

# QUALITÄTSSICHERUNG UND QUALITÄTSENTWICKLUNG IM ST. ANNA KINDERSPITAL

## INHALT

### **Gesetzestext des Wr.KAG § 15 b Qualitätssicherung**

#### **Dimensionen der Qualitätssicherung**

##### **1 Dimension 1: Strategische und strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit**

###### **(→ Strukturqualität)**

- 1.1 Qualitätskommission
  - Mitglieder:
  - Geschäftsordnung
- 1.2 Stabstelle interdisziplinäres Qualitätsmanagement
- 1.3 Stabstellen für Qualitätsentwicklung
- 1.4 Qualitätsteam

##### **2 Dimension 2: Umfassende Qualitätsmodelle**

###### **(→ Prozessqualität)**

##### **3 Dimension 3: Spezifische Instrumente der Qualitätsarbeit**

###### **(→ Prozessqualität)**

- 3.1 QM-Jahresplanung, -Berichtswesen und-Evaluation
- 3.2 Wissensmanagement
  - „QHS“ = Qualitäts-, Hygiene- und Sicherheitssystematik
  - Diagnostikwegweiser
  - MPG Schulungsdatenbank
- 3.3 Kommunikationsstrukturen

##### **4 Dimension 4: PatientInnensicherheit und Risikomanagement**

###### **(→ Ergebnisqualität)**

- 4.1 Risiko-, Zwischenfall und Beschwerdemanagementsystem
  - Internes Melde- und Vorschlagswesen
  - Risikomanagement
  - Beschwerdemanagement
  - Zwischenfallmanagement
  - externe CIRS
  - Vorschlagsweise
  - Zum Vergleich: Schwerpunktsetzung der Gesundheit Österreich GmbH
- 4.2 Qualitätsregister
- 4.3 Qualitätsberichterstattung
- 4.4 PatientInnenzufriedenheitserhebungen

## GESETZESTEXT DES WR.KAG § 15 B QUALITÄTSSICHERUNG

Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben für die Sicherung der Qualität in den Krankenanstalten vorzusorgen. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass sie den wissenschaftlich anerkannten Maßstäben der Qualitätssicherung entsprechen und regelmäßige vergleichende Prüfungen der Qualität mit anderen Krankenanstalten ermöglichen.

Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben vorzusorgen, dass die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung geschaffen werden. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, zu umfassen.

Die kollegiale Führung hat die Durchführung umfassender Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherzustellen. Für Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Rechtsträger der Krankenanstalt in jedem Bereich vorzusorgen, dass die jeweils Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen.

Für jede bettenführende Krankenanstalt ist zur Qualitätssicherung eine Kommission einzusetzen, die von einer fachlich geeigneten Person zu leiten ist. Diese Kommission hat mindestens aus dem Leiter der Prosektur sowie aus je einem Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes zu bestehen. In Krankenanstalten, in denen keine Prosektur eingerichtet ist, hat dieser Kommission ein Facharzt für Pathologie anzugehören. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer Medizinischen Universität dienen, gehört dieser Kommission auch der Rektor oder ein von der Universität vorgeschlagener Universitätsprofessor der Medizinischen Universität an. Auf Verlangen eines Mitglieds hat der Leiter die Kommission jedenfalls einzuberufen.

Die Kommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben, die der Landesregierung anzuzeigen ist. Die Geschäftsordnung gilt als genehmigt, wenn sie nicht innerhalb von drei Monaten untersagt wird.

Aufgabe dieser Kommission ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen, die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung den jeweiligen Verantwortlichen über alle erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

Alle durch diagnostische und therapeutische Eingriffe jeglicher Art gewonnenen Zellen und Gewebe müssen einer zytopathologischen bzw. histopathologischen Untersuchung unterzogen werden.

Die Rechtsträger von Krankenanstalten haben an einer regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung teilzunehmen und die dafür gemäß § 6 Gesundheitsqualitätsgesetz erforderlichen nicht personenbezogenen Daten dem für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministerium zur Verfügung zu stellen, soweit diese nicht ohnehin auf Grund anderer Dokumentationsverpflichtungen zu melden sind.

## DIMENSIONEN DER QUALITÄTSSICHERUNG

Die Berichterstattung zu Qualitätsstrukturen und -arbeit im österreichischen Gesundheitswesen im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur ist in 4 Dimensionen gegliedert.

Diese 4 Dimensionen sind<sup>1</sup>.

- Strategische und strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit
- Umfassende Qualitätsmodelle
- Spezifische Instrumente der Qualitätsarbeit
- PatientInnensicherheit und Risikomanagement

### 1 DIMENSION 1: STRATEGISCHE UND STRUKTURELLE VERANKERUNG DER QUALITÄTSARBEIT (→ STRUKTURQUALITÄT)

Zur strategischen und strukturellen Verankerung der Qualitätsarbeit ist im St. Anna Kinderspital etabliert:

- Qualitätskommission
- Stabstelle interdisziplinäres Qualitätsmanagement
- Stabstellen für Qualitätsentwicklung für Ärztlichen Bereich, Pflege und Verwaltung
- Qualitätsteam

---

<sup>1</sup> Quelle:

[http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem\\_Qualitaetsversicherung/Qualitaetsberichterstattung/Qualitaetsysteme\\_in\\_oesterreichischen\\_Krankenanstalten](http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetsversicherung/Qualitaetsberichterstattung/Qualitaetsysteme_in_oesterreichischen_Krankenanstalten)

## 1.1 QUALITÄTSKOMMISSION

### *Mitglieder:*

- Leitung:
  - Ärztlicher Direktor = Univ.Prof der Med.Uni Wien
  - Pflegedirektorin
  - Verwaltungsdirektor
- Qualitätsteam
  - Qualitätsmanagerin = Leiterin des Q-Teams = Qualitätsentwicklerin für die Verwaltung
  - Ärztliche Qualitätsentwicklerin
  - Leiterin der Stabstelle für Pflegequalitätsentwicklung
- Fachärztin für Pathologie
- Vertreterin der medizinisch-technischen Dienste

### *Geschäftsordnung*

- gültig seit 16.5.1997
- Ziele der Qualitätssicherung im St. Anna Kinderspital (zitiert: Punkt 1 der Geschäftsordnung):
  - Steigerung der Zufriedenheit der PatientInnen und ihrer Begleitpersonen;
  - Steigerung der MitarbeiterInnenzufriedenheit. (...)
  - Einführung einer langfristigen Qualitätssicherungsstruktur, die den kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozess im St. Anna Kinderspital unterstützt und zum Bestandteil der täglichen Arbeit aller MitarbeiterInnen macht;
  - Steigerung der Effizienz;

## 1.2 STABSTELLE INTERDISZIPLINÄRES QUALITÄTSMANAGEMENT

- Stabstelle der kollegialen Führung
- besetzt in Vollzeit; fachspezifische Qualifikation: MAS für Qualitätsmanagement
- Aufgaben:
  - Leitung des Qualitätsteams
  - Beratung der kollegialen Führung
  - Konzeptentwicklung zu Qualitätspolitik, -strategie und -projekten
  - Beratung, Moderation und Projektleitung bei Organisationsentwicklungs- und Qualitätsverbesserungsprojekten
  - Risiko- und Fehlermanagement
  - Wissensmanagement
  - Interne Qualitätsberichterstattung
  - u.v.m.

## 1.3 STABSTELLEN FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG

- Ärztlicher Bereich:  
besetzt mit OberärztIn (7 Wochenstunden neben einer Stationsleitung, unterstützt durch eine Mitarbeiterin des ärztlichen Sekretariats)
- Pflege:  
besetzt mit insgesamt 103 Wochenstunden für Pflegeentwicklung, Pflegequalitätsentwicklung und EBN
- Verwaltung:  
im Aufgabenbereich der Qualitätsmanagerin

## 1.4 QUALITÄTSTEAM

kontinuierliche Arbeit mit wöchentlichem Jour Fixe

## 2 DIMENSION 2: UMFASSENDE QUALITÄTSMODELLE (→ PROZESSQUALITÄT)

Die Stammzelltransplantationseinheit ist durchgehend seit 2003 JACIE-zertifiziert.

Für mehrere Bereiche des St. Anna Kinderspitals wurden in den vergangenen Jahren Zertifizierungen nach ISO 9000 als Anreiz und Motor für Organisationsanalyse, Qualitätsverbesserungen und den Aufbau von Managementsystemen genutzt (Verwaltung, Interne Ambulanz, Hämatologische und Onkologische Station 2B, Stammzelltransplantationseinheit). Da die jährliche Auditierung und periodische Rezertifizierung aufwendig und der Weiterentwicklungseffekt, der allein dadurch entsteht, eher gering ist, wurden die Zertifikate wieder zurückgelegt.

Für das St. Anna Kinderspital wurde die Entscheidung getroffen, sich auf die für das gesamte Haus wirksame Entwicklung von Methoden und Instrumenten zu Wissensmanagement einerseits und Risiko- und Fehlermanagement andererseits zu konzentrieren:

Die Erfassung, Bearbeitung, Bereitstellung und damit Ausweitung der Wissensbasis der Organisation schafft die Grundlage für verlässliche, standardisierte und gesicherte Abläufe. Vorgaben sind einfach zu kommunizieren und zu vermitteln, der Zugriff auf das vorhandene Wissen ist für die Organisation wie für die einzelne MitarbeiterIn handhabbar. Verantwortungen sind klar zugewiesen und operationalisierbar. Die eingesetzten Instrumente des Wissensmanagements (siehe 3.2.) „bedienen“ die MitarbeiterInnen mit einer hohen Serviceorientierung und schaffen dadurch die gewünschte Compliance, Identifikation und Beteiligung an der Ausformung und Weiterentwicklung.

Die Entwicklung einer Risiko- und Fehlerkultur mit der entsprechenden strukturellen und methodischen Verankerung ist der Schlüssel für die laufende Analyse der Organisation und sämtlicher Prozesse. Risikomanagement, Fehlermanagement, Beschwerdemanagement und Vorschlagswesen (siehe 4.1.) ermöglichen die Wahrnehmung von Schwachstellen und Potentialen, die Maßnahmenentwicklung und die Umsetzung von Qualitätsverbesserungen in einem klassischen Qualitätsarbeits-Zyklus. Fundierte Recherche jedes Falles, vorwurfsfreie Bearbeitung, Einbindung der Betroffenen und regelmäßige Rückmeldungen begünstigen die Sensibilisierung und das Engagement der MitarbeiterInnen für eine Organisationskultur der Sicherheit, Achtsamkeit und Verantwortlichkeit.

Diese Methoden und Instrumente garantieren einerseits die Identifikation der notwendigen Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen (siehe unten Punkte 3 und 4), und andererseits die Verfolgung der Maßnahmenumsetzung. Sie werden laufend genutzt, betreffen alle Bereiche des St. Anna Kinderspitals und stellen somit – ebenso wie die gängigen standardisierten Qualitätsmanagementsysteme – ein umfassendes Qualitätsmodell dar.

## 3 DIMENSION 3: SPEZIFISCHE INSTRUMENTE DER QUALITÄTSARBEIT (→ PROZESSQUALITÄT)

Um Maßnahmen, Verbesserungsprojekte und Weiterentwicklungs-Aktivitäten bedarfsgerecht und zielgerichtet aufsetzen und durchführen zu können, sind in folgenden Bereichen Systeme und Abläufe etabliert:

- QM-Planung, -Berichtswesen und -Evaluation
- Wissensmanagement
- Kommunikationsstrukturen

### 3.1 QM-JAHRESPLANUNG, -BERICHTSWESEN UND -EVALUATION

- Seit 1996 wird jährlich ein Qualitätsbericht und eine Qualitätsplanung erstellt, seit 2003 werden Bericht und Planung im Intranet publiziert.
- Erstellt werden diese Grundlagendokumente der Qualitätsarbeit vom Qualitäts-Team, diskutiert, modifiziert und freigegeben von der Leitung im Rahmen der Qualitätskommission. Damit wird eine regelmäßige Überprüfung von Zielsetzungen, Maßnahmenplanungen und Maßnahmendurchführungen gewährleistet. Die Effektivität von Organisationsentwicklungs- und

Verbesserungsprojekten wird dadurch beobachtet und evaluiert.

- Der Bericht umfasst die Inhalte:
  - Risiko-, Zwischenfall und Beschwerdemanagementsystem (siehe 4.1.);  
ausgewertet nach
    - Zahl der Meldungen
    - Betroffenheit von Risiko, Zwischenfall oder Vorschlag (PatientIn / Begleitperson / MitarbeiterIn)
    - Stand der Bearbeitung (erledigt / in Arbeit bzw. explizit übernommen / übergeben bzw. geregelte Verantwortlichkeit / keine Maßnahmen nötig / offen)
    - inhaltlichen Kategorien (z.B. Behandlung, Arzneimittel, Medizinprodukte, Haussicherheit, Kommunikation, ...)
  - Wissensmanagement / Koordination / Strukturen (siehe 3.2)  
berichtet bezüglich
    - Entwicklung (Ausweitung der Datenbasis, Neuerstellung von Dokumenten)
    - neu aufgenommenen bzw. aufzunehmenden Themen
    - Aktualisierungsabläufen
    - Nutzung, Praktikabilität, Rückmeldungen der NutzerInnen
    - technischen Verbesserungen
  - Betreuungs- und Pflegequalitätsverbesserungen
    - Projekte: Planung, Beauftragung, Umsetzungsstand, Ergebnisse
    - z.B.: Schmerzmanagement in der Pflege
  - Organisationsverbesserungen
    - Projekte: Planung, Beauftragung, Umsetzungsstand, Ergebnisse
    - z.B.: Digitalisierung der PatientInnendokumentation

### 3.2 WISSENSMANAGEMENT

#### *„QHS“ = Qualitäts-, Hygiene- und Sicherheitssystematik*

- Seit 2003 werden Richtlinien, Dienstweisungen, Standards (SOPs) etc. in einer einheitlichen Struktur erarbeitet, freigegeben, kommuniziert und aktualisiert.
- Sie sind über das Intranet jederzeit in aktueller Version zugänglich.
- Aktuell weist die Systematik etwa 700 Titel auf, von denen etwa 315 verbindlichen Charakter aufweisen, die übrigen Titel sind Dokumente, die die Arbeitsabläufe unterstützen.
- Gezielte Abfragen nach Thematik (Suchbegriffe), Arbeitsbereich, Berufsgruppe etc. können für eine Strukturierung genutzt werden.
- Die Erarbeitung und Aktualisierung der Dokumente wird vom Qualitätsteam gesteuert und koordiniert. Die thematische Expertise bringen die jeweiligen SpezialistInnen ein. Die Freigabe erfolgt durch die Leitung.

#### *Diagnostikwegweiser*

- Seit 2006 steht im Intranet eine Wissens-Datenbank für diagnostische Leistungen zur Verfügung (Zuweisung, Materialentnahme und –Transport, Kontaktdaten, Entscheidungskriterien, ...)
- Der Diagnostikwegweiser wird von einem Team (ÄrztIn, Pflegeperson, Administratorin – Pflegequalitätsentwicklung) laufend betreut.

#### *MPG Schulungsdatenbank*

- Seit 2013 steht ein Edv-basiertes, einheitliches, berufsgruppenübergreifendes System für die Dokumentation der Schulungsanforderungen laut Medizinproduktegesetz und -verordnung zur Verfügung.
- Diese Datenbank stellt außerdem für jedes medizintechnische Gerät Gebrauchsanweisungen und Schulungsunterlagen im Intranet zur Verfügung.

### 3.3 KOMMUNIKATIONSSTRUKTUREN

- Das Intranet ist als zentrales Informationsmedium und als Portal zu vielfältigen Wissens-Systemen eingerichtet. Bezüglich aktueller Mitteilungen bietet es die Möglichkeit verschiedene Kategorien deutlich zu unterscheiden: „Mitteilungen der Leitung“ bzw. der von der Leitung beauftragten Stabstellen haben eine hohe Priorität und Sichtbarkeit.
- Monatlich werden zu einem Fixtermin Änderungen der QHS-Dokumente publiziert und in Besprechungen berichtet.
- Über die Bearbeitung von Risikomeldungen wird laufend im Meldesystem publiziert.
- Zur Steuerung und Weiterentwicklung der Digitalisierung wurde 2011 der monatliche Jour Fixe „Kis & QM<sup>2</sup>“ etabliert, der Kollegiale Führung, EDV, QM und ProjektmitarbeiterInnen im Umfeld der Digitalisierung versammelt und koordiniert.
- Für die Verstärkung einer positiven Fehlerkultur und die Unterstützung der Bearbeitung von Meldungen wurde 2013 ein Jour Fixe von QM, Ä-Dir und P-Dir gestartet.

## 4 DIMENSION 4: PATIENTINNENSICHERHEIT UND RISIKOMANAGEMENT (→ ERGEBNISQUALITÄT)

### 4.1 RISIKO-, ZWISCHENFALL UND BESCHWERDEMANAGEMENTSYSTEM INTERNES MELDE- UND VORSCHLAGSWESEN

#### *Risikomanagement*

- Intranetbasiertes System (riskop) für Meldung, Anonymisierung, Dokumentation der Bearbeitung und Information/Rückmeldung;
- Wird bearbeitet durch das Riskop-Auswertungsteam, das die Anonymität der MelderInnen garantiert, und Q-Team bzw. Qualitätsmanagerin, die für die Bearbeitung bzw. kompetente Weiterleitung sorgen.
- etabliert seit 5/2009

#### *Beschwerdemanagement*

- Systematisch beobachtet und jährlich ausgewertet seit 2004

#### *Zwischenfallmanagement*

- Intranetbasiertes System für Meldung und unmittelbare Information der entsprechenden Stabstellen und der Leitung
- geregelte Abläufe der Bearbeitung und externen Meldung
- etabliert seit 5/2011

#### *externe CIRS*

- Regelmäßige Einarbeitung der Ergebnisse des Schweizer CIRS (Stiftung für Patientensicherheit);
- Beobachtung des CIRS der ÖAK

#### *Vorschlagswesen*

- Aufgrund der Niederschwelligkeit des Risikomeldesystems wird dieses nicht nur für Risikomeldungen sondern auch für interne Beschwerden und Vorschläge genützt.

Seit 6/2011 werden die Informationen aus all diesen Quellen gemeinsam dokumentiert, bearbeitet und ausgewertet

---

<sup>2</sup> Krankenhausinformationssystem & Qualitätsmanagement

Risiken und Zwischenfällen wird im Hinblick auf Erkenntnisse und Lernchancen bezüglich Prozessen und Abläufen mit Fallanalysen nach der Methode des London Protocol nachgegangen – selbst, wenn kein nennenswerter Schaden entstanden ist.

Im Intranet wird regelmäßig rückgemeldet, was an Risiken wahrgenommen wurde und welche Lösungen und Verbesserungen erarbeitet wurden.

Das Qualitätsteam garantiert die Aufnahme und Prüfung jeder Meldung – eines Vorschlags ebenso wie der Schilderung eines Zwischenfalls – bezüglich des Bedarfs an Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen. Für diesbezüglich relevante Meldungen wird die Bearbeitung im Sinne eines klassischen P-D-C-A Zyklus initiiert. Dabei agiert das Qualitätsteam und insbesondere die QualitätsmanagerIn als Drehscheibe und Koordinatorin, zieht ExpertInnen bei, unterstützt methodisch Recherche, Problemeingrenzung und Lösungsentwicklung, sorgt für die unmittelbare Einbindung der Leitung bei relevanten Fällen, moderiert und führt Arbeitsgruppen usw.

Dieses Vorgehen – vom Meldewesen bis zur umgesetzten Qualitätsverbesserung – wird dokumentiert, hausintern berichtet und jährlich evaluiert. Die Verfolgung der Realisierung von Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen ist somit gesichert.

### *Zum Vergleich: Schwerpunktsetzung der Gesundheit Österreich GmbH*

<http://www.goeg.at/de/Bereich/Patientensicherheit.html>

- Reporting-&Learning-Systeme
  - [http://www.goeg.at/de/Bereich/Reporting\\_Learning-Systeme.html](http://www.goeg.at/de/Bereich/Reporting_Learning-Systeme.html)
  - Das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen regt im Bericht und Leitfaden „Reporting & Learning“ (Juni 2010) die Implementierung interner Reporting-&Learning-Systeme in den Gesundheitseinrichtungen an.
  - Dem entsprechen wir 100%ig.
- CIRSMedical.at
  - <http://www.cirsmedical.at/>
  - Dieses österreichweite Fehlermelde- und Lernsystem wird von der Österreichischen Ärztekammer in Kooperation mit dem Gesundheitsministerium betrieben.
  - Wir melden als Institution nicht dorthin – es steht jedoch allen MitarbeiterInnen offen, individuell dorthin zu melden.
  - Wir (QM) verschaffen uns in unregelmäßigen Abständen einen Überblick über neu eingegangene und neu bearbeitete Meldungen und übernehmen relevante Beispiele für die hausinterne Bearbeitung.
- PatientInnensicherheit
  - <http://www.goeg.at/de/Bereich/Patientensicherheit-Oesterreichweite-Strategie-2013-2016.html>
  - Im März 2013 wurde im Auftrag des Bundesministeriums eine Österreichweite Strategie 2013 – 2016 zur PatientInnensicherheit publiziert.
  - Aus den darin angeführten 5 Interventionsfeldern sind zwei für die direkte Umsetzung in einzelnen Gesundheitseinrichtungen relevant, nämlich „Personalentwicklung“ und „Organisationsentwicklung“. In beiden Feldern werden im St. Anna Kinderspital Maßnahmen entwickelt und gesetzt (z.B.: Risiko- und Fehlermanagement installieren, eingebettet in ein funktionierendes Qualitätsmanagement; Entwickeln von SOPs und Standards in High Risk Bereichen; Umsetzen von sicheren Praktiken bei der PatientInnen-Identifikation; MitarbeiterInnen-Information und -Schulung bezüglich Risiken und Sicherheitsmaßnahmen; usw.).

#### 4.2 QUALITÄTSREGISTER

- Die Gesundheit Österreich GmbH führt derzeit Register (an denen wir mit unserer Spezialisierung nicht teilnehmen können) zu den Bereichen
  - Herzchirurgie,
  - Herzschrittmacher, ICD und Loop-Recorder,
  - Hüftendoprothesen
  - Stroke-Units

Das bedeutet: Uns stehen leider keine Vergleichs- und Benchmarkingmöglichkeiten im Rahmen dieser nationalen Register offen

<http://www.goeg.at/de/Qualitaetsregister/register/no.html>

#### 4.3 QUALITÄTSBERICHTERSTATTUNG

- Für die Berichtsjahre 2010 und 2012, für die Erhebungen zur Qualitätsberichterstattung gemacht wurden, haben wir alle geforderten Daten geliefert. 2011 wurden die Akutkrankenhäuser nicht erfasst. Damit wurde die gesetzlich geforderte Einbringung von Qualitätsdaten zu 100% geleistet.

#### 4.4 PATIENTINNENZUFRIEDENHEITSERHEBUNGEN

- Die GÖG führt eine PatientInnenzufriedenheitserhebung durch, die aber keine auf Kinder spezialisierten Instrumente enthält. Im Mai und Juni 2010 wurde in Absprache mit der GÖG festgestellt, dass das Setting für das St. Anna Kinderspital nicht anwendbar und eine Teilnahme an dieser Befragung daher leider nicht möglich ist.

<http://www.goeg.at/de/Bereich/Patientenzufriedenheit.html>

Das bedeutet: Auch in diesem Fall stehen uns leider keine Vergleichs- und Benchmarkingmöglichkeiten im Rahmen der GÖG offen.

<http://www.goeg.at/de/Bereich/Patientenzufriedenheit.html>

- Das St. Anna Kinderspital verfügt über selbst entwickelte Befragungsinstrumente für stationäre Aufenthalte im internen und hämatologisch/onkologischen Bereich, für den Bereich der Palliativbetreuung und für PatientInnen der internen Ambulanz, die als Vollerhebung in jeweils definierten Zeiträumen eingesetzt werden.

Mag. Ursula Wagner, Qualitätsmanagerin

im Auftrag der Leitung

(Mag. Werner Eibler MAS / Verwaltungsdirektor, Barbara Hahn BSc / Pflegedirektorin, Prof. Wolfgang Holter / Ärztlicher Direktor)

Wien, September 2013