



**LANDESKRANKENHAUS Feldkirch  
JAHRESBERICHT 2017  
QUALITÄTSSICHERUNG**

**Leiterin:** Domig Susanne

**Personalbesetzung zum 31.12.2017**

**Mitglieder der QSK:**

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Leitung                        | Susanne Domig                              |
| Ärztlicher Dienst              | Dr. Karlheinz Ammann<br>Dr. Michaela Ranta |
| Rechtsträger                   | Wolfgang Bohner                            |
| Medizinisch-technischer Dienst | Andrea Di Vora                             |
| Hygiene                        | Hans Hirschmann MPH                        |
| Pflegedienst*                  | Maria Lackinger<br>Alexander Scherer       |
| Krankenhausverwaltung          | Dr. Mag. Heinz Sturn                       |
| Qualitätssicherung             | Mag. Kathrin Wozasek                       |

\*Maria Lackinger hat Ihre Funktion niedergelegt.  
Alexander Scherer ist als neues Mitglied hinzugekommen.

**Bericht**

**1. Aufgaben der Qualitätssicherungskommission (QSK)**

Gemäß § 31 Abs. 3 VlbG. SpG ist in jeder bettenführenden Krankenanstalt eine Qualitätssicherungskommission einzurichten, die von einer fachlich geeigneten Person zu leiten ist. Der Kommission haben zumindest je eine Vertretung des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes, der Krankenhausverwaltung und des Rechtsträgers der Anstalt anzugehören.

Die Aufgaben der Qualitätssicherungskommissionen der Vorarlberger Landeskrankenhäuser sind im QSK-Handbuch beschrieben und bestehen im Wesentlichen aus folgenden Aufgabenfeldern:

- Maßnahmen der Qualitätssicherung initiieren, fördern und unterstützen
- Die Krankenhausleitung in Fragen der Qualitätssicherung zu beraten und konkrete Handlungsempfehlungen zu entwickeln

Die Aufgaben wurden durch die Mitglieder der QSK wahrgenommen und durch Aufträge und Projektvorgaben von der Krankenhausleitung bestätigt.



## **2. Internes Qualitätsaudit**

Interne Qualitätsaudits sind ein wichtiges Instrument um die Wirksamkeit von gesetzten Qualitätsmaßnahmen zu erkennen und Aussagen über die Erreichung der gesetzten Ziele treffen zu können. Es kann durchaus als Soll-Ist-Vergleich der qualitätsbezogenen Tätigkeiten gesehen werden.

Das Qualitätsaudit soll anhand standardisierter Vorgaben Abläufe prüfen, dokumentieren und zugleich Verbesserungspotenzial aufzeigen.

Im Jahr 2017 wurde das neue Krankenhausinformations-System (Elvis / CGM-MPA) eingeführt, daher wurde auch das Interne Qualitätsaudit als Teil der Vorbereitung genutzt. Das Thema war die Überprüfung des IT-Ausfallskonzept LKHF („Back to Paper“).

Der Fragebogen für das Interne Qualitätsaudit wurde wie jedes Jahr durch die Mitglieder der QSK erstellt.

Insgesamt wurden 36 Bereiche inkl. nicht medizinischer Abteilungen auditiert. Als Grundlage für das Audit diente die OA „IT-Ausfallskonzept Back to Paper“ (Version 1.1). Der Zeitraum von 1. - 30.8.2017 war für die Audits vorgesehen. Einige wenige mussten wegen terminlicher Probleme und/oder noch offener Fragen auf September verschoben werden.

Trotz eines straffen Zeitplans, der sich aus dem Elvis Projektplan ergab, konnten alle Audits positiv abgeschlossen werden.

## **Statistiken**

### **1. Gremien**

QSK: Sitzungen finden quartalsmäßig statt

CIRS Erfahrungstreffen: Sitzungen finden quartalsmäßig statt

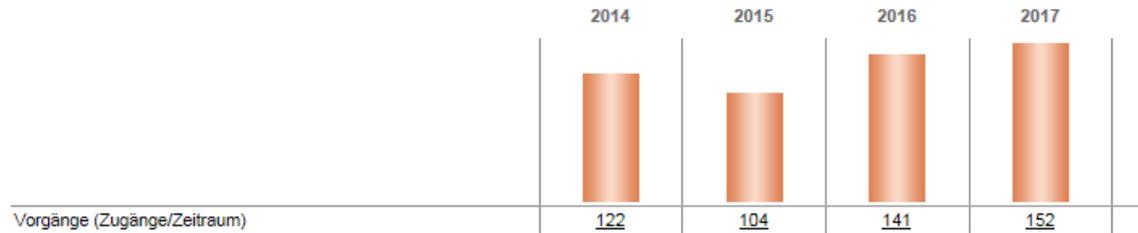
Qualitätszirkel: Sitzungen finden quartalsmäßig statt

Critical Incident Reporting System (CIRS):

- Meldekreise: 37
- CIRS-Manager: 11
- CIRS-Beauftragte: 63
- Meldungen gesamt: 152



Statistik:



Hinweis: Die Höhe der Diagrammbalken wird immer in Relation zum größten Wert des betrachteten Zeitraums dargestellt.



Hinweis: Die Höhe der Diagrammbalken wird immer in Relation zum größten Wert des betrachteten Zeitraums dargestellt.

Status:

|   | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|------|------|------|------|
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> offen          |      |      |      | 14   |
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> in Bearbeitung |      |      | 2    | 31   |
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> erledigt       | 122  | 104  | 139  | 107  |

= multiple choice    = single choice

Lösungskategorie:

|   | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|---|------|------|------|------|
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Schulung / Information                     | 39   | 33   | 41   | 38   |
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Prozessverbesserung                        | 19   | 15   | 52   | 27   |
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Baumaßnahme                                | 1    | 3    |      | 6    |
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Neubeschaffung / Reparatur / Infrastruktur | 15   | 11   | 7    | 10   |
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> keine Lösung möglich                       | 6    | 5    | 6    | 5    |
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> keine CIRS Meldung                         | 6    | 13   | 13   | 13   |
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Vorgang an Abteilungsleitung übergeben     | 13   | 2    | 4    |      |
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> Vorgang an Krankenhausleitung übergeben    | 1    | 6    | 4    | 5    |
| <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> sonstige Lösung                            | 22   | 16   | 13   | 9    |

= multiple choice    = single choice

## 2. Qualitätssysteme (Auszug)

Obligatorisch:

| Bereich   | Auflage   | Überprüfung durch: | Datum          |
|---|---|--------------------|----------------|
| <b>Kinderwunschzentrum</b>                            | Periodische Betriebsprüfung gem. § 26 Abs. 1 GSG                            | AGES               | 28.2.-1.3.2017 |
| <b>Strahlentherapie Blutbestrahlung</b>               | Periodische Betriebsprüfung gem. § 67 AMG mit Bewilligung gem. § 63 AMG     | AGES               | 18.5.2017      |
| <b>Urologie Testikuläre Spermienextraktion (TESE)</b> | Periodische Betriebsprüfung gem. § 26 GSG mit Bewilligung Gem. § 22 (1) GSG | AGES               | 1.3.2017       |

Fakultativ:

| Bereich                                    | Qualitätssystem   | Überprüfung durch: | Datum                     |            |
|--|---|--------------------|---------------------------|------------|
| <b>LKHF gesamt</b>                         | ÖKOPROFIT   | Ökoprofit Vlbg.    | 23.05.2017                |            |
| <b>Brustzentrum Vorarlberg am LKHF</b>     | Doc-Cert: Brustgesundheitszentrum   | Internes Audit     | Domig/ Wo-zasek           | 13.12.2017 |
| <b>Küche</b>                               | Austria Bio Garantie  | Externes Audit     | Austria Bio Garantie GmbH | 21.11.2017 |
| <b>Endometriose Zentrum Gefäßchirurgie</b> | Die Re-Zertifizierung ist Ende 2017 noch in Bearbeitung<br>Qualitätssicherung in der Gefäßchirurgie durch die GÖG <sup>1</sup> Start mit 2017 (Eintrag in die Datenbank erfolgt durch Prim. Hofmann); Bericht für 2017 liegt frühestens im März 2019 vor. |                    |                           |            |
| <b>Anästhesie</b>                          | ISO 9001:2008   | Überwachungsaudit  | Quality Austria           | 17.1.2017  |
| <b>HNO</b>                                 | ISO 9001:2015   | Überwachungsaudit  | Quality Austria           | 10.04.2017 |
|  |   | Internes Audit     | Dr. Weiß P.               | 21.03.2017 |
| <b>Kinderwunschzentrum</b>                 | ISO 9001:2008   | Überwachungsaudit  | Quality Austria           | 8.1.2017   |
| <b>Urologie</b>                            | ISO 9001:2008   | Überwachungsaudit  | Quality Austria           | 20.11.2017 |
|  |   | Internes Audit     | Dr. Sögner P.             | 6.11.2017  |

In den durchgeführten externen Audits wurde nachgewiesen, dass sämtliche Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Die Abteilungen sind dadurch berechtigt, die Zertifikate weiter zu führen.

<sup>1</sup> GÖG...Gesundheit Österreich GmbH