	7
6	Organisation der Qualitätssicherung in den Landeskliniken	8
6.1	Donauklinikum.....	11
6.2	Thermenklinikum Baden.....	13
6.3	Thermenklinikum Mödling	15
6.4	Landesklinik Hohegg	16
6.5	Ostarrichiklinikum	17

ZUSAMMENFASSUNG

Auf dem Gebiet der Qualitätssicherung bestand in den Landeskrankenanstalten ein uneinheitlicher Organisationsstand. Mit der NÖ KAG-Novelle 2002 wurde in Ausführung des KAKuG die Bestimmung beschlossen, dass in jeder bettenführenden Krankenanstalt vom Rechtsträger eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen ist.

Die Umsetzung erfolgte durch die Geschäftsstelle Landeskrankenanstalten. Durch die formelle Bestellung der Mitglieder der Qualitätssicherungskommissionen mit 1. Jänner 2004 und In-Kraft-Treten der Geschäftsordnungen mit 1. November 2004 wurden die diesbezüglichen Aktivitäten abgeschlossen.

Unter Einbindung der Klinikleitungen und Qualitätsmanager wurde entschieden, ein einheitliches Qualitätsmanagementsystem zu implementieren.

Die Prüfung hat gezeigt, dass vereinzelt Qualitätssicherung nicht als Führungsaufgabe gesehen wird, sondern mehr oder weniger isoliert von engagierten Mitarbeitern betrieben wird.

Der Landesrechnungshof hat dazu festgehalten, dass es primär Aufgabe der Anstaltsleitung der einzelnen Häuser ist, durch entsprechende Maßnahmen die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen.

Dem Rechtsträger kommt die Aufgabe zu, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen und die Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Durch seine Koordinierungs- und Steuerungsfunktion hat er sicherzustellen, dass überregionale Belange gewahrt werden. In diesem Zusammenhang erscheint die Vernetzung mit der sanitären Aufsicht zweckmäßig.

Bei der Untersuchung der umgesetzten Qualitätssicherungsprojekte wurde festgestellt, dass der medizinisch-ärztliche Bereich unterrepräsentiert ist. Es wurde empfohlen, die einzelnen Bereiche der Krankenanstalten entsprechend ihrer Bedeutung für den Leistungsprozess einzubinden. Die besondere Stellung des medizinisch-ärztlichen Bereiches muss auch bei der Qualitätssicherung ihren Niederschlag finden.

Der Landesrechnungshof erwartet, dass in Hinkunft die nunmehr zuständige Landesklinikenholding die ihr zukommende Koordinierungs- und Steuerungsfunktion hinsichtlich der Qualitätssicherung auch für die neu übernommenen Krankenhäuser wahrnimmt.

Die NÖ Landesregierung hat im Wesentlichen zugesagt, die Empfehlungen umzusetzen.

1 Prüfungsgegenstand

Der NÖ Landesrechnungshof (LRH) hat die Qualitätssicherung in den Landeskrankenanstalten überprüft. Diese Prüfung umfasste im Wesentlichen die Jahre 2003 und 2004. Von der gegenständlichen Prüfung waren daher folgende Krankenanstalten betroffen:

- Donauklinikum
- Thermenklinikum Baden
- Thermenklinikum Mödling
- Landesklinik Hohegg
- Ostarrichiklinikum

Die Prüfungsschwerpunkte bildeten die Implementierung der Qualitätssicherung in den Landeskliniken. Dabei wurde insbesondere überprüft, inwieweit die gesetzlichen Vorgaben umgesetzt wurden. Weiters wurden Struktur und Organisation der Qualitätssicherung in den Landeskrankenanstalten untersucht. Überblicksweise werden nachfolgend die in den vergangenen Jahren gesetzten Maßnahmen im Bereich der Qualitätssicherung dargestellt. Die sanitäre Aufsicht gemäß § 60 KAKuG war nicht Gegenstand dieser Prüfung.

2 Rechtliche Grundlage

Die Träger von Krankenanstalten sind gemäß § 5b Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG), BGBl 1957/1, (Grundsatzbestimmung) und § 16c NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG), LGBl 9440, (Ausführungsbestimmung) verpflichtet, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen.

Auf Grund der Verordnung über die Geschäftsordnung der NÖ Landesregierung ist derzeit Landesrat Emil Schabl für die Landeskrankenanstalten zuständig.

Gemäß der Geschäftseinteilung des Amtes der NÖ Landesregierung wurden die Aufgaben im Zusammenhang mit den Landeskrankenanstalten bis 4. März 2002 von der Abteilung Sanitätsrecht und Krankenanstalten (GS4) wahrgenommen. Mit 5. März 2002 wurden diese der „Geschäftsstelle Landeskrankenanstalten“ übertragen, die der Abteilung Landeskrankenanstalten und Landesheime (GS7) zugeordnet war. Mit Wirkung vom 1. Juli 2004 obliegen Führung und Betrieb der Landeskrankenanstalten dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) Landesklinikenholding.

Bei der Prüfung wurden im Wesentlichen folgende Rechtsmaterien berührt:

- Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG), BGBl 1957/1
- NÖ Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG), LGBl 9440
- NÖ Gesundheits- und Sozialfonds-Gesetz, LGBl 9450

3 Allgemeines

3.1 Begriffsbestimmungen

Im Zusammenhang mit dem Terminus Qualität werden immer wieder unterschiedliche Begriffe angeführt bzw. verwendet, in der Folge wird auf diese näher eingegangen.

3.1.1 Qualitätsbegriff

Unter **Qualität** ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Tätigkeit, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung gegebener Erfordernisse bezieht, zu verstehen.

Es werden drei Arten der Qualität unterschieden:

- Strukturqualität – welche Strukturen sind vorhanden (Personal, Raum, Geräte, Organisation)
- Prozessqualität – wie wird etwas gemacht
- Ergebnisqualität – was kommt dabei heraus

3.1.2 Qualitätssicherung

Qualitätssicherung umfasst alle Maßnahmen, die der Beschreibung, Dokumentation, Sicherung und Verbesserung der Qualität eines Produktes oder einer Dienstleistung dienen. Qualitätssicherung ist die Gesamtheit aller Tätigkeiten der Qualitätsplanung, Qualitätslenkung und Qualitätskontrolle. Ziel der Qualitätssicherung ist es, die wichtigen Dinge richtig zu machen, was natürlich eine unabdingbare und intensive Auseinandersetzung mit den Fragekomplexen „was ist wichtig?“ und „was ist richtig?“ voraussetzt.

Qualitätssicherung ist eindeutig eine Führungsaufgabe. Die Anstaltsleitung hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. Die Delegation der Qualitätssicherung ist einem teilweisen Verzicht auf Führung gleichzusetzen. Dieser Hinweis soll den Stellenwert der Qualitätssicherung und der daraus resultierenden Maßnahmen besonders hervorheben.

Die Qualitätssicherung im weiteren Sinn besteht darin, sicherzustellen, dass die versprochene Qualität eingehalten wird. Voraussetzung dafür ist, dass die Qualitätsstandards und deren Bandbreite ex ante definiert werden müssen.

3.1.3 Qualitätsmanager

In einzelnen Landeskrankenanstalten wurden Dienstposten eingerichtet, mit dem Ziel, die Qualitätssicherung unter Einsatz der bestehenden Ressourcen in Bezug auf Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit sowie in Bezug auf Prozesse und Ergebnisse umzusetzen. Für die Qualitätsmanager liegen vom NÖGUS erarbeitete Muster-Stellenbeschreibungen vor.

3.2 Gesetzliche Vorgaben zur Qualitätssicherung

Die gesetzlichen Grundlagen für die Qualitätssicherung in Krankenanstalten sind in § 5b KAKuG (Grundsatzbestimmung) und § 16c NÖ KAG (Ausführungsbestimmung) festgelegt.

Demzufolge sind die Träger von Krankenanstalten verpflichtet, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und dabei auch ausreichend überregionale Belange zu wahren. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglicht werden. Weiters wird in den gesetzlichen Vorgaben auch normiert, dass diese Maßnahmen die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen haben. Die Anstaltsleitung hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen.

Weiters ist in den vorgenannten Gesetzesmaterien auch der Auftrag zur Einrichtung von Qualitätssicherungskommissionen in bettenführenden Krankenanstalten enthalten bzw. sind die Aufgaben und die Organisation der Qualitätssicherungskommissionen definiert.

Die Aufgabe der Kommission für Qualitätssicherung ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen, die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die Anstaltsleitung über alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

3.3 Qualitätsmanagementsystem – EFQM-Modell

3.3.1 EFQM-Modell – Darstellung und Prinzip

Die European Foundation for Quality Management (EFQM) wurde als gemeinnützige Organisation auf Mitgliederbasis 1988 gegründet. Das EFQM-Modell und dessen Anwendung sind das Hauptprodukt der EFQM.

Das Grundschema des EFQM-Modells basiert auf drei fundamentalen Säulen, nämlich der gleichzeitigen Betrachtung von Menschen, Prozessen und Ergebnissen. Ziel soll es sein, durch die Einbindung aller Mitarbeiter in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess bessere Ergebnisse zu erzielen. Der Grundansatz des Gesamtmodells besteht also darin, die Mitarbeiter durch die Selbstbewertung (klares, ehrliches Erkennen der Stärken und Verbesserungsbereiche) in die Verbesserungsprozesse einzubinden.

Grundsätzlich stellt sich das Modell so dar, dass durch Führung mit Hilfe von Politik und Strategie, Mitarbeiterorientierung und Management von Ressourcen, Patientenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit und der Einfluss auf die Gesellschaft erreicht werden. Das führt schließlich mit Hilfe von geeigneten Geschäftsprozessen zur Verbesserung der Unternehmensergebnisse bzw. der Qualität.

3.3.2 Einführung des EFQM Modells in den Landeskliniken

Unter Einbindung der Klinikleitungen und Qualitätsmanager wurde seitens der Geschäftsstelle Landeskrankenanstalten entschieden, das EFQM-Modell als einheitliches Qualitätsmanagementsystem bei den Landeskliniken zu implementieren.

Als Pilotkrankenhaus wurde das Donauklinikum ausgewählt, wo zum Prüfungszeitpunkt die Einführungsphase des Modells im Laufen war. Für Februar 2005 sind die ersten Selbstbewertungsworkshops vorgesehen.

Nach Vorliegen der Ergebnisse aus dem Donauklinikum ist die Ausweitung auf alle Landeskliniken vorgesehen.

Ergebnis 1

Seitens des NÖ Landesrechnungshofes wird die beabsichtigte Einführung eines einheitlichen Qualitätsmanagementsystems für alle Landeskliniken positiv zur Kenntnis genommen. Es wird erwartet, dass die nunmehr zuständige Landesklinikenholding die ihr zukommende Koordinierungs- und Steuerungsfunktion hinsichtlich der Qualitätssicherung auch für die neu übernommenen Krankenhäuser wahrnimmt.

Stellungnahme der NÖ Landesregierung:

Im Donauklinikum Tulln (jetzt Landesklinikum Donauregion Tulln) wurde im Zeitraum von September 2004 bis Februar 2005 das Pilotprojekt für die Implementierung des EFQM-Modells durchgeführt. Mit der Umsetzung der Maßnahmen, die im Selbstbewertungsworkshop erarbeitet wurden, wird ab März 2005 begonnen.

Es ist geplant, ab Mai 2005 auch für die Landeskliniken Thermenregion Hainburg und Weinviertel Mistelbach mit dem EFQM-Modell zu beginnen. Ab dem Jahr 2006 werden weitere Landeskliniken nachziehen, so dass sukzessiv bis 2010 alle Landeskliniken mit diesem Qualitätsmanagementsystem kontinuierlich arbeiten. Eine budgetmäßige Vorausplanung ist bereits vorgesehen.

NÖ Landesrechnungshof:

Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Inwieweit das gewählte Qualitätssicherungssystem den Erwartungen entspricht, lässt sich auf Grund des derzeitigen Umsetzungsstadiums noch nicht beurteilen. Es war jedoch festzustellen, dass bei Prüfungsmaßnahmen vor Ort im Donauklinikum durchaus positive Stellungnahmen zum Grundprinzip des EFQM-Modells abgegeben wurden und auch eine Bereitschaft vorhanden ist, sich auf das System einzulassen und entsprechend mitzuarbeiten.

4 Aktivitäten der Geschäftsstelle Landeskrankenanstalten

Auf dem Gebiet der Qualitätssicherung bestand in den Landeskrankenanstalten ein uneinheitlicher Organisationsstand. Mit der NÖ KAG-Novelle 2002 wurde in Ausführung des KAKuG die Bestimmung beschlossen, dass in jeder bettenführenden Krankenanstalt vom Rechtsträger eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen ist.

Die Geschäftsstelle Landeskrankenanstalten hat im Mai 2002 ihren Betrieb mit dem Ziel aufgenommen, die Interessen des Eigentümers Land NÖ zu stärken. Diese Interessen wurden wie folgt definiert:

- Steigerung der Qualität der Patientenversorgung
- Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit
- Verbesserung der Wirtschaftlichkeit

Als erster Schritt wurde, beginnend mit Juli 2002, eine Erhebung der Ist-Situation der Qualitätssicherung durchgeführt. Darauf aufbauend wurden Maßnahmen getroffen, um die Bestimmungen der NÖ KAG-Novelle 2002 umzusetzen.

Bereits unmittelbar nach In-Kraft-Treten der NÖ KAG-Novelle 2002 hat die Geschäftsstelle Landeskrankenanstalten zielgerichtete Aktivitäten zur Umsetzung der Bestimmungen, dass in bettenführenden Krankenanstalten eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen ist, getroffen. Die diesbezüglichen Aktivitäten der Geschäftsstelle Landeskrankenanstalten wurden durch die formelle Bestellung der Mitglieder der Qualitätssicherungskommissionen mit 1. Jänner 2004 und In-Kraft-Treten der Geschäftsordnungen mit 1. November 2004 abgeschlossen.

In der Folge sind die wichtigsten Meilensteine auf diesem Weg dargestellt.

4.1 Zielvereinbarungen zwischen der Geschäftsstelle und den Landeskrankenanstalten

Um die Ziele – Steigerung der Qualität der Patientenversorgung, Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit – zu erreichen, wurden zwischen der Geschäftsstelle und den Anstaltsleitungen Zielvereinbarungen abgeschlossen, die sowohl wirtschaftliche Ziele als auch Qualitätsziele beinhalten.

Als Qualitätsziele wurden die Erhöhung der Qualität der Patientenversorgung und Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit festgelegt. Als Indikatoren zur Beurteilung der Qualität der Patientenversorgung wurden die Patientenzufriedenheit, die Bettenauslastung, die Beschwerdestatistik und die Schadensstatistik gewählt. Als Indikatoren für die Messung der Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit wurden Mitarbeiterzufriedenheit, Krankenstandsstatistik und Fluktuation definiert.

4.2 Untersuchung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit in den NÖ LKH

Zur Messung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit erfolgte im Auftrag der Geschäftsstelle Landeskrankenanstalten im Frühjahr 2003 in ausgewählten Stationen der NÖ Landeskrankenhäuser eine entsprechende Untersuchung. Durchgeführt wurde diese von einem externen Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie, insgesamt waren 2.701 Patienten und 505 Mitarbeiter von 21 Stationen betroffen. Durch die Umfrage sollten die Stärken und Schwächen der jeweiligen Station dargestellt werden, um gezielte Maßnahmen ergreifen zu können.

Im Zuge der Präsentation des ersten Teils der Patienten- und Mitarbeiterbefragung wurde im Juni 2003 festgelegt, diese auf alle Stationen auszudehnen.

4.3 Qualitätsmeetings

Im August 2003 wurden die Qualitätsmanager aller Landeskrankenanstalten zu einem ersten Qualitätsmeeting eingeladen. Dadurch wurde einerseits der Erfahrungsaustausch in Gang gesetzt und andererseits eine Basis geschaffen, um in Zukunft gemeinsame Projekte auszuführen.

Bei einem zweiten Qualitätsmeeting wurden von Experten verschiedene Qualitätssicherungsmodelle vorgestellt. In einer daraufhin erfolgten Befragung der Klinikleitungen, wurde entschieden, das vorstehend beschriebene EFQM-Modell in allen Häusern einzuführen.

Beim dritten Qualitätsmeeting im April 2004 erfolgte eine Einführung in das EFQM-Modell. Gemeinsam wurde die weitere Vorgangsweise festgelegt; das Donauklinikum hat die Aufgabe übernommen, ein entsprechendes Pilotprojekt zu organisieren.

4.4 Netzwerk Patientenombudsstellen

Durch die Geschäftsstelle wurde ferner angeregt, an dem von der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft initiierten Netzwerk Projekt „Patientenombudsstelle“ teilzunehmen. Dadurch soll beigetragen werden, auf die Bedürfnisse der Patienten entsprechend zu reagieren und die Dienstleistungsqualität und Patientenorientierung zu verbessern.

Vorerst nehmen das Donauklinikum und die Landeslinik Hohegg an diesem Projekt teil.

4.5 Qualitätsbericht 2003

Von der Geschäftsstelle wurde der Qualitätsbericht 2003 erarbeitet, um einen Überblick über die Aktivitäten zur Hebung der Qualität der Patientenversorgung zu vermitteln. Dieser Qualitätsbericht enthält neben einem allgemeinen Überblick im Wesentlichen eine Darstellung der Aktivitäten der Landeskliniken auf dem Gebiet der Qualitätssicherung.

5 Kenndaten

In der folgenden Aufstellung werden zur allgemeinen Information und besseren Übersicht einige Kenndaten der Landeskrankenanstalten dargestellt. Die Daten wurden im Wesentlichen der Krankenanstaltenstatistik und dem Betriebsvergleich der öffentlichen Krankenanstalten Niederösterreichs entnommen und beziehen sich auf die Durchschnittswerte des Jahres 2003.

Kenndaten 2003					
Bezeichnung	Donau- klinikum ¹⁾	Thermen- klinikum BN	Thermen- klinikum MD	Landeslinik Hohegg	Ostarrichi- klinikum ¹⁾
system. Betten	605	352	383	154	445
tatsächlich aufgestellte Betten	568	314	365	154	395
Belagstage	161.379	89.142	95.468	43.849	138.581
Jahresumsatz in € (inkl. Ausgleichs- geb.)	61.384.413	44.750.445	48.429.380	14.922.720	40.728.117
LDF Punkte	43.708.638	38.395.253	36.786.271	13.695.502	23.603.287
LDF-Erträge in € ²⁾	41.125.707	35.132.614	33.681.435	12.630.982	21.833.277
Verweildauer in Tagen	9,5	5,2	5,7	8,2	21,6
Auslastung in %	77,8	77,8	71,7	78,0	96,1
Korrigierte Beschäftigte	681,2	571,2	627,0	256,5	552,5
Ambulante Fälle	27.285	33.118	52.832	1.186	5.045

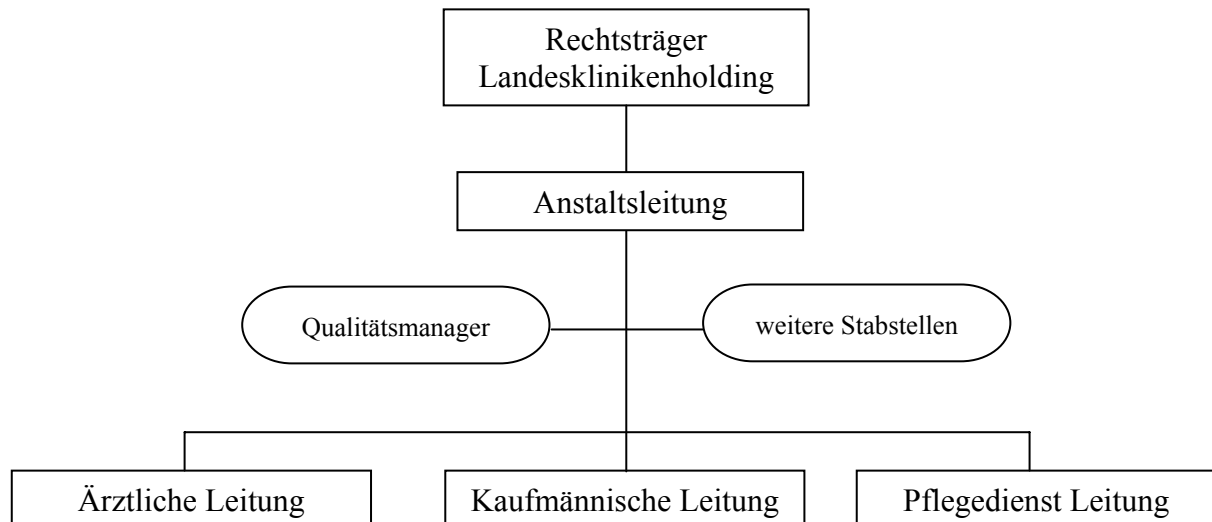
1) inkl. Langzeitbereich

2) ohne Struktur- und Steuerungsmittel

6 Organisation der Qualitätssicherung in den Landeskliniken

In allen Landeskliniken wurden die Qualitätssicherungskommissionen per 1. Jänner 2004 auf die Dauer von fünf Jahren durch den Rechtsträger bestellt, die neuen Geschäftsordnungen sind mit 1. November 2004 in Kraft getreten.

Das Qualitätsmanagement ist jeweils als Stabstelle der Anstaltsleitung eingerichtet.



Die Prüfung hat gezeigt, dass grundsätzlich die Kooperation zwischen dem Qualitätsmanagement und den Führungsebenen funktioniert. Vereinzelt wurde jedoch der Eindruck gewonnen, dass Qualitätssicherung nicht als Führungsaufgabe gesehen wird und mehr oder weniger isoliert von engagierten Mitarbeitern betrieben wird.

Außerdem wurde auch ein Ungleichgewicht bei der Verteilung der Qualitätssicherungsprojekte auf die Bereiche Medizin, Pflege, Betrieb und Management festgestellt. Auffallend war, dass beispielsweise in einer Klinik kein Projekt bearbeitet wurde, das unmittelbar dem medizinisch-ärztlichen Bereich zuzuordnen war.

Qualitätssicherung kann als Regelkreis beschrieben werden. Demnach ist es primär Aufgabe der Anstaltsleitung der einzelnen Häuser, durch entsprechende Maßnahmen die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. Dabei ist insbesondere darauf zu achten, dass die einzelnen Bereiche der Krankenanstalt entsprechend ihrer Bedeutung für den Leistungsprozess betroffen sind. Die besondere Stellung des medizinisch-ärztlichen Bereiches muss auch bei der Qualitätssicherung ihren Niederschlag finden.

Dem Rechtsträger kommt die Aufgabe zu, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen und die Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Außerdem hat er die Koordinierungs- und Steuerungsfunktion, um den gesetzlichen Auftrag, ausreichend überregionale Belange zu wahren, zu erfüllen.

Ergebnis 2

Der NÖ Landesrechnungshof weist ausdrücklich auf die gesetzliche Bestimmung hin, wonach die Anstaltsleitung die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen hat. Bei der Qualitätssicherung müssen die einzelnen Bereiche der Krankenanstalt entsprechend ihrer Bedeutung für den Leistungsprozess ihren Niederschlag finden.

Durch den Rechtsträger sind die dafür notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen und die Ressourcen zur Verfügung zu stellen.

Stellungnahme der NÖ Landesregierung:

Die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Landeskliniken wurde bereits von der NÖGUS Landeskliniken-Holding veranlasst und befindet sich im Stadium der Umsetzung, dies betrifft auch die Schaffung der erforderlichen Rahmenbedingungen sowie die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen (erfolgt im Rahmen der Budget- und Dienstpostenplangespräche).

NÖ Landesrechnungshof:

Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Im Zuge der Prüfung wurde weiters festgestellt, dass in den Dienstpostenplänen einiger Landeskliniken keine Stellen für Qualitätsmanager enthalten sind (zB Thermenklinikum Mödling, Landesklinik Hochegg), jedoch entsprechende Zeitressourcen bereitgestellt werden. Außerdem sind für die Stelle des Qualitätsmanagements nicht in allen Kliniken Stellenbeschreibungen in Kraft.

Ergebnis 3

In die Dienstpostenpläne der Landeskliniken ist die Stelle des Qualitätsmanagers im erforderlichen Stundenausmaß aufzunehmen. Außerdem sind Stellenbeschreibungen entsprechend den Muster-Stellenbeschreibungen des NÖGUS in Kraft zu setzen.

Stellungnahme der NÖ Landesregierung:

Die Aufnahme eines Qualitätsmanagers in den Dienstpostenplan ist für jede Landesklinik vorgesehen und wird in den derzeit laufenden Dienstpostenplangesprächen mit den Landeskliniken berücksichtigt. Die Stellenbeschreibungen werden überarbeitet und treten ehestmöglichst in Kraft, ebenso wird das Organigramm, in dem der Qualitätsmanager vorgesehen ist, bis Mitte des Jahres 2005 fertig gestellt.

NÖ Landesrechnungshof:

Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

Gemäß § 16c Abs 6 NÖ KAG haben der Leiter der Kommission oder bei dessen Verhinderung sein Stellvertreter dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) und der NÖ Landesregierung halbjährlich über die Tätigkeit der Kommission zu berichten.

Tatsächlich wurden diese Meldungen an die seinerzeitige Geschäftsstelle Landeskrankenanstalten und werden nunmehr an die NÖGUS Landesklinikenholding übermittelt. An die NÖ Landesregierung wird nicht berichtet, jedenfalls sind sowohl bei den Abteilungen Sanitäts- und Krankenanstaltenrecht sowie Gesundheitswesen derartige Berichte nicht bekannt.

Ergebnis 4

Die Führung und der Betrieb der Landeskrankenanstalten wurden dem NÖGUS übertragen. Die Kompetenz der NÖ Landesregierung für die sanitätsrechtliche sowie sanitäre Aufsicht bleibt davon unberührt. Die Leiter der Qualitätssicherungskommissionen haben daher sowohl an den NÖGUS als auch an die NÖ Landesregierung zu berichten.

Stellungnahme der NÖ Landesregierung:

In der Geschäftsordnung der NÖGUS Landeskliniken-Holding ist vorgesehen, dass der Leiter der Qualitätssicherungskommission an die NÖGUS Landeskliniken-Holding mindestens einmal jährlich zu berichten hat. Dies geschieht in Form eines Jahresberichtes und durch laufende Protokolle. Seitens der NÖGUS Landeskliniken-Holding wird der Jahresbericht sowohl an den Bereich Gesundheit des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds als auch an die Abteilung Gesundheitswesen weitergeleitet.

NÖ Landesrechnungshof:

Die Stellungnahme wird nicht zur Kenntnis genommen.

Durch die Geschäftsordnung der NÖGUS Landeskliniken-Holding können die Bestimmungen des NÖ KAG nicht außer Kraft gesetzt werden. Auf den Stufenbau der Rechtsordnung wird hingewiesen.

Gemäß § 16c Abs 6 NÖ KAG haben der Leiter der Kommission oder bei dessen Verhinderung sein Stellvertreter dem NÖ Gesundheits- und Sozialfonds und der NÖ Landesregierung halbjährlich über die Tätigkeit der Kommission zu berichten.

In den folgenden Abschnitten werden die untersuchten Häuser überblicksweise dargestellt. Im Punkt „Aktivitäten“ werden jeweils die abgeschlossenen Projekte angeführt. Generell kann gesagt werden, dass mit der formalen Bestellung der QSK in allen Häusern eine deutliche Zunahme an Qualitätssicherungsprojekten festzustellen war. Da sich der gegenständliche Bericht jedoch schwerpunktmäßig mit der Implementierung sowie den Strukturen und der Organisation der Qualitätssicherung beschäftigt, wurden die im Jahr 2004 begonnenen Projekte grundsätzlich nicht angeführt.

6.1 Donauklinikum

6.1.1 Abteilungen

Standort Tulln

Aufstellung der Abteilungen und systemisierten Betten	
Abteilung	Betten
Innere Medizin (inkl. IMCU)	90
Allgem. Chirurgie	55
Department für Unfallchirurgie	15
Gynäkologie und Geburtshilfe	35
Kinder und Jugendheilkunde (inkl. IMCU)	30
Anästhesie und Intensivmedizin (ICU, IMCU)	6
Summe	231

Standort Gugging

Aufstellung der Abteilungen und systemisierten Betten	
Abteilung	Betten
Akutpsychiatrie	132
Langzeitpsychiatrie	56
Sozialpsychiatrische Rehabilitation	16
Forensische Psychiatrie	38
Gerontopsychiatrie	52
Neurologie	80
Summe	374

6.1.2 Qualitätssicherungskommission (QSK)

Am Standort Tulln wurde im Jahr 1994 (damals a.ö. LKH Tulln) und am Standort Gugging (damals NÖ LNK Gugging) im Jahr 1999 eine QSK eingerichtet.

Für das Donauklinikum wurde – für beide Standorte – entsprechend den Bestimmungen des § 16c NÖ KAG im Dezember 2003 die QSK neu konstituiert. Die QSK ist interdisziplinär besetzt, insgesamt gehören ihr 17 Mitglieder an (je vier Mitglieder und Ersatzmitglieder von den beiden Standorten Tulln und Gugging sowie die Vorsitzende). Als Vorsitzende wurde eine dipl. Gesundheits- und Krankenschwester gewählt, die auch die Stelle der Qualitätsmanagerin besetzt.

Qualitätsmanagerin

Die Qualitätsmanagerin ist dipl. Gesundheits- und Krankenschwester und Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege sowie akademische Kommunikationstrainerin.

Die Stelle der Qualitätsmanagerin ist entsprechend dem Dienstpostenplan mit 20 Wochenstunden besetzt, eine Stellenbeschreibung ist in Kraft.

Im Rahmen der Anstaltsleitung (kollegialen Führung) nimmt die Leiterin des Pflegedienstes als Qualitätsverantwortliche die Koordination der Qualitätssicherung wahr.

6.1.3 Aktivitäten

Am Standort Tulln wurden im Zeitraum von 1992 bis 2002 insgesamt 17 Projekte abgeschlossen. Davon waren elf Projekte interdisziplinär bzw. berufsgruppenübergreifend besetzt, drei Projekte betrafen schwerpunktmäßig den ärztlichen Bereich, zwei Projekte die Pflege und ein Projekt die Verwaltung. In den Jahren 2003 und 2004 wurden sechs Projekte bearbeitet, die überwiegend Management und Führungsaufgaben betroffen haben.

Am Standort Gugging wurden im Zeitraum von 1990 bis 2002 insgesamt 41 Projekte durchgeführt, die teilweise fortlaufend geführt werden. Davon waren 29 Projekte interdisziplinär bzw. berufsgruppenübergreifend besetzt, drei Projekte betrafen schwerpunktmäßig den ärztlichen Bereich, neun Projekte die Pflege. In den Jahren 2003 und 2004 wurden sechs Projekte bearbeitet.

Aus nicht mehr nachvollziehbaren Gründen wurden für das Donauklinikum im Qualitätsbericht 2003 lediglich die Projekte des Standortes Tulln aufgenommen. Die zahlreichen Aktivitäten am Standort Gugging (bzw. der Landesnervenklinik) wurden übersehen.

Auch das ist ein Indiz dafür, dass den Bestimmungen des § 16c Abs 6 NÖ KAG, wonach der Leiter der Kommission oder bei dessen Verhinderung sein Stellvertreter dem NÖGUS und der NÖ Landesregierung halbjährlich über die Tätigkeit der Kommission zu berichten haben, nicht mit der notwendigen Sorgfalt entsprochen wurde.

Siehe dazu Ergebnis 3

Dies könnte zwar einerseits als entschuldbare Panne gewertet werden, andererseits wurde aber im Zuge der gegenständlichen Prüfung der Eindruck gewonnen, dass die Zusammenführung der beiden Standorte zu einem Krankenhaus generell von Kommunikationsproblemen begleitet wird. Der LRH weist daher ausdrücklich darauf hin, dass sowohl der Rechtsträger als auch die Anstaltsleitung gefordert sind, Maßnahmen sowohl auf den Gebieten des Managements als auch der Kommunikation zu setzen.

Ergebnis 5

Der Rechtsträger und die Anstaltsleitung des Donauklinikums sind gleichermaßen gefordert, Maßnahmen sowohl auf den Gebieten des Managements als auch der Kommunikation zu setzen, damit durch einen reibungslosen Ablauf der Zusammenführung der beiden Standorte zu einem Krankenhaus die gewünschten Synergien tatsächlich erreicht werden können.

Stellungnahme der NÖ Landesregierung:

Maßnahmen zum reibungslosen Ablauf der Zusammenführung der Standorte Landesklinikum Donauregion Tulln und Gugging, wie z. B. Personalentwicklung und Qualitätssicherung, sind im Laufen.

NÖ Landesrechnungshof:

Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

6.2 Thermenklinikum Baden

Das Land NÖ hat mit 1. Jänner 2003 die Rechtsträgerschaft des a.ö. Krankenhauses Baden mit dem Ziel der Fusionierung mit dem a.ö. Landeskrankenhaus Mödling zum „Thermenklinikum“ übernommen. Im Österreichischen Krankenanstaltenplan 2003 sind bereits die beiden Häuser als eine Krankenanstalt unter der Bezeichnung Thermenklinikum geführt. Durch das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen wurde das Thermenklinikum mit den beiden Standorten Baden und Mödling mit 1. Jänner 2004 unter einer Krankenanstaltennummer in den Krankenanstaltenkataster aufgenommen.

Vom Land NÖ als Rechtsträger wurde am 2. Juli 2004 das Ansuchen um die sanitätsbehördliche Bewilligung für die Zusammenführung beider Kliniken zu einer Krankenanstalt gestellt.

In der Sitzung der NÖ Landesregierung vom 21. Dezember 2004 wurde dem Land NÖ mit Wirkung 1. Jänner 2005 die sanitätsbehördliche Bewilligung für die Zusammenführung des Thermenklinikums Baden und des Thermenklinikums Mödling zu einer Krankenanstalt, dem Thermenklinikum, erteilt.

Da dieser Beschluss erst zu einem Zeitpunkt gefasst wurde, als die Prüfung bereits im Wesentlichen abgeschlossen war, werden die beiden Kliniken im gegenständlichen Bericht noch getrennt dargestellt.

Bis zum Abschluss der Prüfung Ende Jänner 2005 war noch keine Anstaltsleitung bestellt. Dies ist insofern unverständlich, da mehr als zwei Jahre Zeit waren, ein ordnungsgemäßes Bestellungsverfahren durchzuführen.

Ergebnis 6

Der NÖ Landesrechnungshof erwartet, dass umgehend die ordnungsgemäße Bestellung der Anstaltsleitung des Thermenklinikums erfolgt.

Stellungnahme der NÖ Landesregierung:

Die Bestellung der Anstaltsleitung des Thermenklinikums (jetzt Landeskliniken Thermenregion Mödling und Baden) erfolgte hinsichtlich der Ärztlichen Direktion durch die Landesregierung am 18. Jänner 2005; für die Pflegedirektion und die Kaufmännische Direktion sind interimistische Leitungen bestellt; die definitive Bestellung der Pflegedirektion ist derzeit im Laufen und wird bis Ende März 2005 erfolgen. Die Kaufmännische Direktion ist ausgeschrieben; diese Funktion wurde bis Dezember 2004 vom Change Manager des Thermenklinikums wahrgenommen.

NÖ Landesrechnungshof:

Die Stellungnahme wird zur Kenntnis genommen.

6.2.1 Abteilungen

Aufstellung der Abteilungen und systemisierten Betten	
Abteilung	Betten
Innere Medizin (inkl. IMCU)	129
Allgem. Chirurgie	104
Department für Unfallchirurgie	20
Gynäkologie und Geburtshilfe	61
Urologie	31
Anästhesie und Intensivmedizin (ICU/IMCU)	7
Summe	352

6.2.2 Qualitätssicherungskommission (QSK)

Wegen der Zusammenlegung der Standorte Baden und Mödling per 1. Jänner 2005 ist beabsichtigt, die QSK des Thermenklinikums zusammenzulegen. Diese soll interdisziplinär besetzt sein und aus insgesamt zehn Mitgliedern (je fünf von jedem Standort) bestehen. Den Vorsitz sollen die derzeitigen Qualitätsmanager aus Baden und Mödling alternierend führen. Da bis zum Abschluss der Prüfung mit Ende Jänner 2005 noch keine Anstaltsleitung bestellt wurde, haben die bisherigen QSK ihre Arbeit weitergeführt.

Qualitätsmanager

Der Qualitätsmanager ist ein dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger und akademischer Leiter des Pflegedienstes.

Im Dienstpostenplan 2004 ist ein Dienstposten Pflegeinformatik (Qualitätssicherung) mit 40 Wochenstunden enthalten.

6.2.3 Aktivitäten

Am Standort Baden sind vom Zeitraum 1995 bis 2002 insgesamt 13 Projekte dokumentiert. Davon waren zehn Projekte interdisziplinär bzw. berufsgruppenübergreifend besetzt, drei Projekte betrafen schwerpunktmäßig die Pflege.

Im Jahr 2003 wurden elf Projekte begonnen bzw. abgeschlossen, die überwiegend ebenfalls den medizinischen Bereich (Ärzte, Pflege) betroffen haben. Zwei Projekte sind vorwiegend dem Bereich Management und Führungsaufgaben zuzuzählen.

6.3 Thermenklinikum Mödling

Die vorstehend im Punkt 6.2 Thermenklinikum Baden getroffenen Aussagen über die Zusammenführung und Ergebnis 6 gelten sinngemäß.

6.3.1 Abteilungen

Aufstellung der Abteilungen und systemisierten Betten	
Abteilung	Betten
Innere Medizin (inkl. IMCU)	144
Allgem. Chirurgie	65
Unfallchirurgie	73
Gynäkologie und Geburtshilfe	50
Kinder und Jugendheilkunde (inkl. ICU)	40
Anästhesie und Intensivmedizin (ICU/IMCU)	11
Summe	383

6.3.2 Qualitätssicherungskommission (QSK)

Wie vorstehend in Punkt 6.2 Thermenklinikum Baden bereits ausgeführt wurde, ist beabsichtigt, die QSK des Thermenklinikums der Standorte Baden und Mödling zusammenzulegen. Bis dahin führt die bisherige QSK ihre Arbeit weiter.

Qualitätsmanager

Der Qualitätsmanager ist ein dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger und hat die Ausbildung zur Fachkraft für Qualitätsmanagement in der Pflege absolviert. Er übt seine Tätigkeit mit 40 Wochenstunden aus, im Dienstpostenplan ist keine Stelle für Qualitätsmanagement vorgesehen.

Siehe dazu Ergebnis 3

6.3.3 Aktivitäten

Am Standort Mödling sind vom Zeitraum 2000 bis 2002 insgesamt acht Projekte dokumentiert. Davon waren fünf Projekte interdisziplinär bzw. berufsgruppenübergreifend besetzt, zwei Projekte betrafen die Organisation der Qualitätssicherung und ein Projekt schwerpunktmäßig die Pflege.

Im Jahr 2003 wurden 21 Projekte begonnen bzw. abgeschlossen, die überwiegend ebenfalls den medizinischen Bereich (Ärzte, Pflege) betroffen haben. Neun Projekte sind vorwiegend dem Bereich Management und Führungsaufgaben zuzuzählen.

6.4 Landeslinik Hohegg

6.4.1 Abteilungen

Aufstellung der Abteilungen und systemisierten Betten	
Abteilung	Betten
Pulmologie (inkl. IMCU)	94
Neurologie	60
Summe	154

6.4.2 Qualitätssicherungskommission (QSK)

In der Landeslinik Hohegg wurde seit Beginn des Jahres 2003 im Krankenhaus eine interdisziplinär besetzte, so genannte „Projektgruppe“ installiert, die sich mit qualitätssichernden Maßnahmen beschäftigt hat. Ende 2003 wurde entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen eine QSK eingerichtet.

Die QSK ist interdisziplinär besetzt, insgesamt gehören ihr zehn Mitglieder (davon fünf Ersatzmitglieder) an. Als Vorsitzender wurde ein dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger gewählt, der auch die Stelle des Qualitätsmanagers besetzt.

Qualitätsmanager

Der Qualitätsmanager, ein dipl. Gesundheits- und Krankenpfleger, ist Hygienefachkraft und zertifizierter Qualitätsbeauftragter. Er ist mit 40 Wochenstunden beschäftigt, wovon er je 20 Wochenstunden für seine Tätigkeit als Qualitätsmanager bzw. Hygienefachkraft aufwendet. Im Dienstpostenplan ist keine Stelle für Qualitätsmanagement vorgesehen, Stellenbeschreibung ist ebenfalls keine in Kraft.

Siehe dazu Ergebnis 3

6.4.3 Aktivitäten

In der Landeslinik Hohegg wurden im Zeitraum 1992 bis 2002 insgesamt 18 Projekte durchgeführt. Davon waren fünf Projekte interdisziplinär bzw. berufsgruppenübergreifend besetzt, fünf Projekte betrafen schwerpunktmäßig die Pflege und acht Projekte vorwiegend den Bereich Management und Führungsaufgaben.

Im Jahr 2003 wurden 17 Projekte begonnen bzw. abgeschlossen, die gleichermaßen den medizinischen Bereich (Ärzte, Pflege) wie Management und Führungsaufgaben betreffen haben.

6.5 Ostarrichiklinikum

6.5.1 Abteilungen

Aufstellung der Abteilungen und systemisierten Betten	
Abteilung	Betten
Akutpsychiatrie	90
Neurologie (inkl. IMCU)	100
Soziotherapie und Rehabilitation	109
Alkoholikerentwöhnung, Drogenentzug	46
Forensische Psychiatrie	15
Kinder- und Jugendpsychiatrie	15
Stat. Psychotherapie/Psychosomatik	45
Interne Geriatrie	25
Summe	445

6.5.2 Qualitätssicherungskommission (QSK)

Im Ostarrichiklinikum besteht seit März 2002 ein Qualitätszirkel, der umfangreiche Aktivitäten entwickelt hat, die regelmäßigen Sitzungen sind dokumentiert. Ende 2003 wurde entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen eine QSK eingerichtet.

Die QSK ist interdisziplinär besetzt, insgesamt gehören ihr elf Mitglieder an. Als Vorsitzende wurde eine Fachärztin gewählt, die auch die Stelle der Qualitätsmanagerin besetzt.

Qualitätsmanagerin

Die Qualitätsmanagerin ist Fachärztin und Vorstand des Instituts für Psychotherapie.

Im Dienstpostenplan sind 0,5 Dienstposten (d.s. 20 Wochenstunden) für Qualitätssicherung vorgesehen. Derzeit wird die Tätigkeit zusätzlich zur Institutsleitung ausgeübt. Eine Stellenbeschreibung ist in Kraft.

6.5.3 Aktivitäten

Im Ostarrichiklinikum wurden im Zeitraum 1998 bis 2002 insgesamt elf Projekte durchgeführt. Davon betrafen fünf Projekte schwerpunktmäßig die Pflege, sechs Projekte beschäftigten sich mit Management und Führungsaufgaben (davon alleine fünf aus dem Bereich Informationstechnologie (IT)).

Im Jahr 2003 wurden sieben Projekte begonnen bzw. abgeschlossen, die überwiegend den Bereich der Pflege betroffen haben. Der Bereich IT war mit zwei Projekten vertreten.

Auffallend ist, dass im Ostarrichiklinikum im untersuchten Zeitraum kein Projekt bearbeitet wurde, das unmittelbar dem medizinisch-ärztlichen Bereich zuzurechnen ist. Auffallend ist auch der hohe Anteil an IT-Projekten.

Im Zuge der Prüfung wurde auch der Eindruck gewonnen, dass die Kooperation zwischen Anstaltsleitung und dem Qualitätsmanagement verbesserungswürdig ist.

Siehe dazu Ergebnis 2

St.Pölten, im Mai 2005

Der Landesrechnungshofdirektor

Dr. Walter Schoiber