



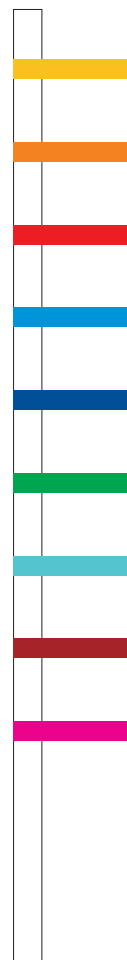
2006/2007

KAG_{es}



Bericht über qualitätsverbessernde Maßnahmen

der Steiermärkischen
Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.





Bericht über qualitätsverbessernde Maßnahmen

**der Steiermärkischen
Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.**

2006/2007

Aus Gründen der Textökonomie und besseren Lesbarkeit wird im gesamten Dokument von der expliziten Nennung weiblicher Formen Abstand genommen. Es wird jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass alle im Dokument nur in der männlichen Form angeführten Formulierungen selbstverständlich auch in der weiblichen Form gelten.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
Die Krankenanstalten der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.	5
Zusammengefasste Übersicht über die Qualitätsmanagementaktivitäten in der Zentralklinik	8
Fachbeirat: im Rahmen der Koordinationsstelle für den psychotherapeutischen und klinisch-psychologischen Dienst in der KAGes (PSY-FB):	10
Stabstelle für Medizinisch-technische Dienste	15
Zusammengefasste Übersicht über die Qualitätsmanagementaktivitäten der LKHs	21
1. QM-Strukturen	21
1.1. QM-Kommission (Zahl der Mitglieder, Zusammensetzung)	21
1.2. QM-Ausbildungen.....	22
1.3. Aufwendungen für QM-Aktivitäten	23
1.4. QM-Personalaufwand.....	25
2. QM-Prozesse	26
2.1. QM-Projekte/Aktivitäten/Initiativen, die sich noch in Arbeit befinden.....	26
3. QM-Ergebnisse	27
3.1. Kundenfeedback.....	27
3.2. QM-Öffentlichkeitsarbeit (Preise, Poster, Vorträge).....	31
3.4. Abgeschlossene QM-Projekte / Aktivitäten / Initiativen	34
Zertifizierungen und Selbstbewertungen	38
Zertifizierungen	38
Abgeschlossene EFQM-Selbstbewertungen	40
Abgeschlossene QM-Projekte der LKHs gegliedert nach Regionen	41
Region NORD-WEST	42
LKH Bad Aussee 2006/2007	43
LKH Rottenmann 2006/2007	45
LKH Stolzalpe 2006/2007	46
LKH Judenburg-Knittelfeld 2006/2007	48
Region NORD-OST	51
LKH Bruck 2006/2007	52
LKH Leoben-Eisenerz 2006/2007	55
LKH Mürzzuschlag-Mariazell 2006/2007	56
Region SÜD-WEST	59
LKH Deutschlandsberg 2006/2007	60
LKH Graz West 2006/2007	62
LSF Graz 2006/2007	68
LPH Schwanberg 2006/2007	71
LKH Voitsberg 2006/2007	72
LKH Wagna 2006/2007	73

Region SÜD-OST	75
LKH Bad Radkersburg 2006/2007	76
LKH Feldbach 2006/2007	77
LKH Fürstenfeld 2006/2007	80
LKH Hartberg 2006/2007	82
LKH Weiz 2006/2007	83
LKH-Univ. Klinikum Graz	85
Anhang	107
QM-relevante Dokumente	107
Abkürzungsverzeichnis.....	109

Vorwort

Wenngleich die Fülle an gesetzlichen Vorgaben in den letzten Jahren zum Thema *Qualität im Gesundheitswesen* den Eindruck erweckt, es handle sich um ein neues Bewusstsein, das da geschaffen werden muss, so ist dennoch das Bemühen um Qualität in der Patientenversorgung keine Erfindung der heutigen Zeit. Bestrebungen durch fachliche Weiterentwicklung und Erkenntnisgewinn die Behandlungsmöglichkeiten zu optimieren und Wissen zu akquirieren sind so alt wie die Medizin selbst.

Qualität bedeutet aber nicht nur fachliches Können, um bestmögliche Diagnostik und Therapie bieten zu können, es bedeutet auch adäquaten Einsatz der vorhandenen Mittel, was durch konsequentes Führen und Steuern in einem klar strukturierten Managementsystem erreicht werden kann.

Über all diesen „technischen“ Anforderungen darf aber nicht eine Wertehaltung vergessen werden, welche zur Übernahme von Fürsorge für die anvertrauten Patienten verpflichtet, damit diese mit ihren Erwartungen und Bedürfnissen wahrgenommen werden.

In ihrer nunmehr 15-jährigen Qualitätsarbeit hat die Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H. eine Vielzahl von Maßnahmen gesetzt, die die Entwicklung eines umfassenden Qualitätsverständnisses förderten.

Der QM-Strukturaufbau in allen LKHs ist abgeschlossen und es bedarf nur der kontinuierlichen Adaptation, entsprechend den Anforderungen durch methodische Weiterentwicklungen im Managementsystem – wie dies beispielsweise durch besondere Fokussierung auf Risiken der Fall ist.


Sowohl auf strategischer Ebene, ausgehend von der Zentralklinik, als auch auf Ebene der einzelnen LKHs wurden Projekte durchgeführt bzw. sind im Laufen, die die fachliche Weiterentwicklung der Mitarbeiter fördern und unterstützen, die Organisations- und Strukturanpassungsprozesse begleiten, um aktuelle medizinisch-technische Neuerungen einzuführen und um deren substitutives Potential auszuschöpfen und die Change-Managementprozesse einleiten. Wie bereits im ersten QM-Jahresbericht der KAGes aus dem Jahr 2005 festgestellt, so ist es beeindruckend welche Fülle an unterschiedlichen Initiativen und Maßnahmen gesetzt wurde und wird, unter dem Verständnis das Unternehmen und die angebotenen Leistungen weiterzuentwickeln.

Um nun auch den Erfolg der gesetzten Maßnahmen auf die Qualität der Leistungserbringung zu messen und um, gemäß dem gesetzlichen Auftrag, eine Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Standorten herzustellen, wurde in den einzelnen LKHs die Methode der regelmäßigen Selbstbewertungen eingeführt. Eine logische Konsequenz daraus ist die Selbstbewertung des Gesamtunternehmens und die Bewerbung um einen Österreichischen oder Europäischen Qualitätspreis (AQA/EQA).


Dass die KAGes mit ihrer Qualitätsarbeit im internationalen Spitzenfeld verankert ist, hat sie 2007 durch den Sieg des Golden Helix Award mit dem Projekt „Das Steirische Herz - Qualitätsentwicklung bei der Betreuung von Patienten mit akutem Koronarsyndrom“ bewiesen.

Alle die gesetzten Maßnahmen zeigen auf, dass es in den LKHs ein umfassendes QM-Verständnis gibt, wenngleich dieses nach wie vor sehr unterschiedlich ist.

Seitens der Geschäftsführung ist allen ein Dank für ihr Engagement und Bemühen auszusprechen, aber auch die Aufforderung weiterhin gemeinsam an der Weiterentwicklung unseres Unternehmens, zum Wohl der uns anvertrauten Patienten, mitzuarbeiten.



Dipl.-Ing. Dr. W. Leodolter



E. Fartek, MBA

1. Unternehmensleitbild und Grundsätze der Geschäftspolitik

Gesetzliche Vorgaben und hier insbesondere das GmbH-Gesetz, der Gesellschaftsvertrag und die Geschäftsordnungen für Vorstand und Aufsichtsrat sind neben dem Landesleitbild und dem Unternehmensleitbild der KAGes ein wichtiger Rahmen für die tägliche Arbeit. Die darauf aufbauenden Grundsätze und Zielsetzungen wie beispielsweise die Grundsätze der Geschäftspolitik oder die Führungsgrundsätze sind in einer übersichtlichen und nachvollziehbaren Struktur zusammengefasst und wurden in den Organen der KAGes beraten und beschlossen. Ein Teil dieser Evaluierung KAGes-weiter Zielsetzungen und Strategien ist auch die Entwicklung der internen und externen Unternehmenskommunikation. Die Mitarbeiterzeitschrift G'sund und die Homepage www.gsund.net sind dabei ein wichtiger Bestandteil für ein gemeinsames Verständnis der KAGes nach innen und außen.

Nähere Informationen finden Sie unter:

<http://intra.ZDion.kages.at/org/>

2. Die Bedeutung von Qualität und Qualitätsmanagement in der Geschäftspolitik der KAGes

„Qualität ist die Grundlage aller Leistungsbereiche der KAGes“

Im Frühjahr 2007 wurden die neuen Grundsätze und Strategien der Geschäftspolitik zu den Themenbereichen Patienten, Mitarbeiter, Organisation und Führung beschlossen.

Ein zentraler Grundsatz ist die Ausrichtung unserer Tätigkeit an den Bedürfnissen der **Patienten**. Dabei steht das Bestreben bei der Erbringung unserer Leistungen überdurchschnittlich zu sein ebenso im Vordergrund, wie die Notwendigkeit ein hohes Maß an Kompetenz und Glaubwürdigkeit zu erhalten, damit die KAGes ihrer Rolle als größter Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen in der Steiermark auch gerecht werden kann.

Wie soll das erreicht werden (strategische Linien, Auszug):

- Gewährleistung einer medizinisch-pflegerischen Versorgung nach vorgegebenen Qualitäts- und Erreichbarkeitskriterien möglichst gleichmäßig für die Steiermark und ihre Einwohner
- Regelmäßige und systematische Evaluation der patientenbezogenen Prozesse auf Basis von Standards und adäquate Reaktion auf die Messergebnisse
- Forcieren der Patientensicherheit

Einige konkrete Ansätze bzw. dazugehörige Maßnahmen:

- Wartelisten und Versorgungsengpässe abbauen
- Patientenzufriedenheit evaluieren
- Flächendeckend Qualitätsmanagement und Risikomanagement installieren

Garanten für die bestmögliche Erfüllung des Unternehmenszwecks, des Auftrags zur Patientenversorgung sind die **Mitarbeiter**.

Hauptziel ist es daher die anforderungsadäquate Qualifikation der Mitarbeiter sicherzustellen und sie effektiv und effizient in der Leistungserbringung einzusetzen.

Wie soll das erreicht werden (strategische Linien, Auszug):

- **Personalplanung und Personalausstattung** auf Basis von Bedarfsanalysen und anerkannten Berechnungsmethoden und bedarfsorientierter **Personalentwicklung**
- **Zielorientierte Unternehmensführung** nach „Management by objectives“-Grundsätzen
- **Einbeziehung der Mitarbeiter** entsprechend ihrem Informations- und Kommunikationsbedarf im Rahmen eines Informations- und Kommunikationssystems

Einige konkrete Ansätze bzw. dazugehörige Maßnahmen:

- Mitarbeiterzufriedenheit periodisch evaluieren
- „Management by objectives“-Konzept in die institutionalisierten Mitarbeitergespräche einbinden
- Gesundheitsfördernde Maßnahmen einführen

Weitere konkrete Maßnahmen zum Thema **Qualität**, die explizit im Grundsatz-Papier angeführt sind:

- EFQM-Modell flächendeckend einführen
- Risikomanagement im Rahmen des Qualitätsmanagements einführen

3. Qualität und QM in der KAGes - Was haben wir bisher erreicht?

Umsetzung des Konzepts QM in den LKHs, QM-Systemaufbau in den LKHs:

- Qualitätsbeauftragte mit Funktionsbeschreibung
- Qualitätskommissionen mit Geschäftsordnung
- Periodische Patientenbefragungen
- Patientenfeedbacksystem
- Mitarbeiter- und Zuweiserbefragungen
- QM-Jahresberichte
- Alle peripheren LKHs und 4 Univ. Kliniken haben Selbstbewertungen nach dem EFQM-Modell (KAGes-Version) durchgeführt. Daraus wurden 32 Verbesserungsprojekte abgeleitet.

Teilnahme an externen qualitätssichernden und -verbessernden Projekten u.a. der Gesundheitsplattform und ärztlicher Fachverbände.

4. Was ist das Ziel für die nächsten Jahre?

Gemessen an den Vorgaben des QM-Konzepts ist der Aufbau eines „Qualitätscontrolling-Systems“ noch systematisch weiter zu entwickeln. Insbesondere die Medizinische Prozess- und Ergebnisqualität hat bis dato in der systematischen Qualitätsarbeit und Qualitätsberichterstattung noch nicht ausreichend ihren Niederschlag gefunden.

Schwerpunkte der Weiterentwicklung der QM-Systeme in den LKHs und der KAGes für die nächsten Jahre ergeben sich einerseits aus den Grundsätzen der Geschäftspolitik, aus der kontinuierlichen Fortführung des Erreichten und durch spezifische neue Herausforderungen.

- **EFQM-Modell bleibt Rahmenmodell** für die Qualitätsarbeit bzw. Qualitätsentwicklung und die Entwicklung der QM-Systeme der LKHs
- **Verpflichtende Selbstbewertungen** nach dem EFQM-Modell 2008-2011 (2. Runde inkl. Modellhäuser, Workshop- oder Simulationsmethode)

- Fortführung und Weiterentwicklung der **Qualitätsberichterstattung**
- Aufbau eines KAGes-weiten **Risikomanagementsystems** im Rahmen des Qualitätsmanagements
- Integration des Risikomanagementsystem und der jeweiligen Risikomanagementaufbauorganisation (Risikoeigner, „klinische Risikomanager“, Risikomanagementbeauftragte) der LKHs in das QM-System der LKHs
- Aufbau eines modernen **Ideenmanagementsystems**
- **Qualitätscontrolling, Qualitätsindikatoren**
- **Schwerpunkt Medizinische Ergebnisqualität:** Definition spezifischer und messbarer Ergebnisziele für alle Fachbereiche, Messung und Abweichungsanalyse (Qualitätscontrolling; Qualitätsindikatoren)
- **Evaluation patientenbezogener Prozesse** auf Basis von Standards, Leitlinien etc.
- Umsetzung der aus der ersten Runde der Selbstbewertungen erkannten und aufgegriffenen Verbesserungspotenziale in Form von QM-Projekten

Zusammengefasste Übersicht über die Qualitätsmanagementaktivitäten in der Zentralklinik

Die Zentralklinik der KAGes hat 3 wesentliche Funktionen:

- **Richtlinien-**
- **Controlling-** und
- **Service - Funktion**

Zur Erreichung der Unternehmensziele werden von verschiedenen Einheiten der Zentralklinik Maßnahmen initiiert, begleitet und umgesetzt. Dies gilt ebenso für die Qualitätsziele, welche im QM-Konzept 2002 (Überarbeitung 2005) definiert sind.

Einheiten, die die QM-Strategie unterstützen sind:

- Abteilung für Medizinische Steuerung und Entwicklung (Medizinische Direktion)
- Abteilung für Qualitätsmanagement (Medizinische Direktion) Organisationsabteilung (ORG)
- Stabsstelle für Qualitätsmanagement in der Zentralklinik (QMZ)
- Stabsstelle für Personal- und Organisationsentwicklung (Personaldirektion)
- Abteilung Pflege (Personaldirektion)
- Stabsstelle für medizinisch-technische Dienste (Medizinische Direktion seit 2007)
- Abteilung für Infrastruktur und Umweltschutz (Technische Direktion)
- Rechtsabteilung (Personaldirektion)
- Kompetenzzentrum Spitalsorganisation (CCS)
- Abteilung für zentrale Beschaffung und sanitätsbehördliche Agenden (Finanzdirektion)

Viele der Aufgaben und Projekte werden von oben genannten Einheiten in enger Kooperation mit den Regionalkonferenzen als auch mit den LKHs durchgeführt, wobei die Spannweite des Betreuungsumfangs von der Erarbeitung der Strategischen Grundlagen bis hin zu reinen Koordinationstätigkeiten reicht.

Abteilung für Medizinische Steuerung und Entwicklung (M1) und Abteilung für Qualitätsmanagement (M2)

(nachfolgend noch die Bezeichnungen, wie sie 2006 und 2007 in Verwendung waren)

Die Abteilung für Medizinische Steuerung und Entwicklung und die Abteilung für Qualitätsmanagement verstehen sich als zentrale Einheit zur Förderung „umfassender Qualität“ in den Krankenanstalten der KAGes, wobei „umfassende Qualität“ entsprechend den Grundkonzepten der Excellence nach dem Modell der EFQM (European Foundation for Quality Management), i.e.: KundInnenorientierung, Aufbau von Partnerschaften, MitarbeiterInnen Entwicklung und Beteiligung, Management anhand von Prozessen und Fakten, Kontinuierliches Lernen, Innovation und Verbesserung, Führung und Zielkonsequenz, Verantwortung gegenüber der Öffentlichkeit und Ergebnisorientierung verstanden wird. Ziel der Einheiten ist, im Zusammenwirken mit anderen an einer angemessenen Patientenversorgung gemäß den allgemeinen Kriterien des Institute of Medicine, USA (IOM),¹ beizutragen.

Nähere Informationen finden Sie unter:²

[Zentraldirektion](#) » [Medizinische Direktion](#) » [Bereiche](#) » **M1**

[Zentraldirektion](#) » [Medizinische Direktion](#) » [Bereiche](#) » **M2**

Projekt, Initiative, Maßnahme	Umsetzungs- status	Von der Maßnahme betroffener Bereich
QSB-Arbeitsgruppe: „Qualitätssicherungs- und Qualitätskontrollprogramme im Rahmen der Medizinischen Strahlenschutzverordnung (BGB. 409/2004)“	In Routine übergeführt	alle LKHs Radiologischen Einrichtungen
Mitarbeit des QSB bei der Neuauflage des Leitfadens „Antimikrobielle Therapie“	abgeschlossen	alle LKHs
QSB-AG: Hautschädigungen durch den Einsatz von Diathermiegeräten	In Routine übergeführt	alle LKHs
QSB-AG: „Qualitätssicherung bei Thoraxsaugdrainage“	abgeschlossen	Alle LKHs, die Patienten mit Thoraxsaugdrainagen betreuen
QSB-AG: „Transfusionsmedizinisches Konzept Steiermark NEU“	in Umsetzung	Alle LKHs in denen ein Blutdepot eingerichtet ist
Festlegung von Qualitätsindikatoren im Fachbeirat für Geburtenregister	abgeschlossen	Alle LKHs mit Geburtshilflichen Einrichtungen
Aufbau „Prothesenregister“	in Arbeit	Alle Abteilungen an denen Gelenksprothesen implantiert werden
Projekt „Das Steirische Herz - Qualitätsentwicklung bei der Betreuung von PatientInnen mit akutem Koronarsyndrom“	Pj in Routine übergeführt / regelmäßige Evaluierungen	Alle LKHs
Organisation der Prüfung der Angemessenheit von Krankenhausaufnahmen an der Med. Abt. des LKH Feldbach	abgeschlossen	Abt. f. Innere Medizin des LKH Feldbach

¹ (Zugangsgerechtigkeit und Rechtzeitigkeit der Patientenversorgung, auf den Patienten ausgerichtete Versorgung, Patientensicherheit, Angemessenheit und Effektivität der Leistungserbringung, Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung)

² Aufgrund der Neustrukturierung der Zentraldirektion, kann es möglich sein, dass zu den angeführten Links kein Zugang mehr besteht. Bei Bedarf bitte Informationseinholung per Telefon 0316/340-5240.

Wartezeitenmonitoring	In Routine übergeführt	Augenabteilungen, Orthopädieabteilungen
Projekt „Verbesserung der Turnusärzte-Ausbildung“	abgeschlossen	Alle LKHs
Fachbeirat: im Rahmen der Koordinationsstelle für den psychotherapeutischen und klinisch-psychologischen Dienst in der KAGes (PSY-FB): Evaluierung und Überarbeitung des Versorgungskonzepts	abgeschlossen	Alle LKHs
PSY-FB: Klausurtagung „5 Jahre Klinische Psychologie und Psychotherapie – Rückblick und Ausblick“	abgeschlossen	Alle LKHs
Projekt „Einführung von verpflichtenden Selbstbewertungen in der KAGes“	in Arbeit	Alle LKHs
8. Qualitätsmanagement-Führungskräfteklausur	abgeschlossen	Alle LKHs
Systematische und regelmäßige Erfassung der Patientenerfahrungen in den LKHs	in Routine übergeführt	Alle LKHs; 2006: 7 LKH 2007: 5 LKH
Systematische und umfassende Messung der Mitarbeiterzufriedenheit	in Routine übergeführt	Alle LKHs; 2006: 3 LKH 2007: 1 LKH
Entwicklung des Instruments zur systematischen Befragung zuweisender ÄrztInnen	abgeschlossen	Alle LKHs
Weiterentwicklung des Fragebogens zur Zufriedenheitsmessung bei MitarbeiterInnen um den Bereich „Gesundheitsförderung“	abgeschlossen	Alle LKHs
Beschwerdemanagement der Zentralklinik	in Routine übergeführt	Alle LKHs

Qualitätsmanagement der Zentralklinik

Die Unternehmensleitung der KAGes misst der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Zentralklinik eine hohe Priorität zu.

Aufgabe der Stabsstelle Qualitätsmanagement der ZDK ist es, Entscheidungsgrundlagen für die vom Vorstand zu treffenden qualitätsfördernden bzw. -sichernden Veranlassungen aufzubereiten und deren Umsetzung zu unterstützen.

Nähere Informationen finden Sie unter:
<http://intra.ZDK.kages.at/gmz>

Monatliche Qualitätsmanagement-Team-Sitzungen, Jour-Fixe-Gespräche mit den Qualitätsmanagement-Fachbereichen der ZDK (Qualitätsbeauftragter der obersten Leitung, Personalentwicklung, Risikomanagement, Prozessmanagement, Umweltschutz, QM LKHs, Organisationsabteilung etc.) sowie die Bearbeitung der ZDK- und KAGes-weiten innerbetrieblichen Vorschläge gehören zu den Routinetätigkeiten der Stabsstelle Qualitätsmanagement der ZDK.

Die Einzelaktivitäten zur Weiterentwicklung des QM-Systems der Zentralklinik sind im *QM-Bericht der Zentralklinik* zusammengefasst.

Diese umfassen insbesondere:

Projekt/Initiative/Maßnahme	Umsetzungsstatus	Von der Maßnahme betroffener Bereich
ISO-Überwachungsaudit 2006 und ISO Erneuerungsaudit 2007 mit Zertifikatserneuerung	abgeschlossen	ZDK
MitarbeiterInnen-Befragung 2006	abgeschlossen	ZDK
Prozessevaluierungen –adaptierungen und Management Review des Vorstands	abgeschlossen	ZDK
Qualitätszielvereinbarungen im Anschluss an die EFQM-Selbstbewertung der ZDK	abgeschlossen	ZDK
Einführung eines Projekt-Monitoring-Systems	abgeschlossen	ZDK
Qualitätszirkel „Wenn Siemens wüsste, was Siemens weiß“ – Wissensmanagement in ZDK	abgeschlossen	ZDK
Interne Audits	abgeschlossen	ZDK
Quality Assessment für die Interne Revision	In Arbeit	ZDK
ITIL-Einführung in der KAGes	in Arbeit	ZDK/UIM und LKH-Univ. Klinikum Graz
Projekt: „Verbesserungen zum Thema Informationsmanagement“	in Arbeit	KAGes
Projekt: „Einführung einer zwischenbetrieblichen Leistungsverrechnung“	abgeschlossen	ZDK, KAGes
Projekt: „Info/Wissensbedarf der ZDK ist bekannt“	in Arbeit	ZDK
Projekt: „Veränderungen werden unterstützt“	in Arbeit	ZDK
Buchhaltungs- u. Bilanzierungshandbuch erstellt	abgeschlossen	KAGes
Projekt: „Mitarbeiter/Kunden/Partner steuern Verbesserungen“	in Arbeit	ZDK
Ausbildungen zu qualifizierten Klin.	in Arbeit	KAGes

Risikomanagern gestartet		
Projektmanagement-Ausbildung nach der International Project Management Association (IPMA)	in Routine	TDion
Evaluierung von Vergabeunterlagen zur Reduktion von Fehlern	in Arbeit	KAGes

Personalentwicklung

Die Personalentwicklung (PE) soll sicherstellen, dass die KAGes immer jene Mitarbeiter mit entsprechender Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft im Unternehmen hat, die den angestrebten Weg aktiv mit gestalten. PE ist Aufgabe jeder Führungskraft.

Der zentrale Service-Bereich PE&OE entwickelt gemeinsam mit Vorstand und den Führungskräften in den LKHs Standards und Instrumente dazu (z.B. Mitarbeitergespräch). Darüber hinaus werden als weiteres Service der PDion-Stabstelle für PE z.B. Aus- und Weiterbildungen, Auswahldienstleistungen und Beratungen angeboten. Insgesamt gab es in den Jahren 2006/2007 165 ASK-Veranstaltungen mit 2368 TeilnehmerInnen welche zu 97% die Veranstaltungen als sehr gut/gut bewerten. Über das Intranet konnte der Service-Bereich PE&OE insgesamt 89.000 Zugriffe (2006/2007) verzeichnen.

Nähere Informationen finden Sie unter:

<http://intranet.ZDion.kages.at/lokal/angebote/pdion/pe/default.htm>

Schwerpunkt	Aktivitäten 2006 + 2007	Von der Maßnahme betroffener Bereich (= Zielgruppe)
Aus- und Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> • <u>neuer Bildungskalender:</u> 2006: Auflage 2000 Stück 2007: Auflage 2000 Stück • <u>neue Seminare konzipiert:</u> 2006: 2 2007: 6 • <u>Anzahl WBV-Lehrgang:</u> 2006: 1 2007: 1 • <u>Anzahl Turnusärzteseminare:</u> 2006: 6 2007: 6 • <u>Arzt-Patienten-Kommunikations-Programm</u> 2006: 1 Programm abgeschlossen 2007: 3 Programme abgeschlossen • <u>Anzahl Universitätslehrgang für medizinische Führungskräfte:</u> 2006: 1 2007: 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle MitarbeiterInnen • Alle MitarbeiterInnen • MitarbeiterInnen aus dem Verwaltungsbereich • Turnusärzte in der KAGes • Ärzte • Oberärzte
Personalauswahl	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Führungskräfte als Multiplikatoren geschult:</u> 2006: in 1 Haus 2007: in 1 Haus • <u>Schreibkräfte-Testing:</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Führungskräfte • Schreibkräfte

	<p>2006: 123 BewerberInnen 2007: 86 BewerberInnen</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Lehrlings-Testing:</u> 2007: 69 BewerberInnen 	<ul style="list-style-type: none"> • Lehrlinge
Mitarbeiter-einführung	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Anzahl Einführungsveranstaltung</u> 2006: 1 2007: 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Neue MitarbeiterInnen
Zielvereinbarung, Feedback und Förderung	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Periodisches Mitarbeitergespräch:</u> 2006: in 16 LKHs und 2 ZDion-Bereichen eingeführt 2007: in 17 LKHs und 2 ZDion-Bereichen eingeführt • <u>Teamentwicklungsmaßnahmen:</u> 2006: in 3 LKHs bzw. Betrieben 2007: in 3 LKHs bzw. Betrieben • <u>Begleitung im Organisationsentwicklungsprozess:</u> 2006: in einem Bereich begleitet 2007: in einem Bereich begleitet • <u>Projekt Betriebliche Gesundheitsförderung</u> 2007: Vorarbeiten für die Pilothäuser (Bruck, Fürstenfeld, Voitsberg) 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle MitarbeiterInnen • Alle MitarbeiterInnen • Alle MitarbeiterInnen in diesem Bereich • Alle MitarbeiterInnen in den Pilothäusern
Führung	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Anzahl Managementprogramme auf Anstaltsleitungsebene:</u> 2006: 1 gestartet 2007: 1 abgeschlossen • <u>Anzahl Weiterbildung „Führen, leiten, gemeinsamer Erfolg“ (F.l.u.g.) durchgeführt:</u> 2006: 1 2007: 1, 2 gestartet • <u>Anzahl Workshops für stellvertretende Führungskräfte:</u> 2006: 2 2007: 3 • <u>Förderprogramm für Stationsleitung und leitende MTD</u> 2006: 18. u. 19. Förderprogramm 2007: 20. Förderprogramm • 2006: <u>4. Förderprogramm für Oberes Management</u> gestartet • <u>Förderprogramm für Mitarbeiter</u> 2006: gestartet 2007: 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Führungskräfte • Führungskräfte • stellv. Führungskräfte • Stationsleitungen und leitende MTD • Führungskräfte • Alle MitarbeiterInnen
PE-Strategie, Entwicklungsplanung	<ul style="list-style-type: none"> • Change Service, Begleitung, Begleitmaßnahmen für Veränderungsprozesse • Anzahl <u>PE-Kontaktpersonen-Workshop</u> durchgeführt 2006: 1 2007: 1 • Anzahl PE-Nachmittage 	<ul style="list-style-type: none"> • Alle MitarbeiterInnen • PE-Kontaktpersonen • Führungskräfte

	2006: 1 2007: 1 (Thema Arzt-Patienten-Kommunikation) •2007: Gleichbehandlung/Gleichstellung und Frauenförderung	•Frauen der ZDion
--	--	-------------------

Aktivitäten der Abteilung Pflege

Mit der Gründung des Pflegeforums im Jahr 2005 hat die Pflege in den KAGes-Krankenanstalten eine Vorreiterrolle für neue Strukturen übernommen. Das Pflegeforum ist eine Expertenplattform, die dem Vorstand umfassende Informationen und Entscheidungsgrundlagen in Pflegeangelegenheiten liefert.

Die Effizienz und Effektivität dieser Arbeit zeigt sich u. a. darin, dass die entwickelten Pflegestandards die geforderte Qualität aufweisen, um vom Österreichischen Normungsinstitut als ON-Regel veröffentlicht zu werden.

Projekt/Initiative/Maßnahme 2006/2007	Umsetzungsstatus	Von der Maßnahme betroffener Bereich
Im Rahmen von PPN wurden 208 Stationen und alle Ambulanzen der KAGes einer Organisationsanalyse unterzogen.		
Umsetzungsbegleitung von aus dem PPN-Projekt abgeleiteten Maßnahmen	kontinuierlich	anforderndes LKH
Weiterentwicklung der Pflegekataloge auf Version 2.1.	kontinuierlich	alle LKHs, UIM
Erweiterung der Kataloge + Pflegeleistungspaketen um 7 neue DiZiMa-Pakete	kontinuierlich	alle LKHs, UIM
Evaluierung und Aktualisierung von 15 bestehenden Pflegestandards	abgeschlossen	alle LKHs
Entwicklung und Freigabe eines einheitlichen Formulars für den Antrag zur Standardisierung pflegerischer Tätigkeiten	abgeschlossen	alle LKHs
2 neue Pflegestandards für den Anästhesiebereich	abgeschlossen	alle LKHs
Bundesländerübergreifende und mit Normungsinstitut erfolgte Abstimmung bei Pflege-Standardentwicklung	abgeschlossen	alle LKHs
Befragung der PDL über den Einsatz und die Handhabung der Pflegestandards	in Routine übergeführt	alle LKHs
Studie zum Thema „Prävalenz von Aggressions- und/oder Gewalterfahrungen von Pflegenden durch PatientInnen und/oder Angehörigen in der KAGes“.	abgeschlossen	LSF, Univ. Klinikum Graz
Davon abgeleitet wird eine Fortbildungsreihe zum Thema angeboten.	in die Routine übergeführt	anforderndes LKH
Entwicklung und Durchführung eines neuen Weiterbildungskonzeptes „Pflege bei Aphereseverfahren“	kontinuierlich	einschlägige Abteilungen in Österreich

Auswertung und Darstellung der Sturzgeschehen in der KAGes	in die Routine übergeführt	alle LKHs
Projekt „KOM-MA“ Aufbereitung von Kommunikationsmaterialien für anderssprachige PatientInnen in 11 Sprachen	abgeschlossen	alle LKHs
Qualifizierung von Pflegepersonen mittels Basisseminare „Stillen + Stillberatung“	kontinuierlich	alle LKHs mit Gebärstation

Stabstelle für Medizinisch-technische Dienste

Die Stabstelle MTD-Koordination in der Medizinischen Direktion steht als Ansprechstelle für alle Belange der gehobenen Medizinisch-technischen Dienste in den Arbeitsbereichen der Biomedizinischen Analytik, Diätologie, Ergotherapie, Logopädie, Orthoptik, Physiotherapie und Radiologietechnologie, sowie für alle Belange des medizinisch-technischen Fachdienstes und anderer MitarbeiterInnen, die den MTD-Arbeitsbereichen zugeordnet sind, in der KAGes-Zentrale zur Verfügung.

Im Rahmen der Stabstelle MTD-Koordination wurde im Jahr 2007 ein Fachbeirat eingerichtet, dessen Geschäftstätigkeit über eine Geschäftsordnung geregelt ist.

Über Initiative und unter Mitwirkung der Stabsstelle für medizinisch-technische Dienste wurden 2006 und 2007 folgende qualitätssichernde Aktivitäten und Maßnahmen gesetzt:

Nähere Informationen finden Sie unter:

[Zentraldirektion](#) » [Medizinische Direktion](#) » [Bereiche](#) » [MSMTD](#)

Projekt/Initiative/Maßnahme	Umsetzungsstatus	Von den Maßnahmen betroffener Bereich
Erstellung einer Geschäftsordnung für den MTD-Fachbeirat	abgeschlossen	ZDion
Evaluierung des Theraplus-Katalogs für die Bereiche Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie	abgeschlossen	alle LKHs
Erarbeitung eines Handouts für den Theaplus-Katalog	in Arbeit	alle LKHs
Evaluierung der Medocs-Leistungsdokumentation	abgeschlossen	alle LKHs
Erstellung einer Übersicht zur MTD-Angebotsstruktur in Form einer Steiermarkkarte (Intranet)	abgeschlossen	alle LKHs
3 MTD-KoordinatorInnen-Treffen	stattgefunden	alle LKHs
3 Treffen der Leitenden TherapeutInnen und Diätologinnen	stattgefunden	alle LKHs
1 MTD-Fachbeiratssitzung	abgeschlossen	alle LKHs
18 MTD-fachspezifische Fortbildungen organisiert	stattgefunden	alle LKHs

Evaluierung der Funktionsbeschreibung der MTD-KoordinatorInnen	in Arbeit	alle LKHs
Erstellung einer MTF-Funktionsbeschreibung	in Arbeit	alle LKHs
Neue (interdisziplinäre) Ausbildung für Führungskräfte des MTD-Bereichs	in Arbeit	alle LKHs
Erstellung eines Ernährungsstandards / Jahr	abgeschlossen	alle LKHs

Umweltschutz

Umweltmanagement in der KAGes heißt, sein eigenes Handeln am Arbeitsplatz auch an ökologischen Grundsätzen zu orientieren und damit die Umweltleistungen des Unternehmens insgesamt ständig zu verbessern. Seit 1999 wurde dazu sukzessive eine Umweltorganisation aufgebaut, die sich aus den Lokalen UmweltkoordinatorInnen (LUK) mit ihren Umweltteams in den LKHs und der Zentralen Umweltkoordination (ZUKo) als Informations-, Koordinations- und Beratungsstelle für die unternehmensweite Umweltarbeit zusammensetzt. Die LUKs initiieren und betreuen Umweltverbesserungsprojekte in den LKHs und treffen sich zur Abstimmung von Arbeitsschwerpunkten und zur Weiterbildung 3 Mal jährlich im KAGes Umweltforum (UFO). Zur Schärfung des Umwelt-Bewusstseins werden alle MA regelmäßig über diverse Medien (G'sund, Homepage) zu Umweltthemen informiert. Oberstes Ziel ist es, Umweltschutz als Handlungsprinzip in der gesamten Organisation zu verankern.

Die jährliche KAGes Umweltstatistik mit Kennzahlen für die Bereiche Abfall, Wasser, Abwasser und Energie wurde von der ZUKo mit dem Ziel des internen und externen Benchmarkings in Veranstaltungen, Schulungen, im Intranet sowie im Umweltbericht 2006 bekannt gemacht.

Nähere Informationen finden Sie unter:

<http://intranet.ZDion.kages.at/lokal/angebote/tdion/Umweltschutz/>

Projekt/Initiative/Maßnahme	Umsetzungsstatus	Von der Maßnahme betroffener Bereich
Umweltbericht 2006 (Leistungen 2004-2005)	abgeschlossen	Alle LKHs
KAGes Umweltforen Nr. 19-24 Themen: Umweltmanagementsystem, ökologischer Fußabdruck, ökologische Beschaffung, Mobilität u.a.	durchgeführt	Alle LKHs
Mitarbeit Normenausschuss Corporate Social Responsibility CSR	In Arbeit	Alle LKHs, ZDion
Fortbildungen für Abfallbeauftragte	durchgeführt	Alle LKHs
ASK Veranstaltung „Umweltschutz – eine Aufgabe für alle“	durchgeführt	Alle LKHs
Abfalllogistik (Richtlinien, Umstellungen) für Nassabfall und Altmedikamente	abgeschlossen	Alle LKHs
Abfallaudits: Konzeptentwicklung mit Istbewertung, Verbesserungsvorgaben; Programmstart	abgeschlossen	Alle LKHs

Abfallaudits Durchführung	abgeschlossen	LKH Bad Aussee, LSF, Fürstenfeld, Stolzalpe, Schwanberg, Voitsberg, Graz-West, Weiz
Klimawandel-Vorträge mit Prof. Schleicher	abgeschlossen	UFO für alle LKH, LKH Judenburg-Knittelfeld für Region Nord-West
Infokampagne, ökolog. Reinigungsmittel, Abfalltrennung, Papierausschreibung,	abgeschlossen	ZDion
Strategiepapier „Ökologie im Spitalsbau“ (Energieeffizienz, Nachhaltigkeit)	In Arbeit	TDion
Projektteilnahme Wirtschaftsinitiative Nachhaltigkeit WIN des Landes Stmk.	In Arbeit	TDion
Ökobau Neurologie „Gesunde Raumlufte“	abgeschlossen	TDion für LKH-Univ.Kl. Graz
Ökobau Frauenklinik „Gesunde Raumlufte“	abgeschlossen	TDion für LKH-Univ.Kl. Graz
Abwasserverträge mit Abwasserverbänden gemäß Wasserrechtsgesetz IEV	abgeschlossen	LKH Leoben, Eisenerz, Bruck/Mur
Umweltteamtraining mit Projekten Abfalltrennung, PVC-hältige Medizinprodukte, Wäsche	abgeschlossen	LKH Deutschlandsberg
PVC-hältige Medizinprodukte: Isterhebung, Alternativvorschläge	abgeschlossen	LKH Leoben, LKH-Univ.Kl. Graz (KiKl./KiChir.)
Abfallschulungen für Reinigungsdienste	abgeschlossen	div. LKHs

Risikomanagement

Die Zielsetzung von Risikomanagement ist die Entscheidungssicherheit zu steigern, Organisationen bei der Verbesserung ihrer Zielerreichung zu unterstützen, die Sicherheit von Patienten, Mitarbeitern, Systemen zu erhöhen, die Risikokosten zu optimieren und eine systematische Verbesserung der Risikolage herbeizuführen. Durch eine systematische Vorgehensweise werden potenzielle Risiken identifiziert, analysiert, bewertet und Maßnahmen zur Risikobewältigung erarbeitet, umgesetzt und überwacht. Die normative Grundlage für das Risikomanagement in der KAGes stellt das ON-Regelwerk 49000 ff "Risikomanagement für Organisationen und Systeme" Anwendung von ISO/DIS 31000 in der Praxis des Österreichischen Normungsinstitut dar.

Dem Geschäftszweck entsprechend teilt sich das Risikomanagement in der KAGes in 2 Teilbereiche:

- Unternehmens-Risikomanagement
- Klinisches Risikomanagement

Seit Frühjahr 2007 gibt es den Auftrag des Vorstands, klinisches Risikomanagement (KRM) systematisch in allen LKH einzuführen, wobei dieses konsequenterweise in die bestehenden Konzepte und Strukturen zu integrieren ist, um Synergien zu schaffen. In diesem Sinne hat das KRM die bestehenden Konzepte, Maßnahmen und Strukturen zu ergänzen, nicht aber zu konkurrenzieren oder gar zu ersetzen. Das bedeutet, dass innerhalb der bestehenden Ansätze Fertigkeiten integriert werden müssen, mit denen die spezifischen Risiken systematisch identifiziert, analysiert, bewertet sowie dokumentiert und Bewältigungsstrategien erarbeitet, umgesetzt und überwacht werden.

Gleichzeitig wurde in der Zentralklinik das Unternehmens-Risikomanagement gestartet, um die allgemeinen Unternehmensrisiken zu erfassen und zu bewerten.

Die Prozessverantwortung für die Einführung des Risikomanagements in der KAGes liegt im Bereich der Rechtsabteilung.

Nähere Informationen finden Sie unter:

[Zentralklinik](#) » [Personaldirektion](#) » [Abteilungen](#) » [Abteilung P4](#) » [Aufgaben](#) » [Risikomanagement](#)

Projekt/Initiative/Maßnahme	Umsetzungs-status	Von der Maßnahme betroffener Bereich
Pilotprojekt „Implementierung eines Risikomanagementsystems im LKH Hartberg“	in Arbeit	LKH Hartberg
Pilotprojekt „Implementierung eines Risikomanagementsystems im LKH Feldbach“	in Arbeit	LKH Feldbach
Projekt „Implementierung eines Risikomanagementsystems im LKH Stolzalpe“	in Arbeit	LKH Stolzalpe
Projekt „Implementierung eines Risikomanagementsystems im LKH Deutschlandsberg“	in Arbeit	LKH Deutschlandsberg
Projekt „Implementierung eines Risikomanagementsystems im LKH Bad Radkersburg“	in Arbeit	LKH Bad Radkersburg
Implementierung des Business-Risikomanagementsystems in der Zentralklinik	in Arbeit	Zentralklinik der KAGes
Ausbildungen von Klinischen Risikomanagern für den RM Strukturaufbau	laufend	Alle LKH und die ZDion

Kompetenzzentrum Spitalsorganisation (CC-SpOrg)

Kompetenzzentrum Spitalsorganisation (CC-SpOrg) der KAGes versteht sich als Ansprechpartner für Organisationsberatung, Prozessmanagement und Methodenentwicklung. Als Unterstützung für diese Aufgaben wird als Dokumentations- bzw. Kommunikationsplattform das Geschäftsprozessmanagementwerkzeug ADONIS® KAGesweit verbindlich eingesetzt.

Vom CC-SpOrg erfolgt eine umfassende Unterstützung der Projekte, die eine Weiterentwicklung der Prozessorientierung zum Inhalt haben und auf denen weiterführende Qualitätsmanagementmaßnahmen aufsetzen können.

Die Projekte lassen sich in die Anwendungsbereiche

[Anwendungsbereich "Qualitätsmanagement-System"](#)

[Anwendungsbereich "Bauprojekte"](#)

[Anwendungsbereich "EDV-Einführung"](#)

einteilen.

Nähere Informationen finden Sie unter:

<http://intra.ZDion.kages.at/ccs/>

Referenzprojekte für „QM-System“:

LKH Leoben: Institut für Medizinische Radiologie - Diagnostik	ISO 9001:2000 zertifiziert
Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin	ISO 9001:2000 zertifiziert
Universitätsklinik für Strahlentherapie Radioonkologie	ISO 9001:2000 zertifiziert
LKH Graz West: Institut für Pathologie Aufbau eines Prozessmanagementsystems als Basis für eine allfällige spätere Qualifizierung nach ISO 9001:2000 für den Bereich Personalmanagement	ISO 9001:2000 zertifiziert abgeschlossen
LKH Graz: RK Nuklearmedizin PzM - Einführung eines Prozessmanagementsystems für die ISO-Zertifizierung.	in Arbeit
KAGes-Management / KAGes-Services: Prozesslandkarte neu	in Arbeit

Referenzprojekte für „Bauprojekte“:

LKH Bruck/Mur: Umbau Chirurgische /Unfallchirurgische Ambulanz
LKH Mürzzuschlag: Betriebsorganisationsplanung Umbau Med. Ambulanz
LKH Graz: Zielplanung Chirurgie OP
LKH Graz: EBA
LKH Graz West: Neubau
LKH Bad Radkersburg: Betriebsorganisationsplanung Erweiterung der Orthopädischen Ambulanz

Referenzprojekte für „EDV-Einführung“:

openMEDOCS-Einführungsunterstützung:	- in nahezu allen landschaftlichen LKHs - LKH Graz HNO Klinik
Einführung einer Software für technische Instandhaltung:	- im LKH Bruck und im LSF

Projekt / Initiative / Maßnahme	Umsetzungs-status	Von der Maßnahme betroffener Bereich
Unterstützung bei diversen Prozessbeschreibungen für Prozesse der Zentralklinik	kontinuierlich	ZDK
Unterstützung bei Aufbau von Prozessmanagementsystemen abgeleitet aus der EFQM-Bewertung der Landeskrankenhäuser	in Arbeit	fast alle LKHs
Unterstützung bei div. Prozessbeschreibungen im Rahmen von ISO-Zertifizierungen	kontinuierlich	mehrere OE's der LKHs

Zusammengefasste Übersicht über die Qualitätsmanagementaktivitäten der LKHs

1. QM-Strukturen

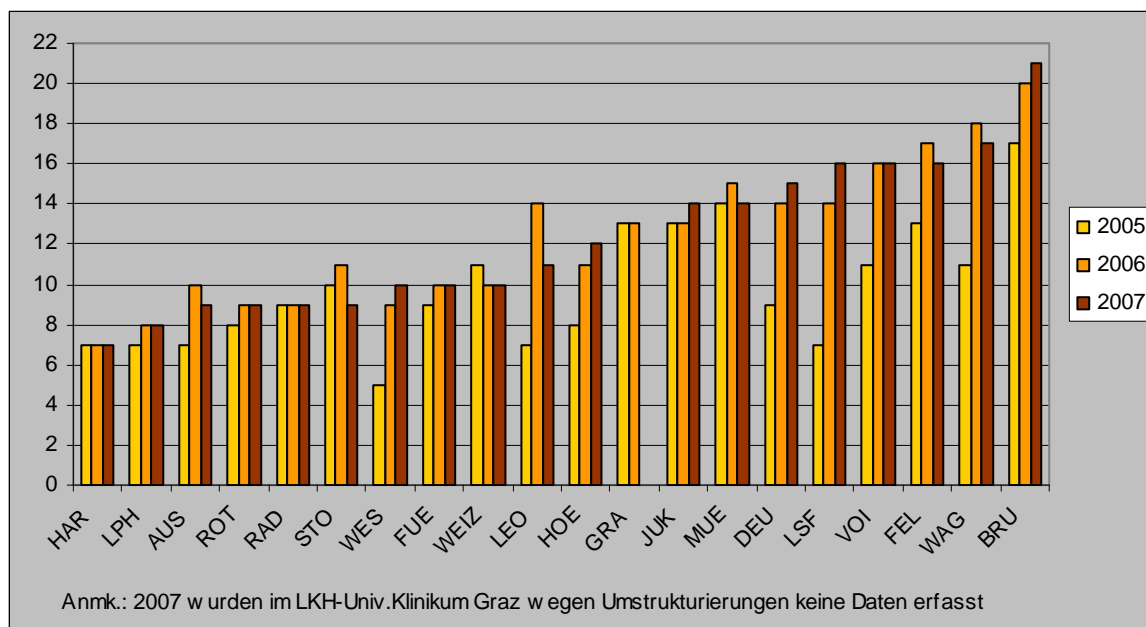
1.1. QM-Kommission (Zahl der Mitglieder, Zusammensetzung)

Die Mindestzusammensetzung der Qualitätsmanagement-Kommission (QMK) gemäß §11d Krankenanstaltenlandesgesetz (KALG) ist in der Mustergeschäftsordnung beschrieben. Die QMK besteht einerseits aus Mitgliedern, die auf Basis von Vorschlägen der Anstaltsleitungen (AL) aus den Berufsgruppen der Ärzteschaft, Pflege, Verwaltung und den nichtärztlichen Medizinischen Dienst zu bestellen sind. Andererseits gehören der QMK der Qualitätsbeauftragte kraft seiner Funktion sowie ein vom Betriebsrat zu entsendendes Mitglied an. Jede QMK hat einen Vorsitzenden. In einigen Landeskrankenanstalten (LKHs) wird diese Funktion vom Qualitätsbeauftragten (QB) ausgeübt. Seit dem Jahr 2007 gehören auch die Risikomanager der QMKs an.

Je nach Größe der Krankenanstalten kann diese Mindestzahl jedoch überschritten werden, sodass die Anzahl der Mitglieder der QMK in den einzelnen LKHs variiert. Auf Antrag eines Mitgliedes der QMK können weitere Experten zu den Sitzungen beigezogen werden.

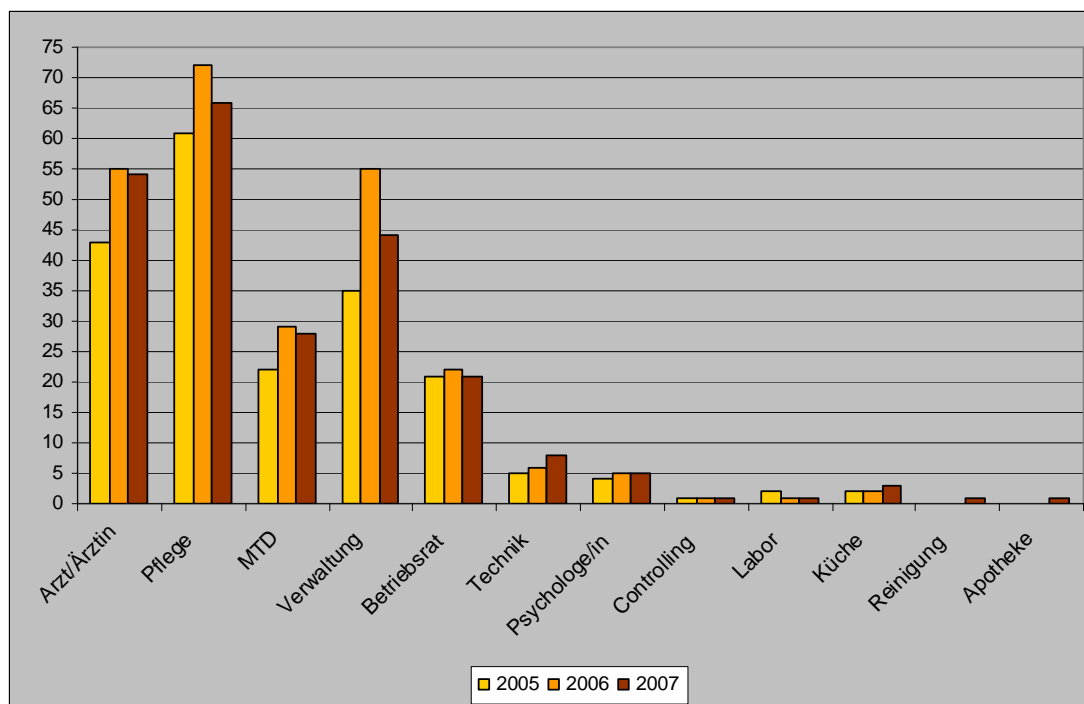
Seit Bestehen der QMK hat sich die Anzahl der Mitglieder in mehreren LKHs aufgrund eines größeren QM-Bewusstseins sowie einer verstärkten Interdisziplinarität erhöht. Im Durchschnitt besteht eine QMK aus 12 Mitgliedern (2005: 9 Mitglieder). Die kleinste QMK umfasst 7, die größte QMK 21 Mitglieder.

Größe der QM-Kommission je LKH im Vergleich 2005/2006/2007:



Übersicht über die Berufszugehörigkeit der QMK-Mitglieder im Vergleich 2005/2006/2007:

Berufssparte	Arzt/Ärztin	Pflege	MTD	Verwaltung	Betriebsrat	Technik	Psychologe/in	Controlling	Labor	Küche	Reinigung	Apotheke
2005	43	61	22	35	21	5	4	1	2	2	-	-
2006	55	72	29	55	22	6	5	1	1	2	-	-
2007	54	66	28	44	21	8	5	1	1	3	1	1



Der größte Anteil an Mitgliedern in den QMK kommt aus dem Pflegebereich, gefolgt von der Ärzteschaft und Mitarbeitern aus dem Verwaltungssektor. 2007 ist der Prozentanteil der ärztlichen Mitglieder an den QMK gegenüber der Pflege leicht gestiegen. 12% der Mitglieder sind dem Medizinisch-Technischen Dienst zuzuordnen.

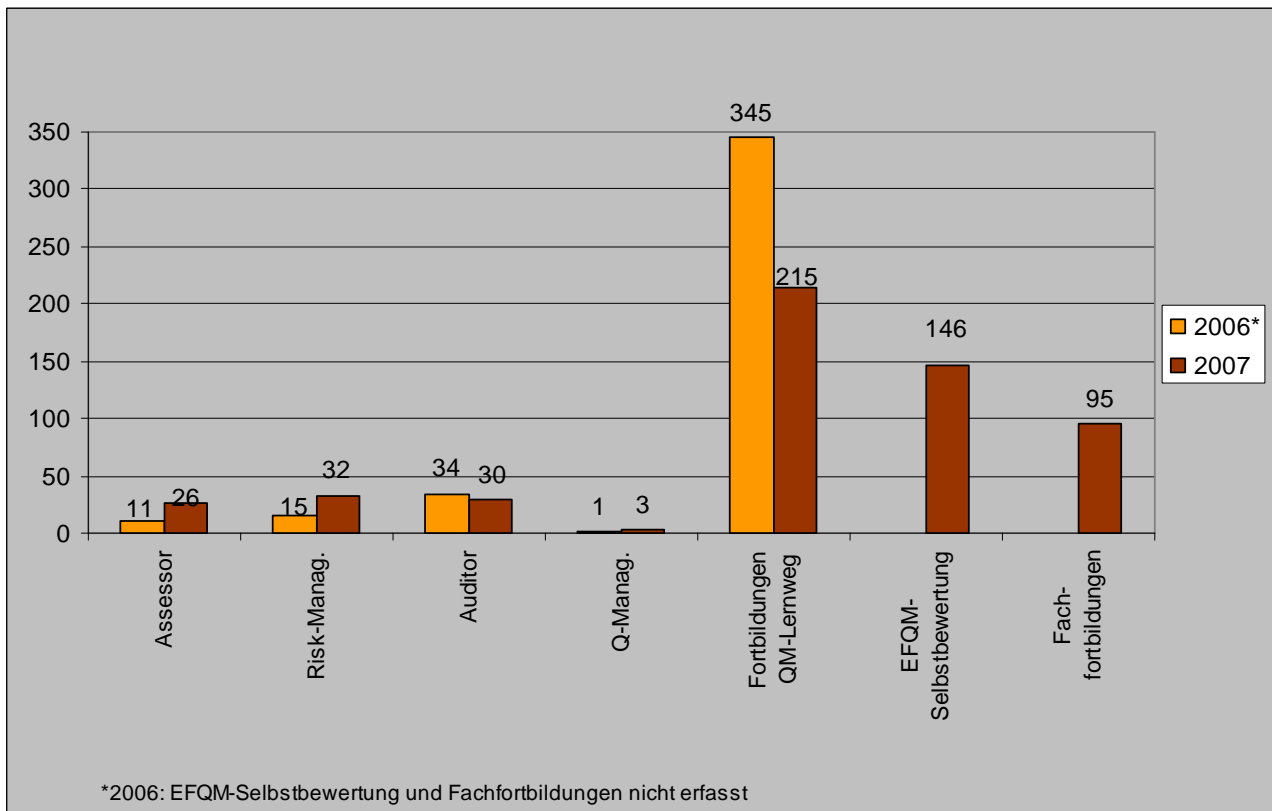
1.2. QM-Ausbildungen

Im Rahmen des QM-Strukturaufbaus in den LKHs ist es wichtig, das persönliche Potential der Mitarbeiter durch geeignete Aus- und Fortbildungen zu fördern. Daher wird in den KAGes Krankenanstalten besonderes Augenmerk auf Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter, insbesondere in Theorie und Praxis des Qualitätsmanagements gelegt, um die derzeitigen und zukünftigen Kompetenzen der Mitarbeiter zur Umsetzung der Unternehmensziele zu erkennen und gegebenenfalls zielgerichtet zu entwickeln.

Im Jahr 2006 wurden insgesamt 11 EFQM-Assessoren, 34 ISO-Auditoren und 1 Qualitätsmanager ausgebildet. 15 Mitarbeiter erhielten eine Ausbildung zum Risk-Manager. 345 Mitarbeiter haben an QM-Methoden-spezifischen Ausbildungen teilgenommen.

Im Jahr 2007 haben doppelt so viele MitarbeiterInnen Ausbildungen zu EFQM-AssessorInnen und RisikomanagerInnen absolviert, als im Jahr davor. Die Zahl der MitarbeiterInnen, die sich zum ISO-Auditor ausbilden ließen, ist annähernd gleich geblieben. 3 MitarbeiterInnen wurden zum Q-Manager ausgebildet und 215 haben an QM-Methoden spezifischen Ausbildungen teilgenommen.

Übersicht über die Anzahl der Mitarbeiter die in den Jahren 2006 und 2007 an QM-spezifischen Aus- und Fortbildungen teilgenommen haben im Vergleich:



Anmerkung:

In den Qualitätsberichten 2007 der LKHs wurden sonstige Fortbildungen genannt, welche hier im Bereich **Fachfortbildungen** dargestellt sind. Als Beispiel sind zu nennen: Tutorenausbildung, Therapeutic Touch, Kinästhetik, Kommunikationstrainings, div. Vorträge/Kongresse/Tagungen, etc..

Die Anzahl der Mitarbeiter, die in den Jahren 2006/2007 an QM-spezifischen Aus- und Fortbildungen teilgenommen haben, variieren je nach LKH. Dies begründet sich damit, dass

- Aus- und Fortbildungsmaßnahmen überwiegend von den jeweiligen Projekten und Initiativen abgeleitet werden,
- es keine KAGes-weit einheitliche Zählweise für LKH-intern abgehaltene Aus- und Fortbildungen gibt,
- es in einzelnen LKHs eine hohe Fluktuation von MitarbeiterInnen im Bereich Qualitätsmanagement gibt, was sich ebenfalls auf die Zahl an Aus- und Fortbildungen niederschlägt.

1.3. Aufwendungen für QM-Aktivitäten

Unter finanziellen Aufwendungen für QM-Aktivitäten werden generell jene Kosten verstanden, die für die Planung, Prüfung und Steuerung der Qualität von Gütern und Dienstleistungen anfallen. Sie setzen sich idealtypisch zusammen aus:

- Maßnahmen zur Fehlerverhütung
- Qualitätsprüfung
- Bereinigung externer oder interner Fehler

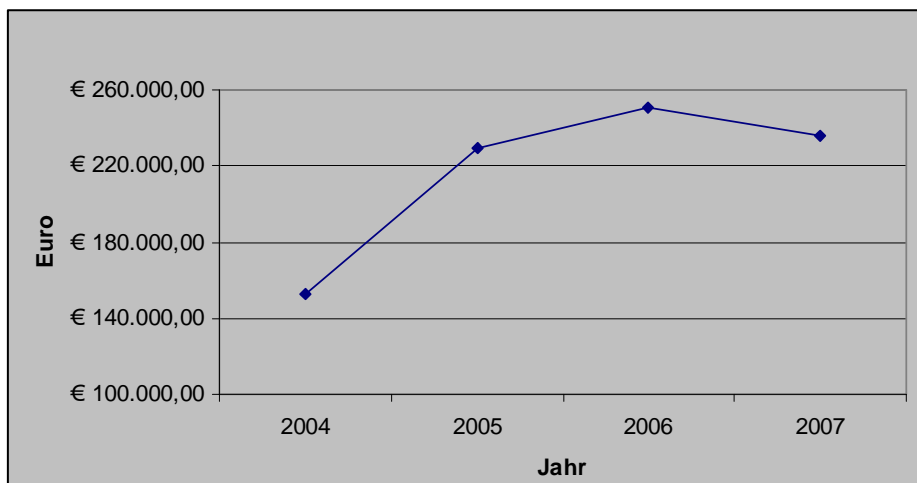
Im Unterschied zu dieser Systematik werden nur jene Kosten aufgezeigt, die für die Entwicklung des Qualitätssystems und die Qualitätsarbeit aufgewendet und als direkte Kosten aufgezeichnet werden.

In der Theorie und Begrifflichkeit des QM gibt es den Begriff der „Qualitätskosten“. Diese sind ein Resultat aus drei Kostenarten: Fehlerkosten minus Fehlerverhütungskosten und Prüfkosten. In dieser Form liegen die entsprechenden Aufwandspositionen in der KAGes, wie auch in den meisten sonstigen Unternehmen, nicht vor.

Es wäre zu aufwändig für das QM der LKHs eigene Kostenarten zu schaffen. Aufwendungen werden in den bestehenden Kostenarten für Personal- und Sachgüter: Aus- und Fortbildungen, externe Beratung, geringwertige Güter etc. gebucht und sind grundsätzlich darstellbar.

Eine wesentliche Ursache für die Minderschätzung der Kostenseite im QM der LKHs ist die absolute Höhe des finanziellen Aufwands. Nicht zuletzt aufgrund der ressourcenneutralen Ausrichtung des QM („achievable benefits not achieved“) liegt der Aufwand für diese Aktivitäten in den peripheren LKHs unter 100.000,-- € pro Jahr, weshalb von vielen Betriebsdirektoren der LKHs weder eine eigene Budgetposition noch eine eigene Kostenstelle eingerichtet wurde.

Betriebsaufwand für QM-Aktivitäten der Jahre 2004 - 2007:



Im Jahr 2006 wurde gegenüber 2005 um ca. 9% mehr für QM-Aktivitäten ausgegeben. Im Jahr 2007 sank dieser Betrag allerdings gegenüber dem Vorjahr wieder um 6%.

Laut Angaben in den QM-Berichten der LKHs stellen sich die durchschnittlichen finanziellen QM-Aufwendungen pro 1000 stationären Patienten für die Jahre von 2004 - 2007 wie folgt dar:

Jahr	2004	2005	2006	2007*
Ø Aufwendungen für QM-Arbeit pro 1000 stationäre Patienten	€ 580,--	€ 883,--	€ 947,--	€ 882,--

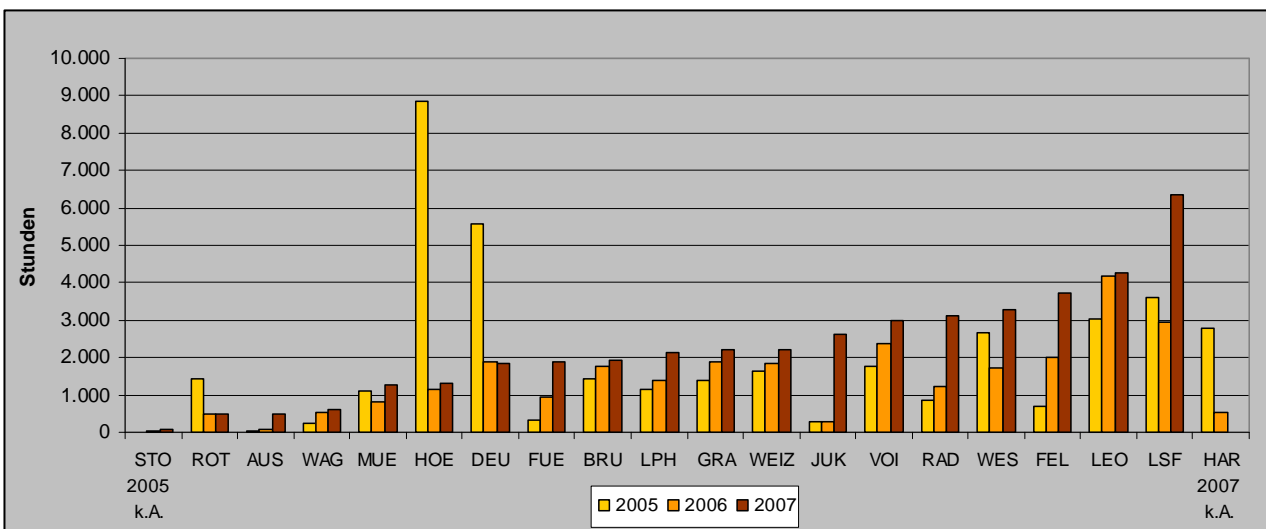
1.4. QM-Personalaufwand

Ein Teil der Kosten wird durch den Personalaufwand für Projekte und Schulungen zum Thema Qualitätsmanagement verursacht.

In den Jahren 2006 und 2007 wandten die einzelnen LKHs im Durchschnitt 1829 Stunden für QM-Arbeit auf – Streubreite zwischen 28 und > 6346 Stunden³. Diese Angaben berücksichtigen alle personellen Aufwendungen für die QM-Arbeit, die im Laufe der Jahre angefallen sind, inkl. der Sitzungszeiten. Nicht berücksichtigt sind die Dienstposten für die Qualitätsbeauftragten (QB).

Ebenso wie bei den finanziellen Aufwendungen ist die Schwankungsbreite auch hier zum Teil auf die unterschiedliche Größe der LKHs zurückzuführen, zum Teil aber auch darauf, dass in einigen LKHs größere QM-Projekte gestartet bzw. umfangreichere QM-Schulungsaktivitäten durchgeführt wurden. Zu beachten ist, dass es bei diesen Angaben keine einheitliche Zählweise gibt.

Personalaufwand der LKHs für QM-Arbeit in den Jahren 2005/2006/2007 in Stunden:



Anmerkung:

Der Personalaufwand wurde unterschiedlich gezählt. Eine Analyse der angegebenen Daten ergab, dass besondere Ereignisse in den jeweiligen LKHs (durchgeführte Selbstbewertungen, Mitarbeiterbefragungen, Projekte etc.) den unterschiedlich dokumentierten Personalaufwand erklären. Der Durchschnittsaufwand liegt bei 10 bis 15 Stunden pro Mitarbeiter. Vom LKH Stolzalpe wurden keine Angaben zum Personalaufwand im Jahr 2005, vom LKH Hartberg wurden keine Angaben zum Personalaufwand im Jahr 2007 gemeldet.

Die Zahl der Dienstposten (Vollzeitäquivalente) für QB in den LKH beträgt:

Jahr	2007
Zahl der DP für QB in den LKH (KAGes gesamt)	19,5

³ Von einem Haus gibt es keine Angaben.

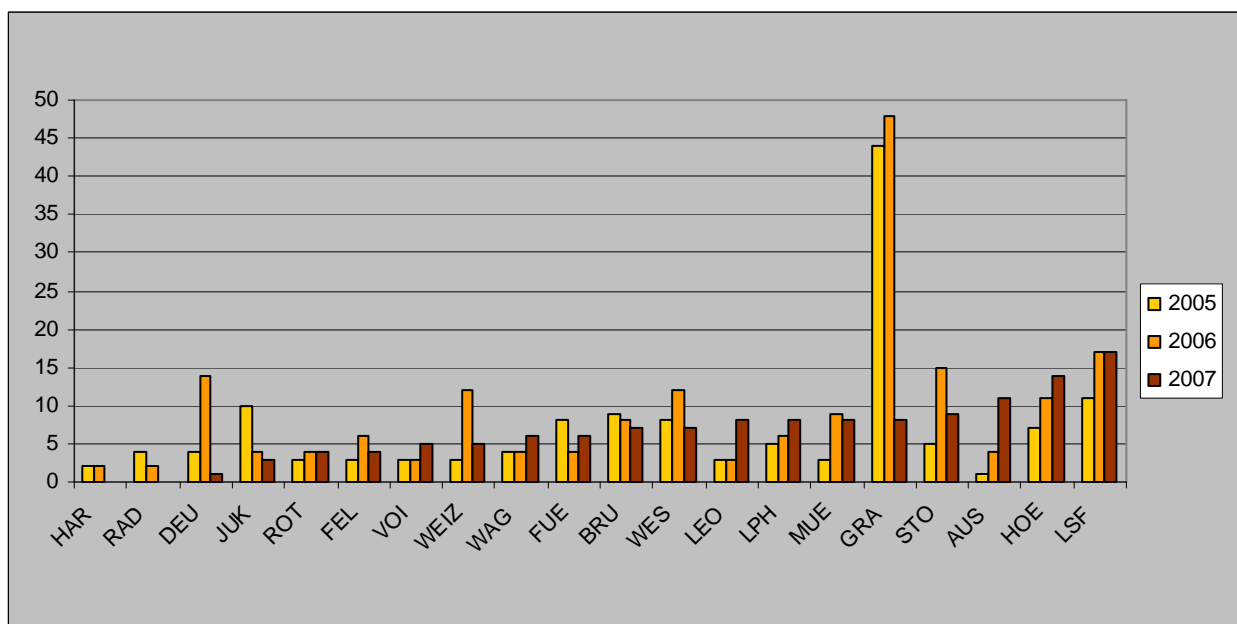
2. QM-Prozesse

2.1. QM-Projekte/Aktivitäten/Initiativen, die sich noch in Arbeit befinden

Durch die überwiegend gut etablierten QM-Strukturen in den einzelnen LKHs gab es in den Jahren 2006/2007 insgesamt 986 QM-Projekte/Aktivitäten/Initiativen. Viele davon konnten bereits abgeschlossen und in die Routine übergeführt werden, andere befinden sich noch in Arbeit (siehe Pkt. 3 QM-Ergebnisse). KAGES-weit waren Ende 2007 noch 131 QM-Projekte/Aktivitäten/Initiativen zu verschiedenen Themen mit unterschiedlichem Umfang in Bearbeitung.

Diesen Daten werden all jene QM-Projekte/Aktivitäten/Initiativen zugerechnet, die den jeweiligen Anstaltsleitungen zur Bewilligung vorgelegt wurden. Dies umfasst insbesondere Qualitätszirkel, Befragungen, Initiativen die aus Befragungsergebnissen resultierten etc..

QM-Projekte in Arbeit Vergleich 2005/2006/2007 (sortiert nach der Anzahl im Jahr 2007):



Anmerkung:

Die Grafik ist sortiert nach der Anzahl der Projekte im Jahr 2007. Dabei liegt die Anzahl von 5 bis 10 Projekten die sich in Arbeit befinden, im angemessenen Bereich. Bemerkenswert ist, dass die LKHs Bad Aussee, Hörgas-Enzenbach und die Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz im Jahr 2007 mehr als 10 Projekte starteten.

Vom LKH-Univ.Klinikum Graz wurden im Jahr 2007 nur Projekte der Univ.Augenklinik und klinischer Abteilung für Onkologie erfasst.

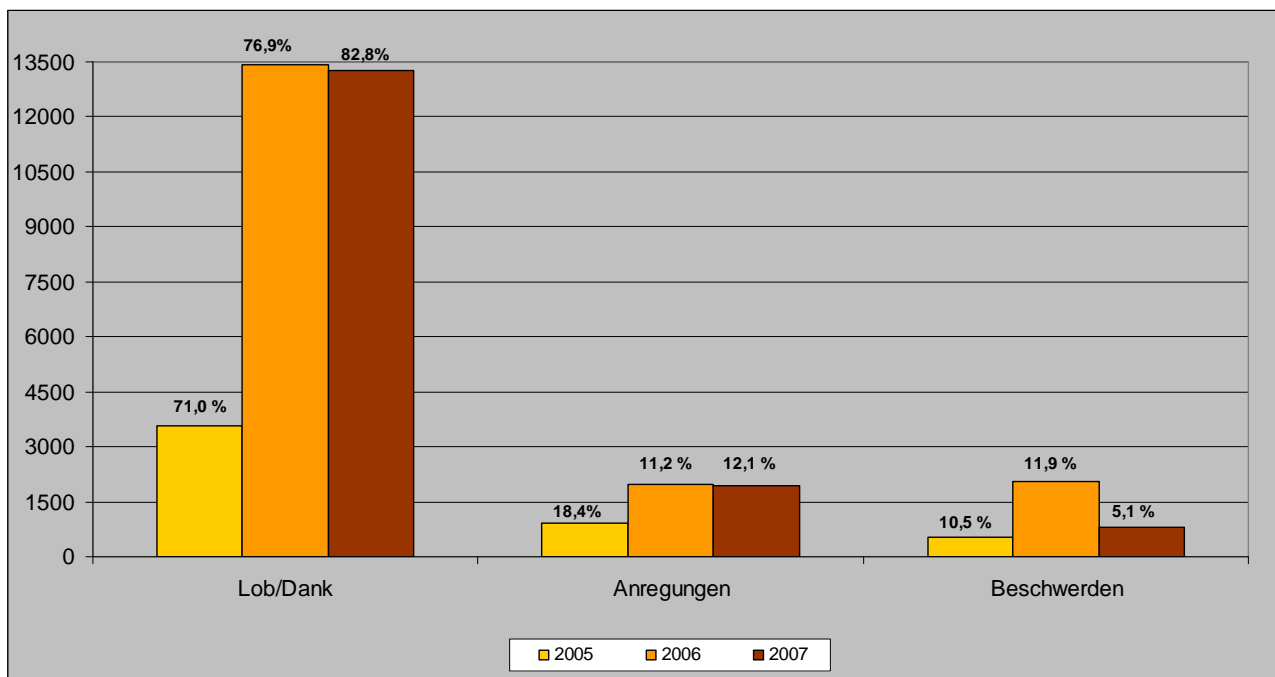
3. QM-Ergebnisse

3.1. Kundenfeedback

Ergebnisse aus Kundenfeedback

Durch die Etablierung eines Patientenfeedbacksystems in allen LKHs ist es den Patienten möglich – außerhalb der alle drei Jahre standardisierten Patientenbefragungen – Lob und Dank auszusprechen, aber auch Anregungen vorzubringen und Kritik aufzuzeigen. Durch dieses registrierte Feedbacksystem sind KAGes-weit in den Jahren 2006 und 2007 insgesamt 33.485 Rückmeldungen eingegangen.

Patienten-/Kundenfeedback im Vergleich 2005/2006/2007:



Anmerkung:

Die Prozentangaben in dieser Grafik sind so zu deuten, dass die Summe aus den Feedbacks 100% pro Jahr ergibt.

Die Grafik zeigt, dass der Großteil des Feedbacks aus Lob und Dank besteht und auch jährlich zunimmt.

Hingegen wurden nur 5%-10% Beschwerden eingebracht, welche auch kontinuierlich abnehmen. Dabei ist allerdings festzuhalten, dass Beschwerden eine wichtige Bedeutung für die Qualitätsverbesserung im Sinne der Kundenorientierung darstellen. Dies begründet sich damit, dass hinter jeder vorgebrachten Beschwerde ca. 17 größere Mängel liegen.

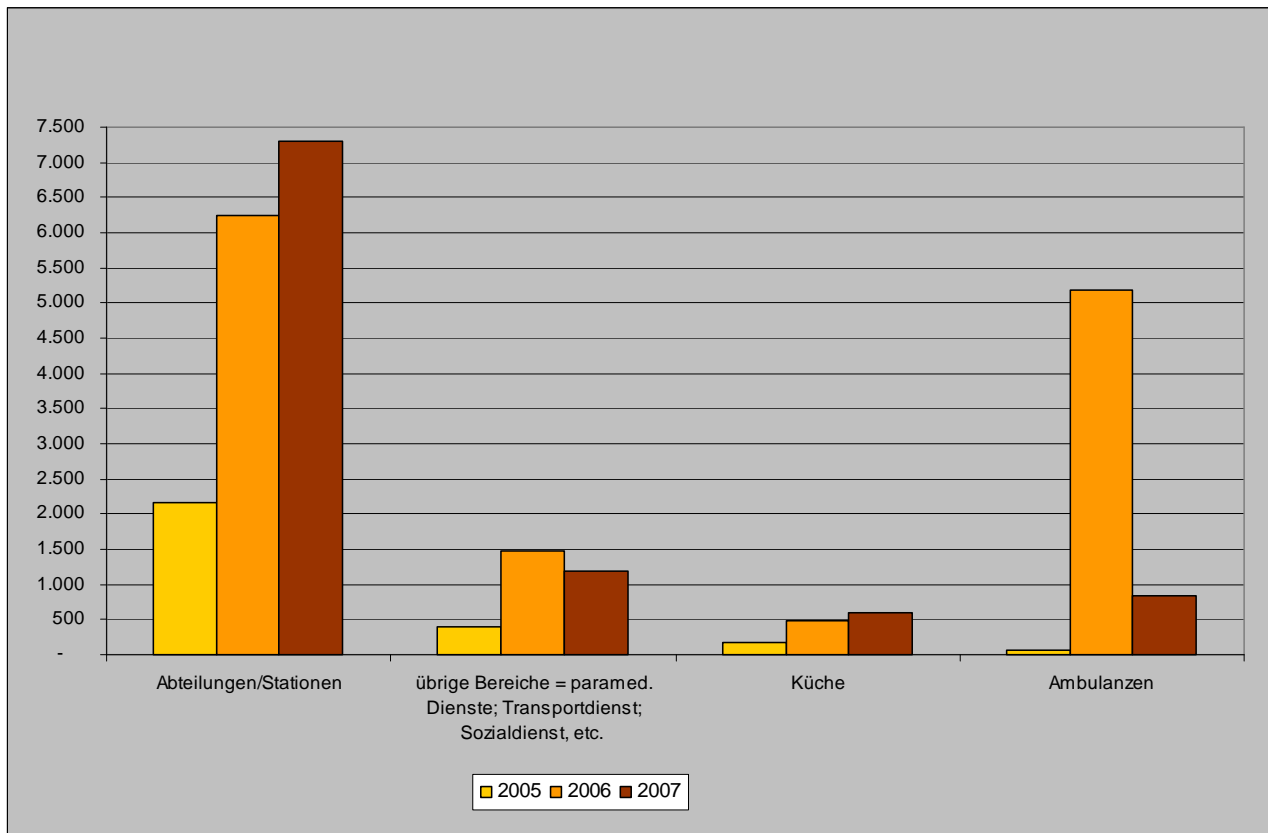
Vom LKH Hartberg und LPH Schwanberg wurden im Jahr 2007 keine Daten erfasst.

Vom Feedback betroffene Bereiche:

In der Verteilung von Lob, Anregungen und Beschwerden auf die einzelnen Bereiche zeigt sich, dass überwiegend Stationen, Ambulanzen sowie andere Bereiche wie Paramedizinische Dienste, Transportdienst, Verwaltung etc. Anlass zu Rückmeldungen geben. Weniger häufig betroffen ist die Küche. Im Vergleich zu den anderen Jahren wurden 2006 neben den Abteilungen bzw. Stationen häufig auch die Ambulanzen, wie auch die sog. übrigen Bereiche seitens der Patienten gelobt. Allerdings ist die Zahl an Beschwerden 2006 gegenüber 2005, vor allem im ambulanten Bereich gestiegen, was allerdings 2007 wieder rückläufig ist. Dies lässt sich vor allem dadurch erklären, dass die Patientenfeedbacksysteme in den einzelnen LKH im Jahr 2005 primär im

stationären Bereich und erst in weiterer Folge im ambulanten Bereich implementiert wurden bzw. in einigen LKH erst eingeführt werden.

Verteilung von Lob/Dank auf die einzelnen Bereiche in den Jahren 2005/2006/2007 im Vergleich:



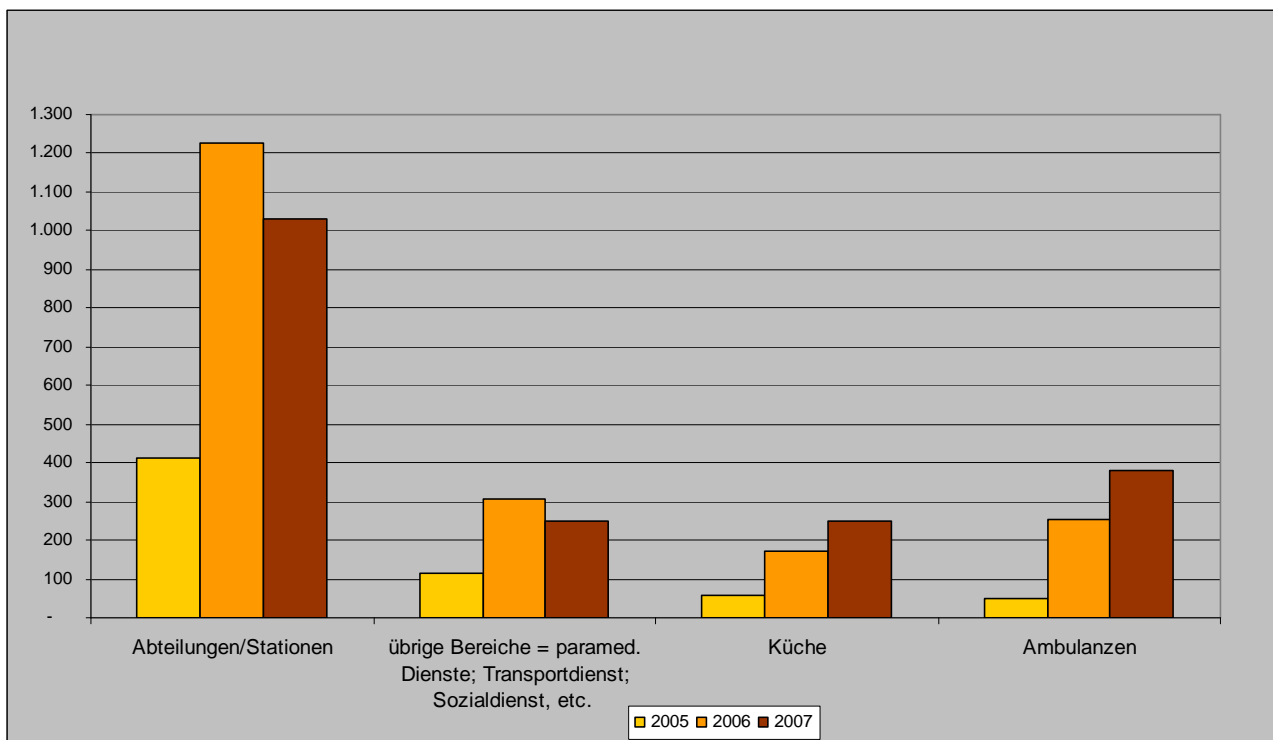
Anmerkung:

Es ist darauf hinzuweisen, dass auf Abteilungen bzw. Stationen pro Jahr ~270.000 Aufnahmen stattfinden. Des Weiteren können in den Ambulanzen pro Jahr ~ 600.000 Besuche verzeichnet werden.

Bemerkenswert ist, dass die Anzahl von Lob/Dank auf Abteilungen bzw. Stationen kontinuierlich steigt. Vom LKH Voitsberg erfolgte keine gesonderte Datenerfassung auf einzelne Bereiche, daher fehlen insgesamt 3.337 Rückmeldungen.

Vom LKH Hartberg und LPH Schwanberg wurden im Jahr 2007 keine Daten erfasst.

Verteilung von Anregungen auf die einzelnen Bereiche in den Jahren 2005/2006/2007 im Vergleich:



Anmerkung:

Bei dieser Darstellung ist erkennbar, dass die absolute Anzahl an Anregungen in den Bereichen Küche und Ambulanzen ansteigt, hingegen auf den Abteilungen/Stationen sowie den übrigen Bereichen sinkt.

Vom LKH Voitsberg erfolgte keine gesonderte Datenerfassung auf einzelne Bereiche, daher fehlen insgesamt 3.337 Rückmeldungen.

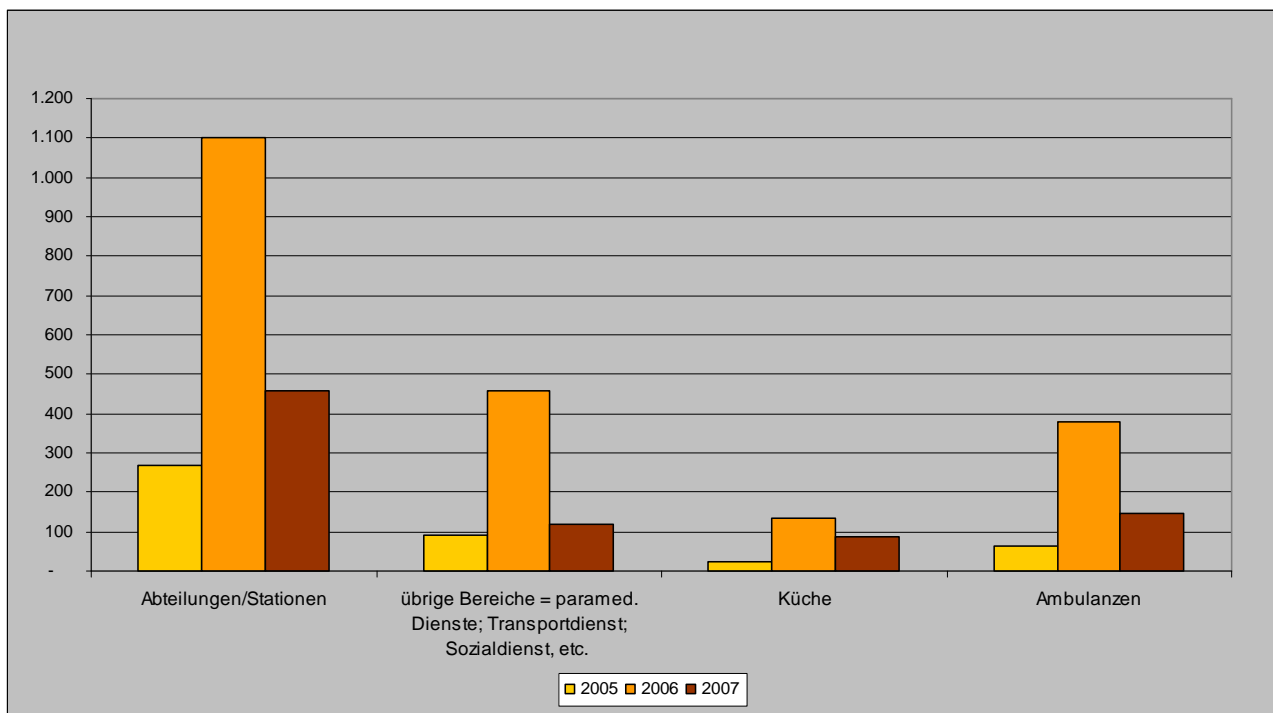
Vom LKH Hartberg und LPH Schwanberg wurden im Jahr 2007 keine Daten erfasst.

Ergebnisse und Maßnahmen aus Kundenfeedback

Betrachtet man die Ergebnisse aus dem Kundenfeedback, so zeigt sich, dass die Rückmeldungen der Patienten überwiegend positiv sind (70%). Dennoch ist es wesentlich die Bereiche, in denen es Verbesserungspotentiale gibt, zu erkennen und diese auch zu nutzen.

Im Zusammenhang mit der Bearbeitung der Beschwerden in den LKHs wurde neben raschen Sofortmaßnahmen bzw. eingerichteten Arbeitsgruppen bzw. Projekten für weiterführende Maßnahmen mehrheitlich auch persönlich mit den Beschwerdeführern Kontakt aufgenommen. In vielen Fällen erfolgte ferner eine interne Sachverhaltsklärung, um auch der betroffenen Stelle die Möglichkeit zu geben, die Situation aus ihrer Sicht darzustellen.

Verteilung von **Beschwerden** auf die einzelnen Bereiche in den Jahren 2005/2006/2007 im Vergleich:



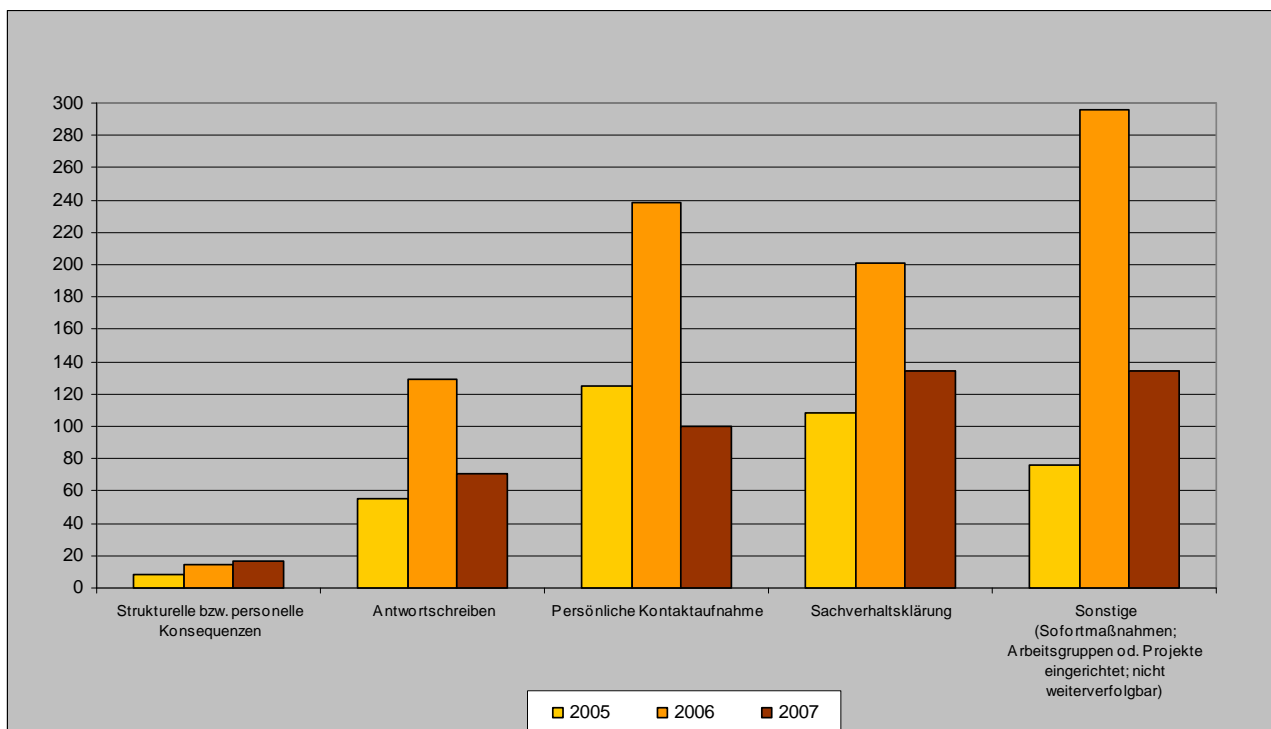
Anmerkung:

Der starke Rückgang der Beschwerden in allen Bereichen kann ein Ausdruck eines reiferen Umgangs mit den Beschwerden sein. Daraus kann abgeleitet werden, dass sich ein Mittelmaß bzgl. der Dokumentation gefunden und sich die Anzahl der Beschwerden eingependelt hat.

Vom LKH Voitsberg erfolgte keine gesonderte Datenerfassung auf einzelne Bereiche, daher fehlen insgesamt 3.337 Rückmeldungen.

Vom LKH Hartberg und LPH Schwanberg wurden im Jahr 2007 keine Daten erfasst.

Maßnahmen aufgrund von Beschwerden im Vergleich 2005/2006/2007 (auch Mehrfachnennungen möglich):



Anmerkung:

Die absolute Zahl korreliert mit Entwicklung der Beschwerden und ist somit Ausdruck einer internen Datenkonsistenz, kein Ausdruck für abnehmende Sensitivität für Beschwerden.

3.2. QM-Öffentlichkeitsarbeit (Preise, Poster, Vorträge)

Ein wichtiger Bestandteil der QM-Arbeit ist die Weitergabe von erworbenen Wissen und Erfahrungen. Daher ist es wesentlich, wenn Mitarbeiter sowohl hausintern als auch hausertern über Ergebnisse und Erkenntnisse ihrer Arbeit berichten und so ihr Wissen weitergeben. Darüber hinaus konnten 75 positive Berichte in Medien im Jahr 2007 gezählt werden. Dies ist Ausdruck dafür, dass die Leistungserbringung in den LKHs auch in der Öffentlichkeit positiv wahrgenommen wird.

Die Möglichkeit an Qualitätswettbewerben teilzunehmen und von externen Fachexperten ein Feedback über die eigene Arbeit zu erhalten, bietet zusätzlichen Anreiz und Motivation für die Mitarbeiter, die QM-Arbeit erfolgreich weiterzuführen. Ferner kann es aufschlussreich sein, sich mit anderen Einrichtungen zu messen, um eine bessere Einschätzung des eigenen Qualitätsniveaus zu erhalten.

KAGes als Gesamtunternehmen - Gewinner des Golden Helix Award 2007

Dass die KAGes mit ihren Qualitätssicherungs und –management Aktivitäten sich durchaus mit anderen messen kann, hat sie durch ihre Teilnahme am Golden Helix Award 2007 bewiesen. Die Beteiligung an diesem Qualitätswettbewerb hat in der Steiermärkischen Krankenanstaltenges.m.b.H. bereits Tradition. In den vergangenen Jahren schafften es einige Projekte unter die Finalisten zu kommen. Mit dem Projekt „Das Steirische Herz – Qualitätsentwicklung bei der Behandlung des akuten Koronarsyndroms“, konnte 2007 der Preis erstmalig gewonnen werden. Projektleiter war Univ. Prof. Dr. Pilger. Maßgeblich für die Realisierung der Maßnahmen verantwortlich waren die Leiter der drei Kardiologischen Zentren, Ass. Prof. Dr. Brussée, Deptl. Dr. Weihs, Prim. Univ. Prof. Dr. Zenker.

Projekt-Kurzbeschreibung:

Im Rahmen dieses Projekts erfolgte die regionale und zeitliche Koordination der 3 Herzkatheterinterventionszentren und die Optimierung der Abläufe in den Katheterzentren, was zu einer Verbesserung der Akutversorgung aller SteirerInnen mit akutem Koronarsyndrom führt. Auf Grundlage der evidenzbasierten Leitlinien der Europäischen Gesellschaft f. Kardiologie wurde eine rasche Zugangsmöglichkeit und damit Rechtzeitigkeit der primären Herzkatheter-Intervention für alle PatientInnen die einen Herzinfarkt erleiden geschaffen und dies 24 h, 7 Tage die Woche. Dadurch konnte die Zahl der Akut-Interventionen bei Patienten mit einem akutem Koronarsyndrom gesteigert werden, und auch die Zeiten von Diagnosestellung bis Katheterintervention konnten verkürzt werden. Anhand der Zahlen lässt sich aber auch messen, dass schwerstbetroffene PatientInnen am meisten profitieren, nämlich jene die im Schockgeschehen behandelt werden. Bei dieser Patientengruppe konnte die Sterblichkeitsrate drastisch reduziert werden.



Foto vom Vorortbesuch



Foto von der Preisverleihung

Weitere Preise die an die KAGes als Gesamtunternehmen verliehen wurden:

Multimedia & e-Business-Staatspreis 2006

Juryauszeichnung in der Kategorie Wellness, Gesundheit und Soziale Dienste

Frauen- und familienfreundliches Unternehmen -

unter den drei besten Betrieben in der Kategorie öffentlich-rechtliche Unternehmen

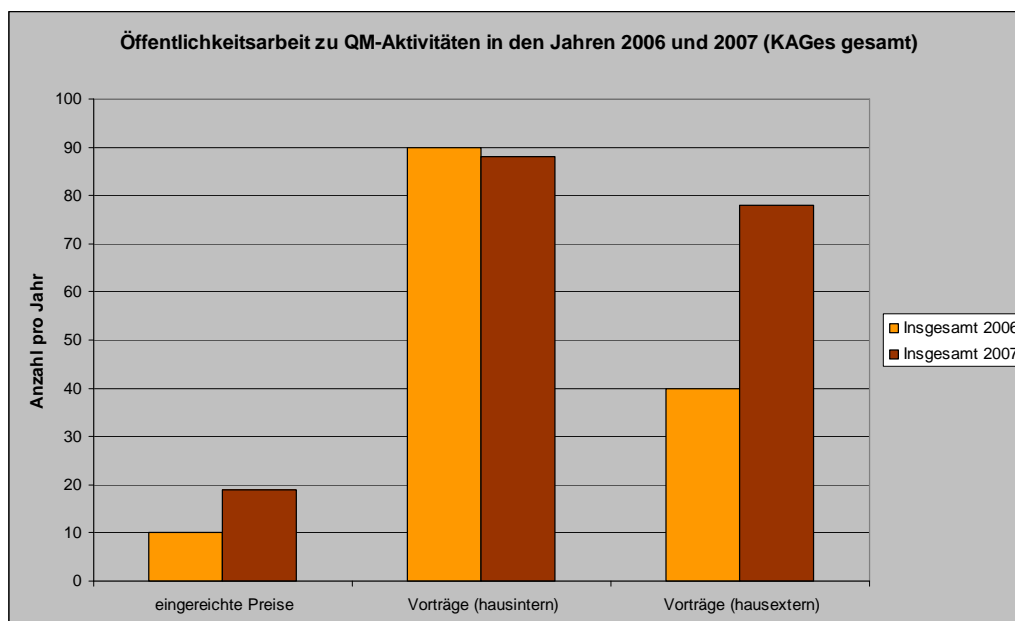
Ökoprofit®-Auszeichnung 2005/2006

Abgesehen von den Bewerbungen der KAGes als Gesamtunternehmen an div. Qualitätspreisen, beteiligen sich die einzelnen LKH, Abteilungen, Univ. Kliniken an solchen Wettbewerben und dies überwiegend mit ausgezeichnetem Erfolg.

Tabelle mit verliehenen Preisen und Anerkennungen gemeldet in den Qualitätsberichten für 2007:

Preis / Anerkennung		LKH
Staatspreis Arbeitssicherheit / allg. Mitarbeitereinführung	Anerkennungsschreiben	LKH Bruck
Amtsmanager / allg. Mitarbeitereinführung	Anerkennungsurkunde	
Steirischer Integrationspreis / öffentlichkeitsnahe Betriebe	Normierungsurkunde	
Fit im Job / Betriebliche Gesundheitsförderung	Gewinner	LSF
Steirischer Integrationspreis 2007	Regionalsieger	LKH Stolzalpe
Behindertenfreundliches Krankenhaus	Preis erhalten	
„Fit im Job – Der steirische Gesundheitspreis 2007“	1. Preis in der Kategorie III	LKH Weiz
Anerkennung für beispielhafte Integration und Zusammenarbeit von Behinderten und nicht behinderten Menschen	Anerkennung - verliehen von Gesundheitslandesrat Mag. Hirt	

Öffentlichkeitsarbeit zu QM-Aktivitäten im Vergleich 2006/2007:



3.3. Innerbetriebliches Vorschlagswesen (IVW)

Das IVW soll Mitarbeitern die Möglichkeit bieten, an der Unternehmensgestaltung aktiv mitzuwirken. Der Geschäftsführung ist es ein Anliegen, das gesamte Potential von Mitarbeitern zu erkennen, diese zu fördern und zu ermutigen Vorschläge zur Verbesserung einzubringen. Insgesamt wurden in den Jahren 2006 und 2007 von 10 LKHs 78 Vorschläge eingebracht, es ist jedoch in den Qualitätsberichten der LKHs nicht erfasst, wie viele davon umgesetzt werden konnten. Gemessen am Gesamtpotential an Mitarbeiterinnen weist die vergleichsweise geringe Zahl an Vorschlägen darauf hin, dass eine Aktivierung des innerbetrieblichen Vorschlagswesens im gesamten Unternehmen unumgänglich ist. Daher wird seitens des Qualitätsmanagement derzeit an einer Veränderung bzw. Weiterentwicklung dieses Instrumentes gearbeitet.

3.4. Abgeschlossene QM-Projekte / Aktivitäten / Initiativen

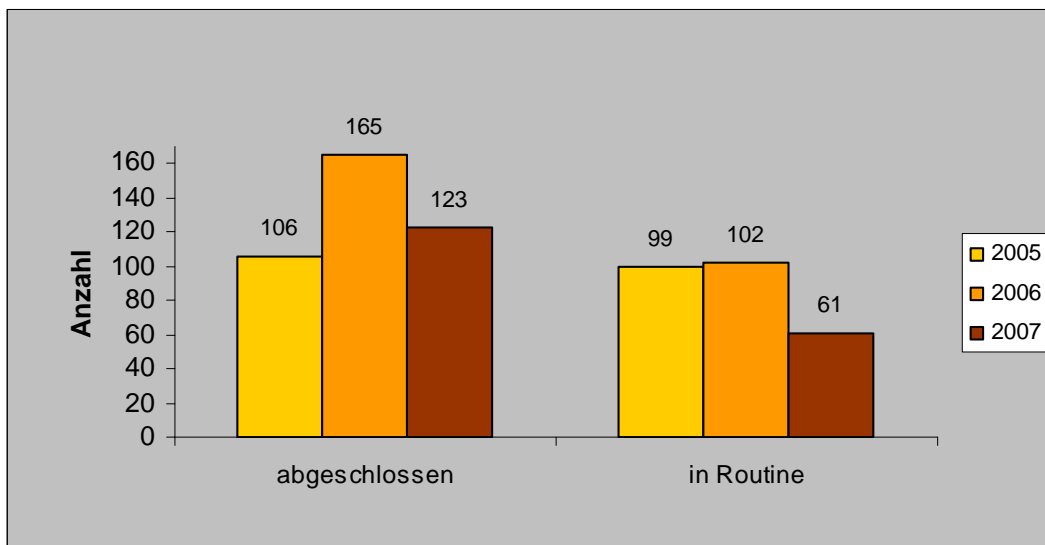
Durch zahlreiche QM-Projekte / Aktivitäten / Initiativen gewinnt das Qualitätsmanagement in den LKHs zunehmend an Bedeutung. Es konnten viele Probleme gelöst, Prozesse vereinfacht und neue Ideen umgesetzt werden.

In den Jahren 2006 und 2007 hat es eine Vielzahl an QM-Projekten gegeben, von denen bereits Ergebnisse vorliegen. Viele der Projektergebnisse wurden in die Routinephase übergeführt, einige wurden bereits evaluiert und weiterentwickelt. Die seitens der LKHs berichteten Zahlen beinhalten allerdings einen gewissen „Reporting Bias“, da auch Projekte durchgeführt werden, die durchaus als Teil eines umfassenden kontinuierlichen Qualitätsverbesserungsprozesses zu verstehen wären, jedoch nicht unter diesem Blickwinkel gesehen und daher nicht berichtet werden. Andererseits können aber auch Projekte und Aktivitäten erfasst werden, die einem anderen Bereich zuzuordnen wären.

Zu allen Befähigerkriterien nach dem EFQM-Modell wurden Projekte gestartet, wobei die Verteilung der Aktivitäten 2006 und 2007 zu den Themen „Politik und Strategie“, „Partnerschaften und Ressourcen“, „Mitarbeiter“ und „Prozesse“ etwa gleich waren. Dies ist im Gegensatz zu 2005, wo sich die Aktivitäten vor allem auf die Restrukturierung und Neuplanung der Abläufe („Prozesse“) sowie auf Mitarbeiterorientierung konzentrierten. Im Jahr 2007 werden erstmals Projekte, die mehrere Kriterien umfassen gesondert erfasst.

Die systematische Messung des Qualitätsniveaus (=Selbsteinschätzung) im Rahmen der Selbstbewertungen nach dem EFQM-Modell kann zu dieser Umverteilung der Schwerpunktsetzung der Aktivitäten zu anderen Kriterien beigetragen haben. Im gesamten Beobachtungszeitraum von 3 Jahren wurden zum Kriterium „Führung“ die wenigsten Aktivitäten durchgeführt.

Anzahl der Projekte die in den Jahren 2005/2006/2007 abgeschlossen oder bereits in die Routinephase übergeführt wurden im Vergleich:

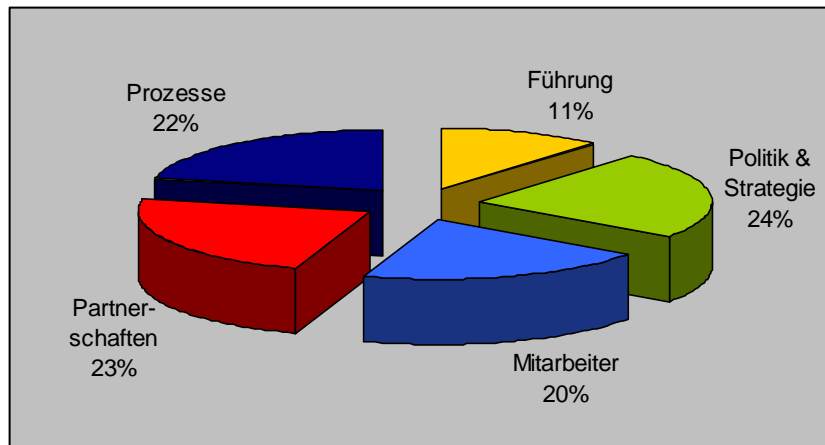


Zuordnung der QM-Projekte/Initiativen/Maßnahmen der einzelnen Regionen und des LKH-Univ. Klinikum Graz zu den Befähigerkriterien nach dem EFQM-Modell 2006					
Region Süd-Ost FEL, FUE, HAR, RAD, WIE					
Umsetzungsstatus	Führung	Politik & Strategie	Mitarbeiter	Partnerschaften	Prozesse
abgeschlossen	3	15	18	15	13
in Routine	1	2	6	4	9
Region Süd-West DEU, HOE, LPH, LSF, VOI, WAG, WE					
Umsetzungsstatus	Führung	Politik & Strategie	Mitarbeiter	Partnerschaften	Prozesse
abgeschlossen	9	22	16	22	17
in Routine	4	6	12	8	12
Region Nord-Ost BRU, LEO, MUE					
Umsetzungsstatus	Führung	Politik & Strategie	Mitarbeiter	Partnerschaften	Prozesse
abgeschlossen	13	18	11	18	20
in Routine	5	4	4	4	2
Region Nord-West AUS, JUK, ROT*, STO*					
Umsetzungsstatus	Führung	Politik & Strategie	Mitarbeiter	Partnerschaften	Prozesse
abgeschlossen	1	4	1	3	2
in Routine	1	11	4	6	6
LKH - Univ. Klinikum Graz**					
Umsetzungsstatus	Führung	Politik & Strategie	Mitarbeiter	Partnerschaften	Prozesse
abgeschlossen	1	4	4	6	4
in Routine	9	12	9	9	6

* keine genaue Zuordnung im Qualitätsbericht

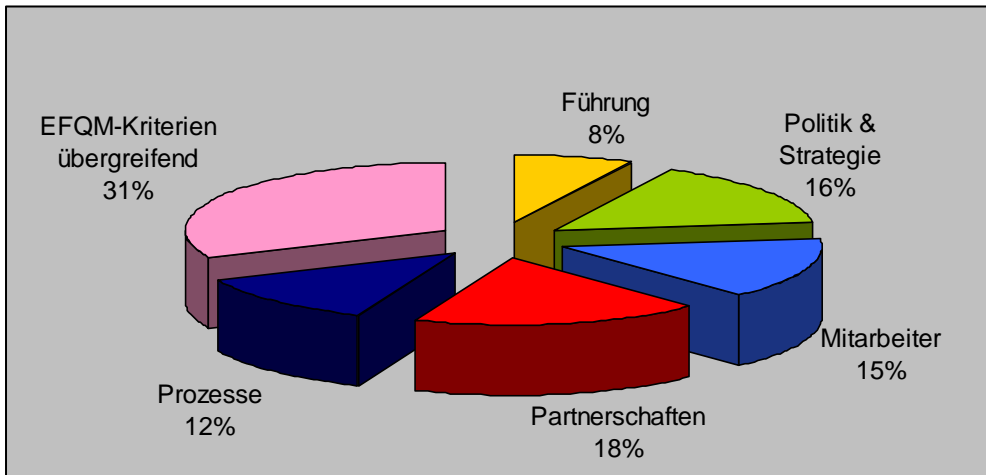
** exclusive QM-Projekte der Stabstelle Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement 2006 des LKH-Graz

Prozentuelle Zuordnung der Projektaktivitäten zu den Befähigerkriterien nach dem EFQM-Modell 2006:



Zuordnung der QM-Projekte/Initiativen/Maßnahmen der einzelnen Regionen und des LKH-Univ. Klinikum Graz zu den Befähigerkriterien nach dem EFQM-Modell 2005					
Region Süd-Ost		FEL, FUE, HAR*, RAD, WIE			
Umsetzungsstatus	Führung	Politik & Strategie	Mitarbeiter	Partnerschaften	Prozesse
abgeschlossen	4	3	16	14	19
in Routine	0	0	5	3	3
Region Süd-West		DEU*, HOE, LPH, LSF, VOI, WAG, WES			
Umsetzungsstatus	Führung	Politik & Strategie	Mitarbeiter	Partnerschaften	Prozesse
abgeschlossen	18	21	20	18	25
in Routine	29	24	32	21	35
Region Nord-Ost		BRU, LEO, MUE			
Umsetzungsstatus	Führung	Politik & Strategie	Mitarbeiter	Partnerschaften	Prozesse
abgeschlossen	4	10	7	6	14
in Routine	3	2	5	2	5
Region Nord-West		AUS, JUK*, ROT*, STO			
Umsetzungsstatus	Führung	Politik & Strategie	Mitarbeiter	Partnerschaften	Prozesse
abgeschlossen	3	0	4	0	4
in Routine	2	1	2	1	2
LKH - Univ. Klinikum Graz					
Umsetzungsstatus	Führung	Politik & Strategie	Mitarbeiter	Partnerschaften	Prozesse
abgeschlossen	1	4	1	2	7
in Routine	1	1	2	0	5

Prozentuelle Zuordnung der Projektaktivitäten zu den Befähigerkriterien nach dem EFQM-Modell 2007:



Zertifizierungen und Selbstbewertungen

(gemeldet in den Qualitätsberichten – Stand Dezember 2007)

Zertifizierungen

Qualitätssiegel / Akkreditierungen / Zertifikate	Erhalten / Zertifiziert seit	Bereich / Abteilung
ILS Provider	2007	LKH Stolzalpe
FQSD-Ö Diabetologie Haus Hörgas	2007	LKH Hörgas-Enzenbach
Maietta-Hatch-Auszeichnung - Kinästhetics	2007	LKH Hörgas-Enzenbach
FQSD-Ö Diabetologie	2007	LKH Hörgas-Enzenbach REM-Station LKH Hörgas-Enzenbach Haus Hörgas
GMP (Betriebsstätten- genehmigung) Apotheke Zytostatikaufbereitung	2007	LKH Graz West
EBU- Zertifikat	2007	LKH Leoben - Urologie
ÖGGH – Qualitäts-Zertifikat- Darmerkrankungen	2007	LKH Deutschlandsberg
Gütesiegel / Betriebliche Gesundheitsförderung	2007	LSF
Gütesiegel / Betriebliche Gesundheitsförderung	2007	LKH Weiz
ÖQUASTA – Gütesiegel für Rundversuche – ausgezeichnete Laboranalytik	2006	LKH Voitsberg
ÖQUASTA – Gütesiegel für Rundversuche - Gerinnung	2006	LKH Mürzzuschlag
EMAS	2006	LKH Hartberg
	2004	LKH Mürzzuschlag / Mariazell
Akkreditierung Schlaflabor	2005	LKH Hörgas/Enzenbach
Qualitätszertifikat - Mammadiagnostik	2004	LKH Graz West - Radiologie
EFI (European Federation for Immunogenetics)	2000	LKH-Univ. Klinikum Graz - Univ. Klinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, HLA-Labor
EN ISO/IEC 17025	1998	LKH-Univ. Klinikum Graz - Prüfstelle für Strahlenschutz

Zertifizierungen nach der ISO - Norm

Zertifizierung	Zertifiziert seit	Bereich / Abteilung
ISO 14001:2004 internationale Umweltmanagementnorm	2006	LKH Hartberg
	2004	LKH Mürzzuschlag / Mariazell
	1997	LKH Bruck a. d. Mur
ISO 9001: 2000 internationale Qualitätsmanagementnorm	2007	LKH Univ. Klinikum Graz – Zentrum f. Medizinische Grundlagenforschung
		LKH Leoben – Inst. f. Med. Radiologische Diagnostik
		LKH Graz West – Bereich Wirtschaft
	2006	LKH-Univ.Klinikum Graz – Univ. Klinik für Innere Medizin – Endokrinologisch-Nuklearmedizinisches Labor
		LKH-Univ.Klinikum Graz – Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie
	2004	LKH Graz West – Institut für Pathologie
	2003	LKH-Univ.Klinikum Graz – Univ. Klinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin
	2002	Institut für Krankenhaushygiene
1999	LKH Univ. Klinikum Graz – Univ. Klinik für Strahlentherapie-Radioonkologie	
1998	KAGes Zentralklinik	

HACCP - Zertifizierungen

Zertifizierung	Zertifiziert seit	Bereich / Abteilung
HACCP-Konzept Gefährdungsanalyse und kritische Lenkungspunkte im Lebensmittelbereich	2005	LKH Bad Aussee – Küche
		LKH Bad Radkersburg – Küche
	2004	LKH Voitsberg
		Landesnervenklinik Sigmund Freud – Küche
		LKH Hörgas/Enzenbach
	2003	LKH Bruck a. d. Mur – Küche
	2002	LKH Hartberg – Küche
		LKH Mariazell
	2001	LKH Leoben / Eisenerz
		LKH Mürzzuschlag
2000	LKH Fürstenfeld – Küche	
2000	LKH Wagna – Küche	
1999	LKH-Univ. Klinikum Graz – Hauptküche	

Validierung ⁴

Zertifizierung	Zertifiziert seit	Bereich / Abteilung
Validierung Hygieneanforderungen bei der Aufbereitung v. Medizinprodukten	2007	LKH Bruck - Augensterilisation
	2006	LKH Graz West – Reinigungs- und Desinfektionsprozess
	2005	LKH Graz West – Dampf-Sterilisationsprozess
	2004	LKH Bruck a. d. Mur
	2003	LKH Univ. Klinikum Graz - Univ. Klinik f. Kinderchirurgie-Zentralsterilisation LKH Bad Radkersburg
	2001	LKH Fürstenfeld LKH Hartberg

Abgeschlossene EFQM-Selbstbewertungen

(Stand: Dezember 2007)

	Selbstbewertung	LKH / Abteilung
Simulationsmethode	1997, 2000, 2006	LKH Stolzalpe
	2000, 2004	LKH Bruck a. d. Mur
	1999, 2006	LKH Rottenmann
	2007	LKH Bad Radkersburg LKH Judenburg - Knittelfeld
Workshopmethode ⁵	2006/2007	LKH Hörgas-Enzenbach
		LKH Bad Aussee
		LKH Deutschlandsberg
		LKH Feldbach
		LKH Fürstenfeld
		LKH - Univ.Klinikum Graz / 4 Kliniken
		LKH Leoben-Eisenerz
		LKH Mürzzuschlag-Mariazell
		LKH Voitsberg
		LKH Wagna
		LKH Weiz
LSF Graz		
LPH Schwanberg		

⁴ (Prüfung des Aufbereitungsprozesses v. Medizinprodukten lt. Betreiberverordnung im Hinblick auf Sterilisation, Reinigung und Desinfektion)

⁵ Die Selbstbewertungen der LKHs Hartberg und Graz West werden im Jahr 2008 finalisiert.

**Abgeschlossene
QM-Projekte der LKHs
gegliedert nach Regionen**

QM-Projekte der LKHs

Region NORD-WEST

LKH Bad Aussee 2006/2007

Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungsstatus	Bereich
Präsentation der neuen QMK im Hause	abgeschlossen	gesamtes LKH
Installierung von QM-Briefkästen	abgeschlossen	gesamtes LKH
Reaktivierung des Innerbetrieblichen Vorschlagswesens	in Routine	alle Mitarbeiter
permanentes Patientenfeedback	in Routine	Stationen, QMK
Medika Infoportal	in Routine	Apotheke, Ärzte, Pflege
open MEDOCS-Releasewechsel	in Routine	Ärzte, Pflege, Verwaltung
Montage von Seifen- bzw. Duschgelhalterungen	abgeschlossen	alle Stationen
Einsatz rutschfester Matten bei der Patienten-Mobilisation	in Routine	Stationen, Pflege, Physiotherapie
Anschaffung und Einsatz von Laptops	abgeschlossen	Pflege
Laborjournaldienst	in Routine	Labor
Ärztliche Dokumentation weg vom Patientenbett	abgeschlossen	Ärzte, Pflege
Kinästhetik-Ausbildung	in Arbeit	alle Bereiche
VAC – Spezialisten-Ausbildung (Vacuum-assistierter-Wundverschluss)	in Arbeit	Ärzte, Pflege
Psychosomatik-Ausbildung	in Arbeit	Pflege
Wundmanager-Ausbildung	in Arbeit	Pflege
Aromatherapie	in Routine	Pflege
Automatische Eingangstüre	abgeschlossen	gesamtes LKH
Endoskopieraum	in Routine	Ambulanz, Pflege, Ärzte
Montage von Handläufen in den Gängen	in Vorbereitung	alle Stationen
Wegweiser und Informationstafel im Eingangsbereich	in Vorbereitung	Verwaltung

Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungsstatus	Bereich
Kinästhetik Ausbildung	in Arbeit	alle Bereiche/Pflege
VAC-Spezialisten-Ausbildung (Vacuumassistierter Wundverschluss)	abgeschlossen	Ärzte, Pflege
Psychosomatikausbildung	abgeschlossen	Pflege
Wundmanagerausildung	abgeschlossen	Pflege
Montage von Handläufen in den Gängen	abgeschlossen	alle Stationen
Wegweiser und Informationstafel im Eingangsbereich	abgeschlossen	Verwaltung
Notfallplan für CINT	in Vorbereitung	CINT, Station/Pflege, Ärzte
EFQM-Selbstbewertungs-WS	in Arbeit	gesamtes Haus, alle Berufsgruppen
Öffentlichkeitsarbeit	in Vorbereitung	gesamtes Haus, alle Berufsgruppen
Optimierung der Abläufe in der chir. Ambulanz und involvierten Stellen	in Vorbereitung	chir. Ambulanz (Pflege, Ärzte, Radiologie, chir. Sekretariat, Hol- und Bringdienst)
Umstieg von externen auf internen Essenstransport	in Routine	Verwaltung, Haustechniker
Brandschutz im LKH Aussee	in Arbeit	gesamtes Haus
Teamtraining für Stationsleitungen und PDL	abgeschlossen	Pflege
Aktion „Vital im Spital“ (Nordic-Walking-Grundkurs)	in Routine	alle Mitarbeiter
Defibrillation mit Halbautomaten-Schulung	in Arbeit	Pflege, Ärzte
VAC-Update (Vacuumassistierter Wundverschluss)	abgeschlossen	Ärzte, Pflege
Konzept für TB (Tuberkulose)-Kontrolle der MA + Einteilung in Risikogruppen	in Routine	gesamtes Haus, alle Berufsgruppen
Organisation zur zentralen Sterilisation	in Arbeit	alle Stationen, OP, Ambulanzen/Pflege
Einführung neuer Fieberkurven im KADEX-System	abgeschlossen	interne Abteilung
Einführung einer täglichen Ambulanz an der medizinischen Abteilung	in Routine	interne Abteilung
Etablierung von Spezialambulanzen	in Routine	interne Abteilung
Regelmäßiges Treffen der versch. Berufsgruppen der int. Abteilung (Jour fix)	in Routine	interne Abteilung

regelmäßige Pressearbeit	in Routine	gesamtes Haus
Erweiterung des diagnostischen und therapeutischen Angebotes	in Routine	interne Abteilung
Modernisierung des Geräteparks	in Arbeit	interne Abteilung
Schmerzmanagement-Weiterbildung	in Arbeit	CINT, Anästhesie, Pflege
Ausbildung für Nierenersatztherapie	in Arbeit	Intensivpflege-personal
Ausbildung zum klinischen Riskmanager	in Arbeit	gesamtes Haus
QM-Aktivitätendokumentation in strukturierter Form	in Arbeit	gesamtes LKH
Regelmäßige Besprechungen zw. Vertretern des LKH und der psychosomat. Klinik zum Thema Speiserversorgung	in Routine	gesamtes Haus
Lob/Dank im Intranet	in Arbeit	gesamtes Haus

LKH Rottenmann 2006/2007

Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungsstatus	Bereich
Schmerzmanagement	im Tagesablauf integriert	Gyn. Abteilung
Maßnahmenevaluierung – Stimmungsbild chirurgische Ambulanz	in Arbeit	Chir. Ambulanz
Patientenfeedback-System-Überarbeitung	in Routine übergeführt	gesamtes LKH
Ideensuche	Teil 1 abgeschlossen	gesamtes LKH
Patientenbefragung in den Ambulanzen	in Arbeit	Ambulanzen
Teamzusammenführung der Pflegeteams, med.- und Op.-Intensivstation	in Arbeit	med.- und Op.-Intensivstation
Kinästetikintegration in den Pflegealltag	in Arbeit	gesamtes LKH
Smiley	abgeschlossen	gesamtes LKH

Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungsstatus	Bereich
Rauf	Abgeschlossen	gesamtes Haus
Teamzusammenführung Intensiv Pflege	In Tagesablauf integriert	Interdisziplinäre Intensiveinheit/Pflege
Kinästheticsintegration Pflege	In Arbeit	gesamte Pflege
Ideenwettbewerb/Logo	In Arbeit	sämtliche Mitarbeiter
PATTOP	In Arbeit	sämtliche Mitarbeiter
Pflegebaum	In Arbeit	Mitarbeiter Pflege

LKH Stolzalpe 2006/2007

Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungsstatus	Bereich
Gesundheitsförderung in den Schulen	-	-
Umfassende Patientenbefragung 2. Phase	abgeschlossen	QB, patientennahe Bereiche
Umfassende Patientenbefragung 3. Phase	in Arbeit	QB, Führungskräfte
MEDOCS – Erweiterungen der Applikationen	in Arbeit	Ärzte, Pflege, Schreibdienst
Einführung des Schnittstellenmanagements im regionalen Gesundheitswesen – Versorgungskoordination	in Arbeit	Ärzte, Pflege
Arbeitskreis „Reinigungsdienst-Pflege“	in Arbeit	HWD, Pflegehelfer, Stationsleitungen
Implementierung eines Ernährungsteams	in Arbeit	Ärzte, Pflege, Diätologen
3. Selbstbewertung nach EFQM	in Arbeit	alle
Einführung von Speech Mike	in Arbeit	Ärzte, Schreibdienst
Orthop. Arztbriefe – Evaluierung	in Arbeit	Ärzte, Pflege, Schreibdienst, Dokumentation
PPN – Stationsorganisation	in Arbeit	Pflegebereich
Kinästhetik in der Pflege	in Arbeit	Pflegebereich
Evaluierung der Pflegedokumentation innerhalb der Region Nord West	-	-

Gestaltung eines Begleitzimmers auf der Med.1	abgeschlossen	Pflegebereich
Gestaltung des Gesundheitsführers für den Bezirk Murau	abgeschlossen	-
Projekt „Abschiednehmen im Krankenhaus“ mit der Fachschule für Sozialberufe Murau	-	-
Prozessmodellierung in ADONIS®	in Arbeit	-
Neustrukturierung der Med.-Ambulanz	in Arbeit	Ärzte der Med.-Abt., Pflege der Med.- Ambulanz u. Med-Intensiv
Optimierung der digitalen Krankengeschichte	in Arbeit	Ärzte Ortho., Schreibdienst
Evaluierung der Montagmorgen-Besprechung	in Arbeit	Teilnehmerkreis (Führungskräfte)
Einführung von Controllingberichten für DL	abgeschlossen	DepLt. Ortho., Med. u. Controlling Mitarbeiter
Umstellung des Ausspeisesystems	in Arbeit	Personal d. Speisen- versorgung; Stations- personal
Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungs- status	Bereich
Security im Krankenhaus, Schwerpunkt Zugangssicherheit	In Arbeit	Alle Bereiche/alle Berufsgruppen der Region Nord/West
Erstellen von Evakuierungsplänen	In Arbeit	Alle Bereiche/alle Berufsgruppen
3. SBW nach EFQM, siehe Anlage	Abgeschlossen	Alle Bereiche/alle Berufsgruppen
Ernährungsteam/Diabetesteam	In Arbeit	Bettenführende Stationen, Ärzte, Pflegefachkräfte, DiätologInnen
Problembearbeitung aus der Umsetzung „Projekt Cleanic“ (RD-Pflege)	Abgeschlossen	HWD, PFH, pflegerische Stationsleitungen
Orthopädische Arztbriefe – Evaluierung, siehe Anlage	Abgeschlossen	Orthopädische Ärzte, Stations-sekretärinnen, ärztlicher Schreibdienst
Neustrukturierung der Med-Ambulanz	In Arbeit	Ärzte der Med. Abt., Pflegefachkräfte der Med. Ambulanz und Med. Intensiv
ILS-Stolzalpe	In Arbeit	Alle Bereiche/alle Mitarbeiter
Optimierung der digitalen KG	In Arbeit	Orthopädische Ärzte, ärztlicher Schreibdienst
EDV Notfallplan, siehe Anlage	Abgeschlossen	Patientenferne EDV Systeme/Bereiche

Patientenhotel (Mitarbeit bei Diplomarbeit)	Abgeschlossen	Pflegebereich, keine Umsetzung für unser Haus erfolgt
Wareneingang, siehe Anlage	Abgeschlossen	
Optimierung Essensanmeldung	In Arbeit	Alle Mitarbeiter
Orthopädische Ambulanz Neustrukturierung	In Arbeit	Orthopädische Ambulanz
Mikro Shred Haus 1, siehe Anlage Pflege > MA Schulung Haus 1	Abgeschlossen	
Therapeutic Touch	In Arbeit	Pflegepersonen der perioperativen Intensivstation
PDU, Vorbereitungsambulanz	In Arbeit	Orthopädische Station H1/2. Stk.
Prozesserstellung Endoskopie	In Arbeit	Endoskopiebereich Interne Abteilung
Erweiterung der MA-Einführung	In Arbeit	Einführungsteam
Arbeitskreis FK	In Arbeit	Ärzte, Pflege der bettenführenden Stationen
PPN-Stationsorganisation	Abgeschlossen	Siehe Projekt Personaldirektion
Kinästhetics in der Pflege	In Arbeit	Gesamte Pflegepersonen
Evaluierung der Montagmorgenbesprechung, siehe Anlage	Abgeschlossen	Teilnehmerkreis
Weiterentwicklung EFQM	In Arbeit	Siehe Projekt MedDion
Implementierung klinisches Riskmanagement	In Arbeit	Siehe Projekt ZDion
Arzt-Patienten-Kommunikationstraining	Abgeschlossen	Ärzte aller Abteilungen
Sprechstunde chronisches Wundmanagement	In Arbeit	Ortho/E

LKH Judenburg-Knittelfeld 2006/2007

Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungsstatus	Bereich
Koordinierte Entlassung der Patienten	in Routine übergeführt	Patienten, Angehörige, Arzt u. Pflegepersonal
Versorgungskoordinator	in Routine übergeführt	Mitarbeiter im stationären Bereich, Patienten u. Angehörige
Optimierung der Labororganisation	gestoppt (KAGes-Projekt-Lobak)	Labor JUK

Labor-POCT-Projekt	in Routine übergeführt	Labor JUK
PFS – permanente Patientenbefragung mittels Fragebogen	in Routine übergeführt	alle Bereiche, Patienten
Optimierung der Arbeitsabläufe parenteraler Medikation	umgesetzt	Med.-Abt.
Arbeitsgruppe – QBs der Region Nord-West	in Routine übergeführt	Region Nord-West
Zuweiser Befragung	in Arbeit	Zuweiser, Patienten, Angehörige, Ärzte, Pflegepersonal
Rauchfreies LKH	in Routine übergeführt	gesamtes LKH
Klimatisierung des Medikamenten-Depots	umgesetzt provisor. Lsg.	Medikamenten-Depot
Verkürzung der Wartezeit für onkologische Patienten	in Routine übergeführt	Onko.- u. Med.-Ambulanz
Verkürzung der Wartezeiten in den Ambulanzen	in Arbeit	alle Ambulanzen
Sicherheitsaufkleber auf Glastüren	in Routine übergeführt	relevante Bereiche
Förderung gesundes Krankenhaus: Frei vom Rauchen-Seminar, Grippe-Impfaktion, FSME-Impfaktion, Wandertag, Sportfest für beide Standorte	in Routine übergeführt	Mitarbeiter
Förderung gesundes Krankenhaus: Fitnessraum am Standort Judenburg	in Routine übergeführt	Mitarbeiter
Reduzierung der Restmüllmengen	in Routine übergeführt	alle Bereiche
Reduzierung der Küchenabfälle	in Routine übergeführt	Küche u. stat. Bereich
Reduktion der Flächen- und Reinigungsmittel	in Routine übergeführt	Verwaltung, Umweltschutz
Optimierung des Wäscheverbrauchs	in Routine übergeführt	stat. Bereich u. Wäschemanipulation
Gefahrguttransport und Versand von diagnostischen Proben	in Routine übergeführt	stat. Bereich u. Postversand
Gasflaschentransport	in Routine übergeführt	Technik
EFQM-Selbstbewertung	in Arbeit	gesamtes LKH
Verbesserung der Ambulanz-Organisation	in Arbeit	Patienten, Pflegepersonal, Ärzte, Rettung
Küchenausschuss	umgesetzt	Mitarbeiter, Patienten
Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungs-status	Bereich
Zuweiserbefragung	Abgeschlossen	Zuw. Ärzte, Abtlgs. Vorstände (Ärzte), Pflege

EFQM-SBW	In Arbeit	Ärzte, Pflege, paramed. Bereich, AL
Amb. Optimierung „ Reduktion der Wartezeiten und Optimierung der Arbeitsabläufe in den Ambulanzen“	In Arbeit	Ärzte, Pflege, AL
Patientenbefragung (KAGes)	In Arbeit	Pflege, AL, Ärzte
Permanente PFS	Routine	Pflege, Ärzte, Verwaltung, Struktur
Klimatisierung des Med. Depots	Abgeschlossen	Med. Depot, Technik (AL)

QM-Projekte der LKHs

Region NORD-OST

LKH Bruck 2006/2007

Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs-status	Bereich
Etablierung eines Ernährungsteams	in Arbeit	bettenführende Abt., Patienten, Mitarbeiter, Industrie, Apothekerkommission
Sturzmanagement	in Arbeit	bettenführende Abt., Funktionsbereich, Patienten
Revisionssichere Archivierung von medizinischen Dokumenten	in Arbeit	Patienten, Mitarbeiter Rechtsabteilung, Versicherungsträger, Zuweiser
Betriebsorganisation – Detailplanung und Ablaufmodellierung, Umbau UC/AC-Ambulanz/Patientenlogistik	Routine	UC/AC-Ambulanz Patienten, Mitarbeiter Rettungsdienst
Organisation der Fort- und Weiterbildung im Pflegebereich Region Nord/Ost	Routine	Mitarbeiter aus dem Regionalbereich Nord-Ost
Bakteriologische Sicherheit der Wasserversorgung der Region Nord/Ost	in Arbeit	LKHs Region Nord-Ost
Allgemeine Mitarbeiterneueinführung	Routine	neue Mitarbeiter
Laboroptimierung (Kages-weites Projekt)	abgeschlossen	Labor, Mitarbeiter, Industrie
Einführung von verpflichtenden Selbstbewertungen in der KAGes (hausernternes Projekt)	in Arbeit	LKHs der KAGes (ausgenommen LKH Bruck, LKH Stolzalpe, LKH Rottenmann)
Optimierung des Patientenfeedbacksystems	in Arbeit	gesamtes LKH, Patienten
Allgemeine Mitarbeiterbefragung	abgeschlossen	alle Mitarbeiter (ausgenommen Mitarbeiter in Karenz u. Krankenstand)
Optimierung der Ablauforganisation Medizinische Abteilung/Station A	in Arbeit	Med. A, Patienten, Mitarbeiter
Betriebsorganisation Department Gefäßchirurgie	abgeschlossen	gesamtes LKH, Patienten, Mitarbeiter
Optimierung der Ablauforganisation Medizinische Abteilung/Arztbriefstatistik	abgeschlossen	Med.-Sekretariat, Patienten, Mitarbeiter, Zuweiser
Patientenbefragung/Dialysestation	abgeschlossen	Dialysestation, Patienten, Mitarbeiter
Patientenbefragung/UC/B	abgeschlossen	UC/Station B, Patienten, Mitarbeiter
Organisation/ÖNGK-Konferenz	abgeschlossen	Mitarbeiter nationaler u. internationaler Gesundheitseinrichtungen
Entsorgung von nichtmedizinisch gefährlichem Nassabfall (Kages-weites Projekt)	abgeschlossen	gesamtes LKH, Mitarbeiter, Patienten

Testung PVC-weichmacherfreier Produkte	abgeschlossen	Patienten
Patienten-Datenschutz	abgeschlossen	Patienten, Mitarbeiter
KIK – Patienteninformationskanal	Routine	Patienten, Angehörige, Gesellschaft
Optimierung des Informationskiosk, behindertengerechte Montage, vereinfachte Oberflächenstruktur, Internetinhalte erweitert Adressen/Pflegeeinrichtungen	Routine	Patienten, Mitarbeiter, Gesellschaft
Grußkartenservice	in Arbeit	gesamtes LKH, Patienten, Mitarbeiter, Gesellschaft
QM-Homepage	abgeschlossen	Mitarbeiter intern (KAGes-weit)
QM-Mitarbeiterinformationsveranstaltung	Routine	Mitarbeiter der Abt. f. Geburtshilfe
Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungs-status	Bereich
Etablierung eines Ernährungsteams	in Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bettenführende Abteilungen ○ Patient ○ Mitarbeiter ○ Industrie ○ Apothekerkommission
Sturzmanagement	Routine	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bettenführende Abteilungen ○ Funktionsbereich ○ Patient
Revisionssichere Archivierung von medizinischen Dokumenten	in Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> ○ Patient ○ Mitarbeiter ○ Rechtsabteilung ○ Versicherungs-träger ○ Zuweiser
Betriebsorganisation – Detailplanung und Ablaufmodellierung, Umbau UC/AC-Ambulanz/Patientenlogistik	Routine	<ul style="list-style-type: none"> ○ UC/AC-Ambulanz ○ Patient ○ Mitarbeiter ○ Rettungsdienst
Organisation der Fort- und Weiterbildung im Pflegebereich Region N/O	Routine	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mitarbeiter der Region N/O
Allgemeine Mitarbeiter Einführung	Routine	Neue Mitarbeiter aller Berufsgruppen
Laboroptimierung (kagesweites Projekt)	Routine	<ul style="list-style-type: none"> ○ Labor ○ Mitarbeiter ○ Industrie
Optimierung des PFS	Routine	<ul style="list-style-type: none"> ○ Station/Ambulanz/Sehschule ○ Patient
Allgemeine Mitarbeiterbefragung und Fragestellungen zu Gesundheitsförderung	abgeschlossen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Alle Mitarbeiter ○ Ausgenommen MA in Karenz und Krankenstand

Optimierung der Ablauforganisation Medizinische Abteilung/A	Routine	<ul style="list-style-type: none"> ○ Med/A ○ Patient ○ Mitarbeiter
Optimierung der Ablauforganisation Arztbriefstatistik	Routine	<ul style="list-style-type: none"> ○ Med/Sekretariat ○ Patient ○ Mitarbeiter ○ Zuweiser
Grußkartenservice	Routine	<ul style="list-style-type: none"> ○ gesamtes Haus ○ Patient ○ Mitarbeiter ○ Gesellschaft
Kinaesthetics in der Pflege	in Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> ○ Patienten auf der Station und Funktions-bereichen ○ Pflegepersonal
Hebammengeburt	in Planung	<ul style="list-style-type: none"> ○ Schwangere ○ Gebärende ○ Ärzte ○ Hebammen
Schockraummanagement	in Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> ○ Schockraum-patient ○ Mitarbeiter-Ambulanz ○ Mitarbeiter der Notaufnahme ○ Notarzt ○ Rettungs-und Flugdienst
Allgemeine Patientenbefragung	in Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> ○ stationäre Patienten ○ DGKS/DGKP ○ Pflegehelfer
Patientenbefragung Dialysestation	abgeschlossen	<ul style="list-style-type: none"> ○ Dialysestation ○ Patient ○ Mitarbeiter
Patientenbefragung Physiotherapie	in Planung	<ul style="list-style-type: none"> ○ stationäre Patienten ○ Physiotherapeuten
Medikamentensicherheit der oralen Medikamentenverabreichung (Ansprechpartner LKH Bruck/Mur)	in Planung	<ul style="list-style-type: none"> ○ stationäre Patienten ○ Ärzte ○ DGKS/DGKP ○ Apotheke
Händehygiene der Region N/O (Ansprechpartner LKH Bruck/Mur)	in Arbeit	alle Mitarbeiter in Patientennähe
Orientierungstafel für Patienten	in Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> ○ Patienten und Angehörige ○ Mitarbeiter auf der Station
EFQM-LKHs (Ansprechpartner LKH Bruck/Mur)	in Arbeit	LKHs im Verbunder der Stmk. KAGes m.b.H.

LKH Leoben-Eisenerz 2006/2007

Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungsstatus	Bereich
Prozessmanagementsystem Radiologie	abgeschlossen	Institut f. Radiologie Diagnostik
Externer Katastrophenalarmplan	abgeschlossen	gesamtes LKH
Selbstbewertung nach EFQM-Modell	abgeschlossen	Verwaltung, Ärzte, Pflege
Durchführen der Patientenbefragung 2006	abgeschlossen	Verwaltung, Ärzte, Pflege
Projekt „Betriebsorganisation – Zentrale Leitstelle“	abgeschlossen	Verwaltung, Ärzte, Pflege
Bakteriologische Sicherheit der Wasserversorgung der Region Nord-Ost	in Arbeit	gesamtes LKH
Projekt: „Audit Beruf und Familie“	in Arbeit	Abt. f. FHK u. Gebh.
Projekt „Betriebsorganisation – Zentral OP“	in Arbeit	Verwaltung, Ärzte, Pflege
Organisation der Fort- und Weiterbildung im Pflegebereich der Region Nord-Ost	abgeschlossen	Pflege
Patienteninformationsblätter über Zytostatika	abgeschlossen	Hämatonkologie
Interner Katastrophenalarmplan	abgeschlossen	gesamtes LKH
Wissensstand der DGKS/P im pflegerischen Alltag	abgeschlossen	Pflege
Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungsstatus	Bereich
Verbesserung des Aufnahmemanagements in der Abteilung für Chirurgie	In Arbeit	Abteilung für Chirurgie/Ärzte, Pflege, Administration
Verbesserung der Organisationsabläufe für Sonderklassepatienten	In Arbeit	LKH Leoben/Ärzte, Pflege, Technik
Strukturierte Mitarbeiterneueinführung	In Arbeit	LKH Leoben/Mitarbeiter
Einführung Medizinischer Dokumentationsassistenten	In Arbeit	Abteilung für Chirurgie/Ärzte
Prozessmanagementsystem Radiologie	Abgeschlossen	Institut für Medizinische Radiologie-Diagnostik/Ärzte, Pflege, Administration
Audit Beruf und Familie	In Arbeit	Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe/Ärzte, Pflege, Administration

Interne Auditierung im Institut für Interne Radiologie-Diagnostik	Abgeschlossen	Institut für Med. Radiologie-Diagnostik/Ärzte, Pflege, RTAs, Administration
Handhygiene in den Krankenanstalten der Region Nord-Ost	In Arbeit	LKH Bruck/Mur, LKH Leoben-Eisenerz, LKH Mürzzuschlag/Mariazell/Ärzte, Pflege, Administration
Förderprogramm für Nachwuchskräfte des mittleren Managements in der Pflege	In Arbeit	LKH Leoben-Eisenerz/Pflege
Standard zur Durchführung von Studien und Anwendungsbeobachtungen	Abgeschlossen	LKH Leoben-Eisenerz/Ärzte
Kooperation im Bereich Technik – Prüfleistungen bei elektrotechnischen Anlagen	Abgeschlossen	LKH Bruck/Mur, LKH Leoben-Eisenerz, LKH Mürzzuschlag/Mariazell/Ärzte, Pflege, Verwaltung
Bakteriologische Sicherheit der Wasserversorgung	Abgeschlossen	LKH Bruck/Mur, LKH Leoben-Eisenerz, LKH Mürzzuschlag/Mariazell/LKH gesamt
Soll-Konzept zur Krankenhausevaluierung/Krankenhausräumung für den Bereich der Region Nord-Ost	In Arbeit	LKH Bruck/Mur, LKH Leoben-Eisenerz, LKH Mürzzuschlag/Mariazell, LKH gesamt
Evaluierung der Fort- und Weiterbildung in der Region Nord-Ost	Abgeschlossen	LKH Bruck/Mur, LKH Leoben-Eisenerz, LKH Mürzzuschlag/Mariazell/Pflege
Prozessbeschreibung: Richtlinie beim Auftreten von Legionellen	Abgeschlossen	LKH Leoben-Eisenerz/Ärzte, Pflege

LKH Mürzzuschlag-Mariazell 2006/2007

Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungsstatus	Bereich
Umsetzung der Chirurgiereform	abgeschlossen	Standort Mürzzuschlag
AG REM	in Arbeit	-
openMEDOCS Pflegemodul	in Routine übergeführt	gesamte Pflege
Vesta-Einführung	abgeschlossen	beide Standorte
2. EMAS-Zertifizierung	abgeschlossen	Standort Mürzzuschlag
Implementierung einer Infektionsstatistik	abgeschlossen	Ärzte, Pflege

Homepage integriertes Management	in Arbeit	QM, Hygiene, Umwelt, Sicherheit
Optimierung der Verwaltungsorganisation	in Arbeit	Verwaltung beider Standorte
Fort- und Weiterbildung im Pflegebereich der Region Nord-Ost, Organisation und elektronische Anmeldung	abgeschlossen	Pflege beider Standorte
Implementierung der Kinästhetik in der Pflege	in Arbeit	Pflege beider Standorte
Laboroptimierung	abgeschlossen	Labor
Gesundheitsförderung der Mitarbeiter 2006	abgeschlossen	alle Mitarbeiter
Schaffung einer Ergotherapie	in Arbeit	REM-Station, Rheuma-Ambulanz
Befragung zuweisender Ärzte	ausgesetzt	Standort Mürzzuschlag
Mitarbeiterbefragungsergebnisse-Auswertung	in Arbeit	alle Bereiche
Evaluierung des Wundmanagements	in Arbeit	Standort Mariazell
Patientenbefragungsergebnisse	abgeschlossen	beide Standorte
Aufenthaltsraum für Mitarbeiter	abgeschlossen	Mitarbeiter/Standort Mürzzuschlag
Erweitertes Angebot für Frühstück und Mittagessen für Mitarbeiter	in Routine übergeführt	beide Standorte
Evaluierung der Ablauforganisation der Ambulanz Med.-Abt.	geplant	Med./Ambulanz Endo.-Labor
HACCP Zertifikatserneuerung	laufend	Küche
Umweltaudit intern	ausgesetzt	alle Bereiche
Erweiterung der Ambulanz (Abteilung für innere Medizin, Rheumaambulanz) Schaffung eines Überwachungsraumes für Patienten mit endoskopischen Vorsorgeuntersuchungen	abgeschlossen	-
Öffentlichkeitsarbeit: LKH und seine Berufsgruppen, im Rahmen der Berufsfindungstage/Gymnasium (2 Tage), vorstellen	in Routine übergeführt	Pflege, MTDs, Ärzte,
Öffentlichkeitsarbeit: „Unser Krankenhaus stellt sich vor“, für Kindergartenkinder und Volksschüler	laufend	Ärzte, Pflege
Wissensmanagementsystem	in Arbeit	alle Bereiche
Pandemieplan erstellen und kommunizieren	abgeschlossen	2, 4, 5
Q-Zirkel mit den niedergelassenen Ärzten	in Arbeit	4, 5

Aktivitäten laut Umweltmanagement	laufend	4
Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungs-status	Bereich
Auf dem Weg zum Zentrum für chronische Wunden	In Vorbereitung	Standort Mariazell
Chirurgiereform – was heißt das?	In Vorbereitung	Chirurgie
Evaluierung der Ablauforganisation Med. AMB, Labor, Endoskopie	Ausgesetzt	Med. AMB, Labor, Endoskopie
Homepage Pflege	In Arbeit	Pflege in allen Bereichen
Strukturiertes Bewerber Management in der Pflege	In Arbeit	Führungskräfte Pflege
Handbuch neue Mitarbeiter in der Pflege	In Arbeit	Pflege in allen Bereichen
Patienteninformationsmappe neu	Abgeschlossen	Pflege in allen Bereichen
Laborablaufoptimierung 2	Abgeschlossen	Labor
Teleulcus	In Arbeit	Reformpoolprojekt
Blutmappe	Abgeschlossen	MED/AMB
AG Wertgegenstände	Abgeschlossen	Pflege in allen Bereichen
Homepage integriertes Management	In Arbeit	Stabstellen der AL
Optimierung der Verwaltungsorganisation	In Arbeit	Verwaltung
Wissensmanagementsystem	Ausgesetzt	Alle Bereiche
Implementierung der Kinästhetik in der Pflege	In Arbeit	Pflege in allen Bereichen
Q-Zirkel mit den niedergelassenen Ärzten	In Arbeit	Ärzte intra- und extramural
Patientenbefragung	In Arbeit	Alle stationären Bereiche
KH Evakuierung	In Arbeit	Projekt Region Nord-Ost
Öffentlichkeitsarbeit Krankenhaus und seine Berufsgruppen vorstellen im Rahmen der Berufsfindungstage/Gymnasium 2 Tage	Ausgesetzt	MTD, Pflege
Diabetes-Schulung für DGKS	In Arbeit	1 DGKS pro stationärer Bereich

QM-Projekte der LKHs

Region SÜD-WEST

LKH Deutschlandsberg 2006/2007

Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs-status	Bereich
Patientenbefragung	abgeschlossen	Bettenstationen der Abt. f. Chir., Innere Med. u. FHK/Gebh.
Mitarbeiterbefragung	abgeschlossen	alle
EFQM-Selbstbewertung	in Bearbeitung	ERWAL
Zuweiserbefragung	in Bearbeitung	QMK
Öffentlichkeitsarbeit: QM-Tag	abgeschlossen	alle
AUEL	in Routine übergeführt	interdisziplinär, inter-funktio. Intensivstation
Aufbau Umweltmanagementsystem	abgeschlossen	alle
Kommunikation mit den Patienten	abgeschlossen	Bettenstationen der Abt. f. Chir., Innere Med. u. FHK/Gebh.
Optimierung Chirurgische Visite	Überführung in Routine	Abt. f. Chirurgie
Akutversorgung polytraumatisierter Patienten im Schockraum	in Routine übergeführt	Ambulanz, Abt. f. Anästhesie, OP,
Adaptierung und Einführung Patientenfeedback	abgeschlossen	alle Stationen
Patientenbroschüre	in Bearbeitung	alle
Anerkennung im ONGKG	abgeschlossen	alle
Fast-Track-Chirurgie	abgeschlossen	Abt. f. Chir./Abt. f. Anästhesie u. Intensivmedizin
Abteilung für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	Planung	alle Mitarbeiter der Abt.
Aufbau Palliativteam	in Bearbeitung	Abt. f. Anästhesie u. Intensivmedizin
Qualitätskontrolle und Risikomanagement im Bereich ERCP	in Routine übergeführt	Endoskopie
Qualitätskontrolle und Risikomanagement im Bereich PTA	in Routine übergeführt	Angiologie
OÄ Versorgung der Notfallambulanz	in Bearbeitung	Notfallaufnahme
Digitale Dokumentation der Endoskopiebilder	in Bearbeitung	Endoskopie
Intubationstraining	in Bearbeitung	Intensivstation
Tagesklinische Patientendokumentation	in Bearbeitung	alle Stationen der Abt.

Tagesfertige Arztbriefschreibung im stationären Bereich	in Bearbeitung	alle Stationen der Abt.
Tagesfertige Arztbriefschreibung im ambulanten Bereich	in Bearbeitung	alle Ambulanzbereiche u. Endoskopie
Qualitätskontrolle der Blutzuckerhandmessgeräte	in Bearbeitung	gesamtes LKH
BPTN – Berufspraktische Tage NEU	in Bearbeitung	DGKS/P, Hebammen; Physiotherapeuten, Klin. Psychologen, Heilstättenlehrer, Hospiz
Arbeitsgruppe der Pflege (AG Pflegeplanung, AG Sturz, AG Praxisbegleiter, AG Basale Stimulation, AG Hygiene)	in Bearbeitung	Pflege
Arbeitsgruppe der Pflege hausextern	in Bearbeitung	Pflege
Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungsstatus	Bereich
Aufbau Risikomanagement	Schulung Projektabschluss, Erweit. im ges. Haus	Alle BG, alle medizinischen Abteilungen
Prozessgestaltung für den Umgang mit Analyseergebnissen	Projektstart	Alle
Planung von Aktivitäten und Maßnahmen aufgrund der Ergebnisse der Erhebungen	Laufend	z.B. Teambildungsprojekte in verschiedenen Bereichen durch MA-Befragung
Umweltmanagement – Überführung in Routine	Aufbau	Umweltteam, BDion
AUEL	In Routine übergeführt	Ärzte, DGKS, Physiotherapie, rad. technol. Ass., IIST, Erweiterung der Anästhesie
„Interdisziplinäre operative 5-Tagesstation“	Routine 1/2008	Chirurgie, Gynäkologie, Anästhesie, DGKS des stationären, operativen, anästhesiologischen und ambulanten Bereichs, Röntgen, Labor, cardiopulm. Funktionsdiagnostik
Schockraummanagement	Routine	Schockraum Chirurgie, Anästhesie, Röntgen, Labor, Ärzte, DGKS, Rad. Technol. Ass., Notärzte
Reduktion der Ambulanzwartezeiten	Routine 5/2007	MED-Ambulanz
Ambulante Kolonoskopien in Sedierung	In Routine übergeführt	

Befundübermittlungssicherheit	In Routine übergeführt	Abt. für Innere Medizin
Modellerstellung zur Quantifizierung von Ärztebedarf	In Arbeit	KAGES übergreifendes Projekt
Qualitätssicherung von Thoraxsaugdrainagen	Ende 03/2007	KAGES übergreifendes Projekt
Neubauorganisation der geburtshilflichen PDA	Routine	Geburtshilfe, Anästhesie
BPTN – Berufspraktische Tage Neu	In Praxis eingeführt	Pflege, Hebammen, Physiotherapie, Hospiz, Heilstättenlehrerin

LKH Graz West 2006/2007

Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungsstatus	Bereich
Strukturierte Schülereinführung im LKH Graz West	-	alle pflegerischen Bereiche
LKH Graz West openMEDOCS	-	alle Bereiche des LKH Graz West
Präoperative Ernährung	-	Chirurgische Stationen
Erstellung einer Organisationsrichtlinie für den Versand diagnostischer Proben	-	alle pflegerischen Bereiche
Feedbacksystem und Analysesystem über den Leistungsdokumentationsgrad im Ambulanzbereich	-	Ambulanzbereich
Informations- und Berichtswesen im Bereich Ambulanzleistungsdokumentation	abgeschlossen	alle Bereiche des LKH Graz West
Optimierung von Versorgungsprozessen auf Station mittels RFID-Technologie	in Arbeit	Pflege/Apotheke
Erstellen von Leitfäden für Praktikanten, Famulanten, Turnusärzte	in Arbeit	alle medizinischen Bereiche
Rauchfreies Krankenhaus	in Arbeit	alle Bereiche des LKHs
Einsatz einer Bereichsleitung im Pflegedienst für die Stationen A3 und C3	in Arbeit	Pflege Station A3 u. C3
Teilnahme an Österreich-weitem Registry „PTCA bei akutem Herzinfarkt“	in Arbeit	Dep. f. Kardiologie u. Intensivmedizin
Kundenzufriedenheitsanalyse – Institut für Pathologie	abgeschlossen	alle Kunden des Institutes für Pathologie
Erstellung einheitlicher Abfalltrennsysteme im gesamten LKH	abgeschlossen	alle Bereiche des LKHs
Balanced Scorecard (BSC) im Department für Kardiologie und Intensivmedizin	in Arbeit	Dep. f. Kardiologie u. Intensivmedizin
Setzen von Maßnahmen zum Mitarbeiterschutz im Rahmen von Patientenübergriffen	in Arbeit	primär alle Bereiche, die mit Akutpatienten konfrontiert sind

Einsatz flexibler Dienstzeiten auf allen Pflegestationen	in Routine übergeführt	alle pflegerischen Bereiche des LKHs
Kennzahlenmonitoring Herzkatheterlabor	abgeschlossen	Dep. f. Kardiologie u. Intensivmedizin
Erstellung des Abfallwirtschaftskonzeptes für das LKH Graz West	abgeschlossen	alle Bereiche des LKHs
Adaptierung des MEDOCS-Terminplanes für die Bronchoskopie	abgeschlossen	Medizin/Pflege der bettenführenden u. ambulanten Bereiche
LKH Graz West openMEDOCS stationäre Pflege	in Arbeit	alle Pflegepersonen im stationären Bereich
Erstvalidierung Reinigungs- und Desinfektionsgeräte – AEMP	abgeschlossen	Mitarbeiter der Zentralsterilisation
Neuaufgabe Krankenhausmagazin	in Arbeit	alle Bereiche des LKHs
Festlegen von Kriterien zur Beurteilung von medizinischen Produkten	abgeschlossen	alle pflegerischen Bereiche des LKHs
Elektronische Leistungsmeldung im Bereich medizinischer Fremdleistungen UKH	in Routine übergeführt	Rechnungswesen
Kennzahlenmonitoring – Internistische Intensivstation	in Arbeit	Dep. f. Kardiologie u. Intensivmedizin
Überarbeitung der Zuweiserinformation – Institut für Pathologie	abgeschlossen	alle Probenzuweiser zur Pathologie
Poststationäre Patientenbefragung	abgeschlossen	alle stationären Bereiche
Sonderklasse – Marketing	in Arbeit	Mitarbeiter, Schaupp/Tax
Einführen eines Gerätepasses für medizinische Geräte als Schulungsnachweis	in Arbeit	alle Bereiche des LKHs
Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungsstatus	Bereich
Optimierung von Versorgungsprozessen auf Station mittels RFID Technologie		Pflege/Apotheke
Erstellen von Leitfäden für PraktikantInnen, FamulantInnen, Turnusärztinnen und Turnusärzte		Alle medizinischen Bereiche
Rauchfreies Krankenhaus		Alle Bereiche des Hauses
Einsatz einer Bereichsleitung im Pflegedienst für die Stationen A3 und C3, Projekt „Bereichsgründung A3C3“		Pflege, Station A3 und C3
Teilnahme an österreichweitem Registry „PTCA bei akutem Herzinfarkt“		Department für Kardiologie und Intensivmedizin
Balance Scorecard (BSC) im Department für Kardiologie und Intensivmedizin		Department für Kardiologie und Intensivmedizin
Setzen von Maßnahmen zum Mitarbeiterschutz im Rahmen von Patientenübergriffen		Primär alle Bereiche, die mit Akutpatienten konfrontiert sind
LKH Graz West open Medocs stationäre Pflege		Alle Pflegepersonen im stationären Bereich

Neuaufgabe Krankenhausmagazin		Alle Bereiche des Hauses
Kennzahlenmonitoring internistische Intensivstation		Department für Kardiologie und Intensivmedizin
Poststationäre Patientenbefragung		Alle stationären Bereiche
Sonderklasse – Marketing		Mitarbeiter Schaupp/Tax
Einführen eines Gerätepasses für medizinische Geräte als Schulungsnachweis		Alle Bereiche des Hauses
Reformpool-Projekt „Versorgungskoordination“ Nahtstellenmanagement im Großraum Graz	In Arbeit	Alle Bettführenden Stationen
Evaluierung der Speiserversorgung im LKH Graz West	In Routine übergeführt	Alle stationären Bereiche im LKH Graz West
Bewertung von Dienstleistungen – Infrastrukturelle Dienste unter Berücksichtigung der ISO 9001:2000	In Routine übergeführt	Bereich Ver-/Entsorgung
Ultraschallgezielte Regionalanästhesie	In Arbeit	Anästhesiologie
Arzneimittelbetriebsbewilligung gemäß § 63 AMG	In Routine übergeführt	Apotheke des LKH Graz West
Kundenbefragung – Bestattungsunternehmen	Abgeschlossen	Pathologie
Standardisierung der Notfallsutensilien	In Arbeit	Gesamtes Haus
Überarbeitung QM-Dokumentation	Abgeschlossen	Pathologie
Beübung Infektionsstation – Übernahme eines inkubatorisierten Patienten	Abgeschlossen	Infektionsstation
Statiksanierung	In Arbeit	Keller und EG des Hauses, Teile des 1. und 4. OG
Reduktion des Papierverbrauchs in der Radiologie	In Routine übergeführt	Radiologie
Mitfahrbörse	In Routine übergeführt	Alle Mitarbeiter des Hauses
Internes Audit entsprechend ISO 9001:2000	Abgeschlossen	Pathologie
Externes Wiederholungsaudit nach ISO 9001:2000	Abgeschlossen	Pathologie
Arzneimittelbewilligungsservice (ABS) in den Krankenanstalten	In Arbeit	Gesamtes Haus
Erarbeitung eines Evakuierungsplanes LKH West-UKH aufgrund eines Bombenalarms	In Arbeit	Alle Bereiche des LKH West
Integration von Kinästhetics	In Arbeit	
Mitarbeiterempfang aufgrund eines Ausbildungsabschlusses	Abgeschlossen	
Risikobewertung im Bereich Angiographie	Abgeschlossen	Herzkatheterlabor

LKH Hörgas-Enzenbach 2006/2007

Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungsstatus	Bereich
EDV-Notfallsplan	abgeschlossen	gesamtes LKH
REM-Fragebogenauswertung 2004, 2005	abgeschlossen	REM-Station
REM-Fragebogenauswertung 2006	in Arbeit	REM-Station
Erhebung Raucher/Nichtraucher	abgeschlossen	gesamtes LKH
IST-Erhebung – Inwieweit können sich gehfähige Patienten aus aufgestellten Wasserautomaten selbst mit Wasser versorgen	abgeschlossen	alle Stationen
Verpflichtungserklärung – Optimierung des Ablaufes	in Arbeit	Ärzte und Patientenverwaltung
Bildungsbedarfserhebung 2007	abgeschlossen	alle Berufsgruppen (außer Bereich Pflege)
SU/DR- und ASK-Fortbildungen – Organisation (Genehmigungsverfahren) intern und extern	in Arbeit	gesamtes LKH
Kunden- und Patientenfeedback: Erhebung Pinwände	abgeschlossen	gesamtes LKH
Organisation KAGes Patientenbefragung 2006	in Arbeit	H1, H3, E2, E3 und E4
Stationsarzt Plus	in Arbeit	Ärzte Hörgas
Durchführung eines hausinternen Workshops zur speziellen Bearbeitung von Integrations-situationen eines QMK im LKH	abgeschlossen	QMK
Vorbereitung für Patienten- /Kundenfeedback	in Arbeit	-
Patienten- /Kunden-Vorbereitung: Beschwerdemanagement	-	-
Kontinuierliche Auswertung der Sturzerhebung	in Arbeit	Pflege und Ärzte
Überarbeitung des Bus-Fahrplans für Patienten und Angehörige	abgeschlossen	Verwaltung
Interdisziplinäre Besprechung REM	abgeschlossen	REM-Station
Präsentation der Ergebnisse REM-Fragebögen	in Arbeit	REM-Station
Umfrage Personalverpflegung	in Arbeit	Personal im LKH
Organisation Fundgegenstände	in Arbeit	Verwaltung
Aufstellung von Namensschildern	in Arbeit	Verwaltung
Patienten-/ Kunden-Feedback: Erhebung Briefkästen und Abklärung der Verantwortlichkeit (Schlüssel)	abgeschlossen	Verwaltung

Aktualisierung der Labormappen	abgeschlossen	Labor Enzenbach
Adaptierung des Physioanforderungs-Formulars	abgeschlossen	Labor Enzenbach
Anbringen von aktuellen Laborinformationen für Mitarbeiter und Patienten	abgeschlossen	Labor Enzenbach
Rückgabe Laborgerät AXSYM	abgeschlossen	Labor Enzenbach
Einsparungsmaßnahme beim Etikettendruck	abgeschlossen	Labor Enzenbach u. Ärztl. Sekretariat Stat.E
Glukosegerät für die Stationen Enzenbach	abgeschlossen	Labor und Stat. E
Glukosegerät von Fremdfirma	abgeschlossen	Labor und Stat. E
Laborumbau Enzenbach	abgeschlossen	Labor E
Offizielle Tabakverordnung	abgeschlossen	Ambulanz und Labor E
Räumnutzung aufgrund Rückgabe des Laborgerätes AXSYM – Anbringung einer Tischplatte (Arbeitsplatte)	abgeschlossen	Labor Enzenbach
Umstellung auf TBC-Kaltfärbung	abgeschlossen	Labor Enzenbach
Aushang von wichtigen Informationen für Mitarbeiter und Patienten – Vogelgrippe	abgeschlossen	Labor Enzenbach
Laboroptimierung Enzenbach	abgeschlossen	Labor Enzenbach
Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungsstatus	Bereich
REM Auswertung 2006	abgeschlossen	REM Station
Verpflichtungserklärung – Optimierung des Ablaufs	in Arbeit	Ärzte, Patientenverwaltung
SU/DR und ASK FB Organisation (Genehmigungsverfahren) intern und extern	In Arbeit	Gesamtes Haus
Organisation KAGes Patientenbefragung 2006/2007	Abgeschlossen	H1, H3, E2, E3 und E4
Stationsarzt Plus	Abgeschlossen	Ärzte Hörgas
Optimierung Patienten- und Kundenfeedback	In Arbeit	Gesamtes Haus
Kontinuierliche Auswertung der Sturzerhebung		Thema wird vom Bereich Pflege bearbeitet
Präsentation der Ergebnisse REM Fragebögen	Abgeschlossen	REM Station
Umfrage Personalverpflegung	In Arbeit	Schwerpunkt MA Befragung 2008
Organisation Fundgegenstände	In Arbeit	Verwaltung

Aufstellung von Namensschildern	In Arbeit	Verwaltung
Präsentation Patientenbefragung 2006/2007	Abgeschlossen	Gesamtes haus
Interner Postverlauf Hörgas zwischen Ärztl. Sekretariat, Pers. Büro, PVW und Portier	Abgeschlossen	Sekretariat HOE, Verwaltung und Zivildienstler
Optimierung Foyer – Patienteninformation	Abgeschlossen	PVW (Patientenverwaltung)
Digitalarchivierung Evaluierung extern und intern	Extern: Abgeschlossen Intern: in Arbeit	Digitalarchiv, Ärztl. Sekretariate HOE und ENZ
Optimierung Arbeitsablauf SK-Verpflichtungserklärung	In Arbeit	Verwaltung, Ärztl. Bereich und Pflege
Änderung der Telefon- und Faxnummer in der Kopfzeile des Arztbriefes in MEDOCS	In Arbeit	Verwaltung und Ärztl. Bereich
Allergietestung läuft aus	Abgeschlossen	Labor Enzenbach
Informationsblatt zur Atemtherapie erneuern	Abgeschlossen	Physiotherapie Enzenbach
Einführung einer Atemtherapiegruppe	In Arbeit	Physiotherapie Enzenbach
D-Dimer am Stratus aufgehört	In Arbeit	Labor Enzenbach
Färbeautomat	In Arbeit	Labor Enzenbach
Filmausdruck betreffend ambulante Patienten	Abgeschlossen	Röntgen Enzenbach
Probenverteilung	In Arbeit	Labor Enzenbach
Lamina Air Flow Kostenplan	abgeschlossen	Labor Enzenbach
Lamina Air Flow Aufstellung	Abgeschlossen	Labor Enzenbach
Laufzettel Röntgen für Station	Abgeschlossen	Röntgen Enzenbach
Mitführung laufend neuer Statistikanforderungen	Abgeschlossen	Labor Enzenbach
Mitführung laufend neuer Statistikanforderungen Hygiene	Abgeschlossen	Labor Enzenbach
Neue Glukosegeräte nach dem Testprinzip der Plasmareferenzierung	In Arbeit	Labor Enzenbach
Röntgenbilder auf RCU und Intensiv Station	Abgeschlossen	Röntgen Enzenbach
Tb Gold Quantiferon Test zur PP, BSK, aktive TBc	Abgeschlossen	Labor Enzenbach
Tb Gold Quantiferon Kostenaufstellung	Abgeschlossen	Labor Enzenbach
Optimierung personeller Einsatz in den Labors Hörgas und Enzenbach	In Arbeit	Labor HOE und ENZ

EFQM Projekt „Erhebung der Zuweiserzufriedenheit 2007“	In Arbeit	Ärzte HOE und ENZ
--	-----------	-------------------

LSF Graz 2006/2007

Projekt, Initiative, Maßnahmen 2006	Umsetzungsstatus	Bereich
Evaluation Cook & Chill	in Routine übergeführt	Verwaltung, Pflegepersonal
Gewalt ADE	in Arbeit	patientennahe Bereiche, gesamtes LKH
Interkultureller Arbeitskreis	in Arbeit	patientennahe Bereiche, gesamtes LKH
Wir schau´ auf uns, PS2 dabei	in Arbeit	Mitarbeiter der Abteilung PS2
PE & OE JPS	in Arbeit	Mitarbeiter der Abteilung JPS
QE in der Fachabteilung ABH	in Arbeit	Mitarbeiter der Abteilung ABH
OE Neurologie	in Arbeit	Mitarbeiter der Abteilung f. Neurologie
Störungsspezifische Patienteninformation	in Arbeit	Ärzte der Abteilung PS1
NADA	in Routine übergeführt	Ärzte u. Pflegepersonal der Abteilung PS1
Leitfaden Einführung neuer Mitarbeitern bzw. Versetzung von Mitarbeitern	in Routine übergeführt	alle Berufsgruppen, gesamtes LKH
1. Mitarbeiterbefragung in der LSF	Phase 1 u. 2: abgeschlossen Phase 3: in Arbeit	alle Mitarbeiter
Konzept Implementierung der Komplementärmedizin in der LSF	in Arbeit	Ärzte, Pflegepersonal aller Abteilungen
Laboroptimierung – LSF Graz	in Arbeit	Labor
Psychotherapeutisches Leistungsangebot in der LSF	in Planung	Ärzte, Psychologen, Therapeuten
WOT	Evaluation offen	Malerwerkstätte
ISKOPE – IST-Analyse und Sollkonzeption für Organisation u. Personal der E-Werkstätte in der LSF	in Arbeit	Elektrowerkstätte
AUCH	Evaluation offen	Chefsekretariate
Kooperation LSF und Schule für psychiatrische GuK	in Arbeit	Pflege LSF, Schüler d. Schule f. psychiatrische GUK
Checkliste für strukturierte Patienteninformation	in Arbeit	Ärzte der Abteilung PS2

Morgeninformationsgruppe auf PS1	in Routine übergeführt	Pflegepersonal der Abteilung PS2
Systematischer Verantwortungsalgorithmus für den Aufnahmeprozess	in Routine übergeführt	Ärzte u. Pflegepersonal der Abteilung PS2
Verbesserung Patientendokumentation PS1	in Routine übergeführt	Ärzte u. Pflegepersonal der Abteilung PS2
EFQM-konforme Projekt- und Initiativendokumentation	in Routine übergeführt	Führungskräfte aller Abteilungen u. Ebenen
Aktualisierung Patienteninformation (Stationsfolder)	abgeschlossen	Stationsleitungen aller Abteilungen
Analyse des Ergebnisberichts 1. Mitarbeiterbefragung	in Arbeit	Anstaltsleitung
Kurzzusammenfassung Ergebnisse Mitarbeiterbefragung	abgeschlossen	alle Mitarbeiter
Fragenkatalog Verbesserungspotentiale Mitarbeiterbefragung	abgeschlossen	alle Abteilungsleitungen
Leitfaden für den Einsatz von Praktikanten	in Arbeit	Führungskräfte
Mitarbeiter-Feedback-System (MFS)	in Routine übergeführt, Evaluation	alle Mitarbeiter
Konzept interdisziplinäre Fortbildung „QM nach Maß“	in Arbeit	alle Mitarbeiter
QM Handbuch	in Arbeit	alle Mitarbeiter
Stationäres Behandlungskonzept für Patienten mit pathologischem Glücksspielverhalten	in Arbeit	Behandlungsteam ABH, Patienten
Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungsstatus	Bereich
Gewalt ADE	Zum Teil in Routine übergeführt	Patientennahe Bereiche, Gesamthaus
Interkultureller Arbeitskreis	In Routine übergeführt	Patientennahe Bereiche, Gesamthaus
„Wir schau'n auf uns – PS2 dabei“	In Arbeit	Mitarbeiter der Abteilung PS2
PE & OE JPS	In Routine übergeführt	Mitarbeiter der Abteilung JPS
QE in der Fachabteilung ABH	Abgeschlossen	Mitarbeiter der Abteilung ABH
Organisationsentwicklung (OE) Neurologie	In Arbeit	Mitarbeiter der Abteilung Neurologie
Störungsspezifische PatientInneninformation	Eingestellt	Mitarbeiter der Abteilung PS1
1. MitarbeiterInnenbefragung i. d. LSF	Abgeschlossen	Alle Mitarbeiter
Konzept Implementierung der Komplementärmedizin i. d. LSF	Abgeschlossen	Ärzte, Pflegepersonal aller Abteilungen
Laboroptimierung – LSF Graz	Abgeschlossen	Labor

Psychotherapeutisches Leistungsangebot i. d. LSF	Ruhend	Ärzte, Psychologen, Therapeuten
„Blick in die Zukunft“	In Arbeit	Technischer Bereich, Hol- und Bringdienst, zentraler Reinigungsdienst
Sturzprävention im gerontopsychiatrischen Setting Ger5	In Arbeit	Interdisziplinär Geronto, Besuchsdienste, Angehörige
AUCH – Aufgabenprofil Chefsekretärinnen	Eval.	Chefsekretärinnen
Evaluation Hausordnung	In Arbeit	Alle Bereiche/Berufsgruppen
Dolmetschdienst	In Arbeit	Alle med. Abteilungen, Ärzte, Sozialarbeiter, Finanzbuchhaltung, Verrechnung
Veranstaltungsmanagement	In Arbeit	Ärzte, Pfleger, Verwaltung
Chancen und Hindernisse für die strategische Entwicklung der Einkaufsabteilung der LSF	In Arbeit	Zentralmagazin, Finanzabteilung, Controlling, Technischer Betrieb, anfordernde Kostenstellen
QS durch Arbeitsgruppen in der Neuro-Früh-Rehab Pflege	In Arbeit	Pflege
Einführung neurologischer Skalen	In Arbeit	Multiprofessionelles Team B Rehab
Verankerung des ICF-Modells in den Bereichen Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie im Fachbereich Neurologie	In Arbeit	Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Fachbereich Neurologie, Früh-Rehab
Patientenkonten und Depositen	Ruhend gestellt	Pflege, Verwaltung, Patienten
ISKOPE – Ist-Analyse und Soll-Konzeption für Organisation und Personal der E-Werkstätte in der LSF	Abgeschlossen	Elektrowerkstätte
Kooperation LSF und Schule für psychiatrische GuK	In Routine übergeführt	Pflege LSF, Schüler der Schule für psychiatrische GuK
Checkliste für strukturierte PatientInneninformation	Eingestellt	Ärzte der Abteilung PS1
Analyse des Ergebnisberichts 1. Mitarbeiterbefragung	Abgeschlossen	Anstaltsleitung
Leitfaden Einsatz PraktikantInnen	In Routine übergeführt	Führungskräfte
Konzept interdisziplinäre Fortbildung „Qualitätsmanagement nach Maß“	In Arbeit	Alle Mitarbeiter
QM Handbuch	Abgeschlossen	Alle Mitarbeiter

Stationäres Behandlungskonzept für PatientInnen mit pathologischem Glücksspielverhalten	Eingestellt	Behandlungsteam ABH, Patienten
Ressourcenoptimierung bei DemenzpatientInnen auf Geronto	In Routine übergeführt	Gernto 2, Pflegefachdienst, PflegehelferInnen
Erhebung Fortbildung LSF	In Arbeit	Alle Mitarbeiter
Evaluation MAG	In Arbeit	Alle Mitarbeiter
Konfliktleitfaden LSF	In Arbeit	Alle Mitarbeiter
Therapien ABH	Abgeschlossen	Patientinnen ABH, Therapeuten
Schulung PflegedienstmitarbeiterInnen der Neurologie zur praktischen Umsetzung des Heimaufenthaltsgesetzes	Abgeschlossen	Pflegedienst Neurologie
Schwachstellenanalyse MitarbeiterInnenleitfaden	In Arbeit	Alle MitarbeiterInnen und Führungskräfte des LSF
1. EFQM Selbstbewertung i. d. LSF	In Arbeit	FK1, 2 Ebene, BR, QM

LPH Schwanberg 2006/2007

2006 keine Projekte , Initiativen, Maßnahmen laut Qualitätsbericht		
Projekt, Initiative, Maßnahme	Umsetzungsstatus	Bereich
Förderpflege, Snoezelen Weiterentwicklung	In Arbeit	Pflege
Förderpflege, Therapiegarten neu	In Arbeit (Integration in „WdS“)	Pflege, Wirtschaft
Förderpflege, Sinnesdifferenzierte Authentbalance	In Arbeit (2. Abschnitt)	Pflege
Förderpflege, Fühlparcours	In Arbeit (Integration in „WdS“)	Pflege, Wirtschaft
Dynamikgruppe (DyG)	Zurückgestellt	Pflege
Weg der Sinne	In Arbeit	Pflege, ÄD, Wirtschaft
Pflegedokumentation – Stammbblatt mit Foto auf EDV	In Routine übergeführt	Pflege
Frühstücksanforderung	In Routine übergeführt	Pflege, Küche
Essenrückstellproben	In Routine übergeführt	Küche, Verwaltung

Gesundes Essen – Kalorienbewusste Ernährung	In Arbeit	Küche, Pflege, ÄD, VW
Benutzungskonzept „WdS“	Fertiggestellt	Pflege
Anwenderhandbuch „WdS“	In Arbeit	Pflege
Kinästhetik in der Pflege	In Arbeit	Pflege
Mitarbeiterbegleitung – Der Wegweiser für neue Mitarbeiter	In Routine übergeführt	Pflege
Transparentmachung der qualitativen Zielen in der Pflege (TQZ Pflege)	In Planung	Pflege
Klanggarten	In Routine übergeführt	Ärztlicher Leiter, Wirtschaft
Förderpflege Folder	In Planung	Pflege
Förderpflege DVD	In Planung	Pflege
Verwaltungshandbuch	Zurückgestellt	Verwaltung
Entwicklung und Umsetzung eines Schulungskonzeptes betreffend sämtlicher Alarmpläne	In Planung	Betr. Direktor, VW, HWD, ärztl. Leiter

LKH Voitsberg 2006/2007

Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs-status	Bereich
AG/REM-Projekt	in Routine	Mitarbeiter der AG/REM
Nichtraucher-Projekt	abgeschlossen	Mitarbeiter aller Bereiche
Förderung des Umweltbewusstseins und Hebung der Trennmoral/Umweltpreis für Mitarbeiter	in Arbeit	Mitarbeiter aller Bereiche
Erstellung des Pandemieplanes	abgeschlossen	Mitarbeiter aller Bereiche
openMEDOCS (Pflegedokumentation)	umgesetzt	PP aller Stationen
2. Evaluierung des Patientenfeedback-Systems	in Routine	Mitarbeiter aller Stationen
1. Evaluierung AG/REM	in Routine	Mitarbeiter der AG/REM
Einführung des periodischen Mitarbeitergespräches	in Arbeit	Mitarbeiter aller Bereiche
Patientenbefragung	in Arbeit	Mitarbeiter aller bettenführenden Stationen

Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungsstatus	Bereich
Schnittstellenmanagement intramural/extramural in Bezug auf Entlassung des Patienten	In Arbeit	Stationen: Med. 1, Med. 2, Stationen 1. und 2. Stock (interdisziplinär), sämtliche extramurale Bereiche
Patientenbefragung/Chirurgische Ambulanz	Abgeschlossen	Chirurgische Ambulanz
Patientenfeedbacksystem Chirurgische Ambulanz	In Planung	Chirurgische Ambulanz
Evaluierung des AG/REM Projektes	In Routine	AG/REM → Interdisziplinäres Team
Patientenbefragung 2006/ Maßnahmenkatalog	Abgeschlossen	Mitarbeiter der Betten führenden Stationen
Periodisches Mitarbeitergespräch	In Arbeit	Alle Mitarbeiter
Evaluierung der Pflegedokumentation in open Medocs	In Arbeit	Mitarbeiter der Betten führenden Stationen
Projekt „Organisation der Interdisziplinären Intensivereinheit“	In Arbeit	Mitarbeiter der Stationen der PINT und MINT
Projekt „Betriebliche Gesundheitsförderung“	In Arbeit	Alle Mitarbeiter des Hauses

LKH Wagna 2006/2007

Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungsstatus	Bereich
Einführung neuer Mitarbeiter (Teil 2-Einführungstag)	in Routine übergeführt	Personalbüro, neue Bedienstete in allen Bereichen, Sekretariate
Erstellung eines Pandemieplanes für das LKH Wagna	abgeschlossen	alle
Ist-Stand-Erhebung des Labors	in Arbeit	Labor
Erstellung einer hausinternen, mehrmals jährlich erscheinenden Informationsbroschüre über das Qualitätsmanagement im LKH Wagna	in Routine übergeführt	QMK, alle
Aktualisierung und Neugestaltung der Inhalte im Sicherheits- und Gesundheitsdokument (grüne Mappe)	abgeschlossen	alle
Gestaltung der Inhalte im Intranet des LKH Wagna	in Arbeit	alle
HOPE – Austauschprogramm	abgeschlossen	QMK-Vorsitzender
Aufklärung Mendel-Mantoux-Test	in Arbeit	alle

Projekt Besuchszeiten	in Arbeit	alle Bettenstationen
Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungs- status	Bereich
Erhebung der derzeitigen Situation bei Stationsschließungen	In Arbeit	Bettenstationen, RD
Erstellung einer verständlichen und übersichtlichen Unterlage für alle Mitarbeiter zum besseren Verständnis der Gehaltszettel, der Kontensammelausdrucke (im GraphDi) sowie zur Kontrolle deren Richtigkeit	In Arbeit	Alle
Evaluierung der Organisation in der Küche und Erhebung möglicher Umstrukturierungen zur Erhaltung der derzeitigen Qualität	In Arbeit	Küchen, Bettenstationen, Reinigungsdienst
Aufklärung Mendel-Mantoux-Test	Abgeschlossen	Alle
Ist-Stand-Erhebung Labor	Abgeschlossen	Labor, externe Zulieferer, Materialeinkauf
Sicherstellung der Laborversorgung des LKH Wagna	Abgeschlossen	Labor
Gestaltung der Inhalte im Intranet des LKH Wagna	In Routine übergeführt	Alle
Änderung der Besuchszeiten	Abgeschlossen	Alle Bettenstationen
Evaluierung der Wartezeit in der Ambulanz	Abgeschlossen	Ambulanzen, Röntgen, Amb. Sekretariate
Initiative „Zusammenarbeit OP und Ambulanz“ (aus Projekt Ambulanzwartezeiten entstanden)	Abgeschlossen	Ambulanzen, OP Personal
Einführung der Dokumentenlenkung	Abgeschlossen	Alle
EFQM Selbstbewertung (Workshopmethode)	In Arbeit	QMK, erweiterte AL

QM-Projekte der LKHs

Region SÜD-OST

LKH Bad Radkersburg 2006/2007

Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs-status	Bereich
Erstellen einer Prozesslandkarte	abgeschlossen	alle Bereiche
Prozessbeschreibung Orthopädie	in Arbeit	Orthopädie
Gestaltung der Intranet Homepage QM	abgeschlossen	alle Bereiche
Katastrophenplan	abgeschlossen	alle Bereiche
Neugestaltung der Patienteninformationsblätter	abgeschlossen	alle Bereiche
Aufbau des KIK-Fernsehkanaals	abgeschlossen	alle Bereiche
Bereitstellen von Salz- und Pfefferpackungen	abgeschlossen	alle Stationen
Mitarbeiterbefragung in der orthopädischen Ambulanz, bezüglich Organisationsabläufe	abgeschlossen	orthopädische Ambulanz
Zeitungsartikel über das IVW in der Betriebsratszeitung	abgeschlossen	alle Mitarbeiter
Zeitungsartikel über die Selbstbewertung in der Betriebsratszeitung	abgeschlossen	alle Mitarbeiter
Aufstellen eines kombinierten Getränkeautomaten	abgeschlossen	alle Bereiche
Mitarbeiter-Einführungsmappe	in Arbeit	alle Bereiche
Revalidierung Zentralsterilisation	in Routine übergeführt	OP/Sterilisation
Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungs-status	Bereich
Prozessbeschreibung Orthopädie	Abgeschlossen	Orthopädische Abteilung
MA-Einführungsmappe	Abgeschlossen	Alle Bereiche
EFQM Selbstbewertung	Abgeschlossen	Alle Bereiche und Berufsgruppen
Prozessbeschreibung Medizinische Abteilung	Abgeschlossen	Medizinische Abteilung
Prozessbeschreibung Anästhesie/Aufwachzimmer/OP	Abgeschlossen	Anästhesiologische/ Orthopädische Abteilung

LKH Feldbach 2006/2007

Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs-status	Bereich
<i>Projekt 1:</i> Organisationsoptimierung der Tätigkeiten zwischen Zentralsterilisation und OP-Bereich	umgesetzt	Zentralsterilisation u. OP-Bereich
<i>Projekt 2:</i> Mitarbeiterneueinführung erarbeiten für DGKS/P, Hebammen, ZRD	umgesetzt	15 verschiedene Bereiche
<i>Projekt 3:</i> Optimierung „Innerklinischer Alarm“	umgesetzt	alle bettenführenden Stat., Kreißsaal u. Ambulanzen
<i>Projekt 4:</i> Optimierung des Organisationsablaufes der präoperativen Diagnostik im Ambulanzbereich	umgesetzt	alle Ambulanzen
<i>Projekt 5:</i> Befragung zuweisender Ärzte	umgesetzt	zuweisende Ärzte u. Ärzte des LKHs
<i>Projekt 6:</i> Zusammenführung aller Sterilisationsaufbereitungstätigkeiten in die Zentralsterilisation	in Arbeit	Zentralsterilisation, OP, Anästhesie, interdisz. Ambulanz, Endosk., Kreißsaal, Radiologie, Inner Medizin
<i>Projekt 7:</i> EFQM-Selbstbewertung des Hauses	in Arbeit	gesamtes LKH
<i>Projekt 8:</i> Patientenbefragung-Präsentation der Ergebnisse	umgesetzt	alle bettenführenden Stationen
<i>Projekt 9:</i> Gestaltung der Intranet-Homepage für die Abt. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	in Arbeit	Kreißsaal, Gebär.
<i>Projekt 10:</i> Kinästhetik in der Pflege	in Arbeit	alle Pflegebereiche
QM-Tätigkeit bekannt machen und QM-Vorschläge einholen	umgesetzt	alle Bereiche
Organisationsablauf bei Durchführung einer ambulanten Chemotherapie	umgesetzt	Gyn.-Station
Gesundheitsförderung für die Mitarbeiter	umgesetzt	alle Mitarbeiter
Organisationsentwicklung und Teamtraining in der interdisziplinären Ambulanz	umgesetzt	alle Berufsgruppen d. interdisz. Ambulanz
Monatliche Einschulung der neuen Mitarbeiter: Medikamenteninfoportal, Bluttransfusionswesen, Reanimationsschulung in Kooperation mit der Hygiene-Sicherheitsinformation	umgesetzt	alle neuen Mitarbeiter (Ärzte, DGKS/P)
DFP-Akkreditierung und Fortbildungen im LKH Feldbach von Prim. Doz. Dr. Wurzer	umgesetzt	alle Ärzte des LKHs u. niedergelassene Ärzte
Aktualisierung und teilweise Neuerstellung div. Schriftstücke wie: Tagesabläufe, Medikamentengebarung, Versorgung Verstorbener	umgesetzt	15 Einheiten (siehe Projekt 2)
Supervision für das Intensivpersonal	umgesetzt	Intensivpersonal (Ärzte, DGKS)

Aromatherapie in der Endoskopie	umgesetzt	Endoskopie
Teamtraining für das Anästhesiepersonal	umgesetzt	-
Influenzapandemieplan für das LKH Feldbach	umgesetzt	-
Aktualisierung der ORG-Handbücher	in Arbeit	alle Bereiche
Organisation und Information betreffend Mendel-Mantoux-Test für alle Mitarbeiter	in Arbeit	alle Mitarbeiter
„Sternenkinder“ – Begleitung der Eltern bei Verabschiedung von Fehl-/Totgeburten	umgesetzt	Hebammen, DGKS, Gebär., Kreißsaal
Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungsstatus	Bereich
Mitarbeiterbefragung	umgesetzt	alle Mitarbeiter des Hauses
Intranet und innerbetriebliches Informationswesen	in Arbeit	für alle Mitarbeiter des Hauses
Mitarbeitereinführung für alle PflegehelferInnen/OP-Geh.	umgesetzt	für alle neu eingestellten PflegehelferInnen/OP-Geh.
Zusammenführung aller Sterilisationstätigkeiten in die Zentralsterilisation	umgesetzt	Zentralsterilisation, OP-Bereich, interdisziplin. Ambulanz, Anästhesie, Endoskopie, Radiologie, Kreißsaal, Intensiv
EFQM-Selbstbewertung des LKH Feldbach (Workshop)	umgesetzt	gesamtes LKH Feldbach
Kinästhetics im LKH Feldbach	in Routine übergeführt	alle Betten führenden Stationen
Betriebliches Gesundheitsförderung	in Arbeit	alle Mitarbeiter des LKH Feldbach
Einheitliche Patientenfieberskurve für das LKH Feldbach erstellen	in Arbeit	Gyn/Geb, Abtlg. Med., Abtlg. Chir., Abtlg. U-Chir.
QM-Tätigkeiten von 2006 bekannt machen und Vorschläge einholen, über MA-Befragung informieren	umgesetzt	12 Stationen – Bereiche
Befragung über die Einführung neuer MA DGKS/P	in Arbeit	alle MA DGKS/P
Organisation, Durchführung des Mendel-Mantoux-Testes für alle Mitarbeiter des LKH Feldbach	umgesetzt	alle Mitarbeiter
Postergestaltung für die QM-Führungskräfteklausur	umgesetzt	LKH Feldbach
Handout und Fortbildung über Diabetes für DGKS/P	umgesetzt	DGKS/P

Zurück in den Alltag nach einem Herzinfarkt – Vortrag und Handout	umgesetzt	alle Stationsführenden
Einführung KrankenpflegeschülerInnen auf der Intensivstation	umgesetzt	Intensivstation
Mitarbeiterumfrage über den Betriebsrat – bzgl. Bonifikation	umgesetzt	alle Mitarbeiter des LKH Feldbach
Projektarbeit Weil Sterben auch Leben ist	umgesetzt	alle Stationsführenden
Projektarbeit Umgang mit Alkoholkranken im KH	umgesetzt	alle Betten führenden Stationen
Workshop Anästhesie – Teambildung	umgesetzt	Anästhesie Ärzte und Pflege
Workshop Verwaltung – Teambildung	umgesetzt	Verwaltung
Gruppensupervision Intensiv	umgesetzt	DGKS/P Intensivstation
Gruppensupervision Gynäkologie	umgesetzt	DGKS Gynäkologie
Workshop „Hebammenhilfe bei schwierigen Geburten“	umgesetzt	Kreißsaal
Gestaltung eines Folders für werdende Mütter	umgesetzt	Kreißsaal
Organisationsentwicklung und Teamtraining Interdisziplinäre Ambulanz	umgesetzt	Interdisziplinäre Ambulanz
Humorvolle Stressbewältigung	umgesetzt	alle Bereiche

LKH Fürstenfeld 2006/2007

Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs-status	Bereich
Ablauforganisation AG/R	in Routine übergeführt	Ärzte/Med.-Pflege
Inbetriebnahme Funktionstrakt	in Routine übergeführt	interdisziplinär
Zytostatikaaufbereitung Neu	abgeschlossen	MTA/Ärzte/Med.-Pflege
Projekt Wäsche	in Routine übergeführt	Pflege/ZRD/Verwaltung
Medika-Infoportal	abgeschlossen	Apotheke/QM/Pflege
Teamservice: SitPro	abgeschlossen	UIM / MDion / LKH Graz West/ Univ.Klinikum Graz/ LKH Stolzalpe/ LKH Fürstenfeld
Ernährungsberatung für Mitarbeiter	abgeschlossen	alle Mitarbeiter
Marketing LKH Fürstenfeld	abgeschlossen	gesamtes LKH
Raucherentwöhnung	nicht abgeschlossen	alle Mitarbeiter
Pandemieplan – Vogelgrippe	abgeschlossen	Pflege, Ärzte
Umweltprojekt Abfallreduktion	abgeschlossen	Pflege, Ärzte, Verwaltung
Tagesklinik Marketing/Infoaussendungen	abgeschlossen	Tagesklinik, Chirurgie
Qualitätssicherung – Statistik Allgemein	abgeschlossen	gesamtes LKH
Business Activity Monitoring	nicht abgeschlossen	gesamtes LKH
EFQM-Workshop	nicht abgeschlossen	Ärzte, Pflege, Verwaltung
Bluttransporte nach Graz	abgeschlossen	Med.-Ambulanz, Med.-Station, Med.-Ärzte, Blutbeauftragter, Labor
SLK-Abrechnung	nicht abgeschlossen	Verwaltung, Med.-Sek., Chir.-Sek., Ärzte
Sterilwäscheanforderung RENTEX	in Routine übergeführt	Pflege, Zentralsterilisation, HWD,
TK MED Patienten über CHI Tagesklinik versorgen	abgeschlossen	Tagesklinik, Chir.-Ambulanz u. -Ärzte, Med.-Ambulanz u. -Ärzte, Anä.-Ärzte
Interdisziplinäre Aufnahme Neu	abgeschlossen	Med.-Pflege u. -Ärzte, Chir.- Pflege u. -Ärzte

Patientenbefragung 2006	abgeschlossen	Pflege
Tagesklinik	in Routine übergeführt	Pflege, Ärzte, Sekretariat
Tagesklinik-Review	in Routine übergeführt	Tagesklinik Team
Zentralsterilisation-Review	in Routine übergeführt	Zentralsterilisations Team
Scanstelle-Review	in Routine übergeführt	Pflege, Ärzte, Verwaltung
Fehldatencontrolling MEDOCS	in Routine übergeführt	Pflege, Verwaltung, Sekretariate
Befragung HAL	abgeschlossen	Chirurgie
Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungs-status	Bereich
EFQM SBWS	abgeschlossen	gesamtes Haus
Imagepflege LKH	in Arbeit	gesamtes Haus
Prozessmanagement im LKH	in Arbeit	Pflege, Ärzte
BGF	in Arbeit	gesamtes Haus
Zytostatikaaufbereitung Neu	in Routine übergeführt	MED-Bereich
Tagesklinik Review	in Routine übergeführt	TK-Bereich
Ernährungsberatung onkologischer Patienten	in Arbeit	MED-Ambulanz
Fitnesscheckpoint	abgeschlossen	alle Mitarbeiter
EFDA	in Routine übergeführt	alle Mitarbeiter
Katastrophenalarmplan Refresher	abgeschlossen	alle Mitarbeiter
Präsentation Pat. Befragung	abgeschlossen	alle Mitarbeiter
Screening auf Mangelernährung	in Arbeit	MED-Ambulanz
Einführung einer Mitarbeiterzeitung	in Arbeit	alle Mitarbeiter
Budgetmodul EFDA	abgeschlossen	Anstaltsleitung
Optimierter Einsatz von 1x Nierentassen	abgeschlossen	Labor, Ambulanzen
Lichtbewegungsmelder für WC	abgeschlossen	Technik

Richtige Bedienung der Klimaanlage	abgeschlossen	Technik, Ärzte, Pflege, Verwaltung
Umstellung von 1x auf Mehrwegeslatz	abgeschlossen	AG/R
Umstellung auf wieder aufladbare Batterien	abgeschlossen	MED-Ambulanz, Technik

LKH Hartberg 2006/2007

Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungsstatus	Bereich
MP/QM der Region Süd-Ost: Empfehlung zur Dekubitusprophylaxe nach Braden	in Routine übergeführt	alle stationären u. Intensivbereiche der LKHs Region Süd-Ost
MP/QM der Region Süd-Ost: Fremdevaluierung/Dokumentation durch die MP dieser Krankenanstalten	umgesetzt	alle stationären Bereiche der LKHs Region Süd-Ost
Organisationsablauf der präoperativen Operationsvorbereitung der nicht elektiven Eingriffe	in Arbeit	Ärzte/Pflege
Patientenzufriedenheit im Ambulanzbereich	umgesetzt	Ambulanzpersonal der Chir., Int., Geb./Gyn. Abt., RTA
Stationäre Patientenbefragung	in Arbeit	alle Berufsgruppen des LKHs
Mitarbeitereinführung Anästhesie Pflege	in Routine übergeführt	Pflege
Anästhesie Pflege	in Routine übergeführt	Pflege
Stationäre Patientenbefragung: Abteilung f. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	laufend	Ärzte, Pflege, Hebammen
Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungsstatus	Bereich
Akt. 1 MP/QM der Region Süd/Ost Fremdevaluierung – Pflegeplanung/Dokumentation durch die MP dieser Krankenanstalten	In Routine übergeführt	Alle stat. Bereich der LKHs der Region Süd/Ost
Akt. 2 Stationäres Patientenfeedbacksystem Geb./Gyn Abteilung	In Routine übergeführt	Ärzte, Pflege, Hebammen
Akt. 3 Patientenfeedbacksystem im Bereich der Physiotherapie	Abgeschlossen	Alle Mitarbeiter der Physiotherapie
Akt. 4 Erarbeiten eines Fragebogens für die 5 Tage Station	In Routine übergeführt	Mitarbeiter der 5 Tage Station
Akt. 5 Einführen eines laufenden Patientenfeedbacksystems in den Ambulanzen der Chir., Interne, Geb./Gyn	In Routine übergeführt	Mitarbeiter in den Ambulanzen, QB Anna Wels
Akt. 6 MA Einführungskatalog für die Pflege	Abgeschlossen	Pflege, PDL

Akt. 7 Umsetzung der Ergebnisse der stationären Patientenbefragung 2007	Abgeschlossen	Alle Mitarbeiter im Haus
Akt. 8 Sturzprävention	Umgesetzt	Pflege
Akt. 9 Kontrolle der eingescannten Krankengeschichten und Pflegedokumentationen	In Arbeit	QB Anna Wels, Sekretärinnen
Akt. 10 Organisations- und Teamentwicklung (alle Berufsgruppen)	In Arbeit	Alle Bereiche des Hauses

LKH Weiz 2006/2007

Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungsstatus	Bereich
Aufarbeitung der Ergebnisse der Patientenbefragung 2005 in der Abteilung f. Innere Medizin	abgeschlossen	Abt. f. Innere Medizin
Aufarbeitung der Ergebnisse der Patientenbefragung 2005 in der Abteilung für Chirurgie	in Arbeit	Abt. f. Chirurgie
Einführung Patientenfeedback in der Ambulanz f. Innere Medizin	in Routine übergeführt	Ambulanz f. Innere Medizin
Einführung Patientenfeedback in der Ambulanz für Chirurgie	in Routine übergeführt	Ambulanz f. Chirurgie
Umsetzung Projekt Patiententransport	in Routine übergeführt	gesamtes LKH
Telefonvermittlung außerhalb der Arbeitszeit der Verwaltung	in Arbeit	Abt. f. Chirurgie u. Abt. f. Innere Medizin
Wartezeit in der Ambulanz für Chirurgie	in Arbeit	Ambulanz für Chirurgie
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“	in Arbeit	gesamtes LKH
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“: Bettenorganisation in der Abteilung für Chirurgie	abgeschlossen	gesamtes LKH
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“: Körperliche Belastung von Küchenmitarbeitern durch falsches Schuhwerk	in Arbeit	Küche
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“: Kommunikation fördern und verbessern	in Arbeit	gesamtes LKH
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“: Projekt „Mitarbeiterorientierte Dienstplangestaltung der ambulanten und stationären Pflege zum Wohl des Patienten“	in Arbeit	Pflegepersonal der Abt. f. Chir. u. Abt. f. Innere Med. Ambulanz f. Chir.
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“: Umgestaltung des Ruheraumes für MitarbeiterInnen	abgeschlossen	gesamtes LKH
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“: Belastungen psych. und phys. reduzieren	in Arbeit	gesamtes LKH
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“: Informationsmanagement neu	in Arbeit	gesamtes LKH
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“: Kommunikation und Teamarbeit innerhalb der Reinigung fördern und verbessern	in Arbeit	Reinigung

Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“: Speisewägentransport Küche effizienter gestalten	abgeschlossen	Küche, allgemeiner Hohl- und Bringdienst
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“: Entlassungen am Nachmittag in der Abteilung für Chirurgie verringern	in Arbeit	Pflege u. Ärzte der Abt. f. Chirurgie
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“: Teamarbeit fördern und verbessern	in Arbeit	gesamtes LKH
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“: Veranstaltungsorganisation Küche verbessern	abgeschlossen	Küche
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“: Zugluft und Wärmeverlust bei Personal/Lieferanteneingang	laufend	Küche
Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungs- status	Bereich
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“	In Arbeit	Gesamte Krankenanstalt
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“ (Körperliche Belastung von Küchenmitarbeitern durch falsches Schuhwerk)	Abgeschlossen	
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“ (Kommunikation fördern und verbessern)	Abgeschlossen	Gesamte Krankenanstalt
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“ (MitarbeiterInnenorientierte Dienstplangestaltung der ambulanten und stationären Pflege zum Wohle des Patienten)	Konzeptprojekt abgeschlossen	Zur Umsetzung wurde das Pflegepersonal der Abteilung für Chirurgie und der Abteilung für Innere Medizin sowie der chirurgischen Ambulanz beauftragt
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“ (Informationsmanagement neu)	In Arbeit	Gesamte Krankenanstalt
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“ (Psychische und physische Belastungen reduzieren)	Abgeschlossen	Gesamte Krankenanstalt
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“ (Entlassungen am Nachmittag in der Abteilung für Chirurgie verringern)	Abgeschlossen	Pflege und Ärzte der Abteilung für Chirurgie
Projekt „Gxundes Personal fit und kollegial“ (Teamarbeit fördern und verbessern)	Abgeschlossen	
Allgemeine MitarbeiterInneneinführung neu	In Arbeit	Gesamte Krankenanstalt
„Open Doors“ im LKH Weiz	In Arbeit	Pflegepersonal
EFQM Workshops	In Arbeit	Mittlere und obere Führungsebene
Durchführung einer Zuweiserbefragung	In Vorbereitung	Ärzte, Pflege, QB, Stationssekretärin, Schreibdienst
Prozessorientierung im LKH Weiz	In Vorbereitung	Gesamte Krankenanstalt

QM-Projekte der LKHs

LKH-Univ. Klinikum Graz

Durchgeführte QM-Projekte und Aktivitäten der Stabstelle Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement 2006/2007:

Organisations- einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs- status	Bereich
Univ.-Klinik f. Dermatologie	QM-Systemaufbau abgeschlossen; ISO-Zertifizierung	abgeschlossen	gesamte Klinik
Univ.-Klinik f. Blutgruppenserologie u. Transfusionsmed.	QM-Systemaufbau abgeschlossen; ISO-Zertifizierung	in Routine übergeführt	gesamte Klinik
Univ.-Klinik f. Strahlentherapie- Radioonkologie	QM-Systemaufbau abgeschlossen; ISO-Zertifizierung	in Routine übergeführt	gesamte Klinik
Klin. Abt. f. Endokrinologie u. Nuklearmedizin	QM-Systemaufbau abgeschlossen; ISO-Zertifizierung	abgeschlossen	ENM-Labor
Klin. Abt. f. Päd., Hämat., Onkologie	Aufbau QM-System nach ISO 9001:2000	in Arbeit	gesamte Klin. Abteilungen
Klin. Abt. f. Hämatologie	Aufbau QM-System nach ISO 9001:2000	in Arbeit	gesamte Klin. Abteilungen
Bereich Personal- management	Aufbau QM-System nach ISO 9001:2000	in Arbeit	gesamter Bereich
Univ.-Klinik f. Dermatologie	CMS – Aufbau-/ Dokumentenlenkung	abgeschlossen	interdisziplinär
Klin. Abt. f. Endokrinologie u. Nuklearmedizin	CMS – Aufbau-/ Dokumentenlenkung	abgeschlossen	ENM-Labor/ interdisziplinär
Bereich Personalmanagemen t	CMS – Aufbau-/ Dokumentenlenkung	in Arbeit	gesamter Bereich
Klin. Abt. f. Päd., Hämat., Onkologie	CMS – Aufbau-/ Dokumentenlenkung	in Arbeit	gesamte Klin. Abteilungen
Klin. Abt. f. Hämatologie	CMS – Aufbau / Dokumentenlenkung	in Arbeit	gesamte Klin. Abteilung
Klin. Abt. f. Hämatologie	Weiterentwicklung QM-System/ Folgeprojekte	-	-
Hämatologie/ UBT/ Päd., Hämat., Onko.	JACIE-Umsetzung EU Richtlinie	in Arbeit	-
ÄDion	Entwicklung von Merkblättern für transfundierende Ärzte	abgeschlossen	-
ÄDion	Leitlinien Entwicklung: Umgang mit Blutprodukten	in Arbeit	-
Geb./Gyn., Augen., Ortho., Neuro.	EFQM-Selbstbewertung	in Arbeit	jeweils gesamte Klinik
Geb./Gyn., Augen., Ortho., Neuro.	EBN – Evidenced based Nursing (Modul 1 + 2)	in Arbeit	-
Geb./Gyn., Augen., Ortho., Neuro.	Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation	-	-
Geb./Gyn., Augen., Ortho., Neuro.	3. Neuauflage der Antibiotika Broschüre	abgeschlossen	-

Geb./Gyn., Augen., Ortho., Neuro.	Teilnahme an der 11. Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser	-	-
Geb./Gyn., Augen., Ortho., Neuro.	Mitarbeitergesundheit – Benchmarkingprojekt	in Arbeit	-
LKH-Univ.Klinikum	Flächendeckende stationäre Patientenbefragung	abgeschlossen	-
Univ. Kinderchirurgie	Kinderchirurgie Ambulanz: Org. Untersuchung	in Arbeit	Ambulanz Kinderchirurgie/ interdisziplinär
Univ. Klinik f. Chirurgie	OP-Reorganisation	in Arbeit	OP-Bereich/ interdisziplinär
HNO, Uro., Derma., Kinderchirurgie, Geb./Gyn., Augen	Patientenfeedbacksystem	in Vorbereitung	stationärer Bereich jeder Klinik
Univ. Klinik f. Orthopädie	Ambulanzorganisationsuntersuchung	in Arbeit	Ambulanzbereich/ interdisziplinär
	Entwicklung Patientenpfad	in Vorbereitungen	Station/ interdisziplinär
Klin. Abteilung f. Kieferchirurgie	Ambulanzorganisationsuntersuchung	in Arbeit	Ambulanzbereich/ interdisziplinär
LKH-Univ.Klinikum	Rauchfreies Krankenhaus	in Arbeit	gesamtes Klinikum
Patientennaher Bereich	Bewegungs- u. Stützapparat	in Arbeit	gesamtes Klinikum, Pflege, MTD, Reinigung
Mitarbeiter des Klinikums	Klinoptikum	in Arbeit	interdisziplinär
Organisations-einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungs-status	Bereich
	QM-Systemaufbau nach ISO 9001:2000 begonnen, geplante Zertifizierungen	in Arbeit	Klin. Abt. f. Nuklearmedizin, Klin. Abt. f. Päd. Hämato-Onkologie, Bereich Personalmanagement, KIMCL, Labor Gyn, Endokr. u. Fortpflanzungsmedizin Gyn

	CMS – Aufbau/Dokumentenlenkung	in Arbeit	Bereich Personalmanagement, Klin. Abt. f. Päd. Hämato-Onkologie, Klin. Abt. f. Hämatologie, UBT, Univ. Augenklinik, Klin. Abt. f. Nuklearmedizin, Univ. Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Univ- Klinik für Neurologie
	JACIE-Umsetzung EU-Richtlinie	in Arbeit	Hämatologie/Ubt/Päd. Hämato/Onkologie
	Merkblätter für transfundierende Ärzte	in Arbeit	
	Umschreibung Gewebesicherheitsgesetz	in Arbeit	
	Leitlinien-Entwicklung: Umgang mit Blutprodukten	in Arbeit	
	EFQM Selbstbewertung: Frauenklinik, Augenklinik, Orthopädie, Neurologie	abgeschlossen	Augenklinik Frauenklinik Neurologie Orthopädie (interdisziplinär)
	Einreichung C2E Dez.07 für die vier Pilotkliniken	in Arbeit	Augenklinik Frauenklinik Neurologie Orthopädie (interdisziplinär)
	EBN – Evidence based Nursing (Modul 2)	in Arbeit	gesamtes Klinikum – Pflege
	Antibiotika Leitlinie Antimikrobielle Therapie Beginn mit 4. Neuauflage des Taschenbuchs	in Arbeit	Gesamtes Klinikum, ÄrztInnen, PharmazeutInnen, Verwaltung
	Organisation und Gastgeberrolle: 11. Konferenz für Gesundheitsfördernde Krankenhäuser	Sept. 2007	Interdisziplinär, gesamtes Klinikum Das Klinikum ist Partnerkrankenhause im Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser

	MitarbeiterInnen Gesundheit – Benchmarkingprojekt	Workshops	Chirurgie, im Rahmen des WHO-Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser
	Anerkennungsverfahren WHO Partnerkrankenhaus	abgeschlossen	alle Berufsgruppen – gesamtes Klinikum
	Aufarbeitung der Ergebnisse der stationären PatientInnenbefragung 2006	in Arbeit	in allen beteiligten Org. Einheiten, in Workshopform
	Kinderchirurgie Ambulanz: Org. Analyse, Prozessanalyse	in Arbeit	
	Erstellung Qualitätsbericht	abgeschlossen	
	Orthopädie: Hüft-Knie-Endoprothese, klinischer Pfad	abgeschlossen	
	Kieferchirurgie: Bestellambulanz	abgeschlossen	
	Orthopädie: Schreibdienst/Station	abgeschlossen	
	Einführung eines PatientInnenfeedbacksystems: Pilotphase	in Arbeit	Augenklinik Dermatologie Frauenklinik HNO Kinderchirurgie Urologie

Durchgeführte QM-Projekte und Aktivitäten der Kliniken des LKH-Univ. Klinikum Graz 2006/2007:

Universitätsaugenklinik

Organisations-einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs-status	Bereich
Univ. Augenklinik	Leiterbesprechung (ALB)	in Routine	Ltd. OÄ
Univ. Augenklinik	Interdisziplinäres Jour fixe	in Routine	ÄAbtL. U.PfIL.
Univ. Augenklinik	Erste Hilfe, Notfallsschulung	abgeschlossen	Arzt, Pflege, Hilfsdienst, Sekretariat
Univ. Augenklinik	Intraokulares Fremdkörper Management	in Arbeit	Ärzte
Univ. Augenklinik	Ausbildung in QM	in Arbeit	QM-Beauftragte
Univ. Augenklinik	EFQM-Selbstbewertung	in Vorbereitung	alle Mitarbeiter
Univ. Augenklinik	Neuorganisation Tumorambulanz	in Arbeit	Arzt, Pflege, Sekretariat
Univ. Augenklinik	Assistenten Fortbildung	in Routine	Ärzte, Pflege
Univ. Augenklinik	Vereinheitlichung Retinoblastomtherapie (A)	in Routine	Arzt, Pflege, Sekretariat
Univ. Augenklinik	Reorganisation Ambulanz und Spezialambulanzen	in Arbeit	Ärzte, Pflege, Sekretariat
Univ. Augenklinik	QM in der Ambulanz für Strabologie, Kinderophthal.	-	Ärzte, Pflege, Sekretariat
Univ. Augenklinik	Organigramm und Funktionsbeschreibungen	in Arbeit	Arzt, Pflege, Sekretariat
Univ. Augenklinik	Adaptierung des Krankenhausmanagement/KDM	in Arbeit	Ärzte, Pflege, IT-Bereich
Univ. Augenklinik	QM Schwerpunkte Pflege	in Arbeit	Pflege
Univ. Augenklinik	Qualitätszirkel Sekretärinnen	in Arbeit	Sekretariate
Univ. Augenklinik	Stationäre Patientenbefragung – Feedback	-	Patienten
Univ. Augenklinik	QM im Labor	in Arbeit	Labor BA u. Ärzte
Organisations-einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungs-status	Bereich
Univ. Augenklinik	EFQM Einreichung C2E		

Univ. Augenklinik	Ausbildung der Qualitätsbeauftragten	in Arbeit	QB der Univ. Augenklinik, Pflege, BA, Verwaltung
Univ. Augenklinik	Wöchentliches Treffen der leitenden OberärztInnen (ALB)	in Routine	leitende OberärztInnen und Vorstand der Univ. Augenklinik
Univ. Augenklinik	Interdisziplinäres Retinoblastom Management	in Arbeit	Interdisziplinär: Univ. Augenklinik – Abteilung für Pädiatrische Onkologie/Hämatologie: ÄrztInnen, Pflege, Verwaltung
Univ. Augenklinik	Management intraokularer Fremdkörper	in Arbeit	ÄrztInnen der Univ. Klinik
Univ. Augenklinik	Neuorganisation Tumorschwerpunkt	in Arbeit	ÄrztInnen der Univ. Klinik, Pflege, Verwaltung
Univ. Augenklinik	Zwöchige AssistentInnen-Ausbildung	in Arbeit	Leitende OberärztInnen, AssistentInnen, Mitglieder der Pflege
Univ. Augenklinik	Dokumentenlenkung	in Arbeit	BA, Biologin, Chemiker
Univ. Augenklinik	Adaptierung des Krankenhausmanagements (KDM)	in Arbeit	IT der Univ. Augenklinik bzw. des LKH Klinikums
Univ. Augenklinik	Neuorganisation der Ambulanz	in Arbeit	ÄrztInnen, Pflege, Verwaltung
Univ. Augenklinik	QZ1 Prozess-/Ergebnisqualität strabologischer Eingriffe	Routine	ÄrztInnen, OrthoptistInnen, SekretärInnen
Univ. Augenklinik	QZ 2 QM in der Schielabteilung	Routine	ÄrztInnen, OrthoptistInnen, SekretärInnen
Univ. Augenklinik	QZ 3 Nahtstellenmanagement bei Nystagmus	in Arbeit	ÄrztInnen, OrthoptistInnen (interdisziplinär HNO/Neurologie)

Univ. Augenklinik	QZ 4 Genderaspekte in der Strabologie	in Arbeit	ÄrztInnen, OrthoptistInnen (Gesellschafts- /gesundheits- politisch)
Univ. Augenklinik	QZ 5 QM in der Ausbildung	Routine	ÄrztInnen, OrthoptistInnen

Univ.-Klinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin

Organisations- einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs- status	Bereich
Univ.- Klinik f. Blut- gruppenserologie u. Transfusionsmedizin	EDV-Validierung	in Arbeit	Bereichsver- antwortliche (Ärzte, StatSr., Itd. BA)
Univ.-Klinik f. Blut- gruppenserologie u. Transfusionsmedizin	Umstellung der Dokumentenlenkung auf CMS	in Arbeit	QM/UBT
Univ.-Klinik f. Blut- gruppenserologie u. Transfusionsmedizin	Risikomanagement	in Arbeit	Zusammen- arbeit mit CCS
2007 keine Projekte , Initiativen, Maßnahmen laut Qualitätsbericht			

Univ.-Klinik für Chirurgie

Organisations- einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs- status	Bereich
Klin. Abteilung f. Herzchirurgie	Warteliste in der Herzchirurgie	in Arbeit	Arzt, Sekretariat
2007 keine Projekte, Initiativen, Maßnahmen laut Qualitätsbericht			

Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie

Organisations- einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs- status	Bereich
Univ.-Klinik f. Dermatologie u. Venerologie	Implementierung des QM Systems nach ISO 9001:2000	Zertifizierung Juni 2006	alle Mitarbeiter

Univ.-Klinik für Dermatologie u. Venerologie	Patientenfeedback	in Arbeit	stat. Patienten
Univ. Klinik für Dermatologie u. Venerologie, in Zusammenarbeit mit Univ.-Klinik f. Innere Medizin (Rheumatologie, Nephrologie, Pulmologie, Angiologie, Kardiologie, Gastroenterologie)	Interdisziplinäre Leitlinien systemische Sklerodermie	in Arbeit	Interdisziplinäres Team
	Pflegedokumentationsgruppe	in Arbeit	Pflegebereich
Hygienegruppe der Univ.-Klinik f. Dermatologie	Regelmäßige Fortbildung, Weitergabe der Informationen an die Mitarbeiter, Durchführung von Hygienemaßnahmen	kontinuierliche Weiterentwicklung	MTD, DGKS, Reinigungsdienst
Organisations-einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungs-status	Bereich
Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie	Qualitätsprojekt	34 Projekte 2/34 nicht aktuelle, 2/34 laufend, 6/34 fast erfüllt, 2/34 mit Mängeln erfüllt	interdisziplinär
Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie	SOP: Forschungsfreistellung	umgesetzt	
Univ. Klinik für Dermatologie und Venerologie	Forschungsdokumentation	umgesetzt	

Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Organisations-einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs-status	Bereich
Univ.-Klinik f. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	EFQM-Pilotprojekt	in Arbeit	Klinik
Univ.-Klinik f. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe-Stationen	Patientinnen-Feedback-System	umgesetzt – StartUp	Klinik
Univ.-Klinik f. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe	Patientinnenbefragung	erledigt	Klinik
Gynäkologie	Mammakarzinom-Qualitätszirkel	-	Onkologen

Gynäkologie	Tumorkonferenz	umgesetzt	Onkologen (interdisziplinär)
Klin. Abt. f. Geburtshilfe	UFK-Guide: Leitlinien	laufendes Projekt	-
Dep. f. Kons. Gyn. Onkologie	Lebensqualität – klinische Studien	umgesetzt	Psychologen/ Onkologen
Univ.-Klinik f. Geburtshilfe u. Gynäkologie/Urogynäkologie	Lebensqualität – Urogynäkologie	laufendes Projekt	Ärzte & Psychologen
Klin. Abt. f. Geburtshilfe	Geburtenregister: erstellen eines Jahresberichts	abgeschlossen	Geburtshelfer
Labor an der Geb./Gyn.	Qualitätszirkel Labor	ruht (gestoppt durch LKH)	-
Labor an der Geb./Gyn.	QM-Dokumentation Labor	ruht (untersagt durch LKH)	-
Univ.-Klinik f. Geburtshilfe u. Gynäkologie	CIRS (Risiko-Management)	umgesetzt – StartUp	Ärzte
Organisations-einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungs-status	Bereich
Univ. Klinik für Frauenheil-kunde und Geburtshilfe	EFQM-Pilotprojekt/Selbstbewertung	Start	Klinik
Univ. Klinik für Frauenheil-kunde und Geburtshilfe	EFQM Einreichung für C2E	Dezember 2007	Klinik, Anstaltsleitung
Univ. Klinik für Frauenheil-kunde und Geburtshilfe	PatientInnen Feedbacksystem		Stationen
Univ. Klinik für Frauenheil-kunde und Geburtshilfe	PatientInnen Befragung	Auswertung	Stationen

Hals-Nasen-Ohren-Universitätsklinik

Organisations-einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs-status	Bereich
Hals-Nasen-Ohren- Univ.Klinik	Initiative Maßnahmen: Tägliche Morgenbesprechung zur Optimierung der Dienstübergabe mit Fallbesprechung, Videodokumentation und bildgebende Information aus dem PACS-System	in Routine	-

Hals-Nasen-Ohren- Univ.Klinik	Initiative Maßnahmen: Wöchentliche interdisziplinäre Besprechung zur Qualitätssicherung für die peri- und postoperative Versorgung von Patienten der HNO-Univ.Klinik	in Routine	-
Hals-Nasen-Ohren- Univ.Klinik	Initiative Maßnahmen: Wöchentliche hausinterne Fortbildungsveranstaltung	in Routine	-
Hals-Nasen-Ohren- Univ.Klinik	Initiative Maßnahmen: Schnittstellenmanagement mit Qualitätszirkel der niedergelassenen HNO-Fachärzte zur Verbesserung der Zusammenarbeit im klinischen und niedergelassenen Bereich und zur Verbesserung des Patientenservice	in Routine	-
Klin. Abt. f. Phoniatrie	Interdisziplinärer Qualitätszirkel zur Optimierung der Therapie von Patienten mit Dysphagie	-	-
Klin. Abt. f. Phoniatrie	Patientenbefragung hinsichtlich Zufriedenheit	-	-
Klin. Abt. f. Phoniatrie	Patientenbefragung hinsichtlich Lebensqualität bei Stimmstörungen	-	-
Klin. Abt. f. Phoniatrie	Erarbeiten und Zusammenstellen von Informationsblättern (20 verschiedene logopädische Themen), Übersetzung in die wichtigsten "Einwanderersprachen"	-	-
Klin. Abt. f. Phoniatrie	Fallsupervision	-	-
Klin. Abt. f. Phoniatrie	Gemeinsame Fortbildung: Umgang mit onkologischen Patienten	-	-
Klin. Abt. f. Phoniatrie	Initiierung enger Zusammenarbeit mit der Raucherambulanz	-	-
Klin. Abt. f. Phoniatrie	Mitarbeit bei der MHM	-	-
Klin. Abt. f. Phoniatrie	TheraPlus	-	-
Klin. Abt. f. Phoniatrie	Erstellen und (üb)erarbeiten von Anamnese- und Befundbögen	-	-
Klin. Abt. f. Phoniatrie	Besuch externer Fortbildungen und interne Weitergabe	-	-
Klin. Abt. f. Allgemeine HNO	Einführung eines interdisziplinären (Onkologie, Strahlentherapie, Radiologie, Nuklearmedizin, Pathologie) Tumorboards zur Optimierung der Patientenbetreuung, Patienteninformation, Therapie- und Leitlinienentwicklung	-	-
Klin. Abt. f. Allgemeine HNO	Supervisionsprojekt Prof. Stix zur Qualitätssicherung und Kontrolle für das Pflegeteam und die betreuenden Ärzte sowie Supervision der Tumorpatienten durch psychotherapeutische Gesprächstherapie	-	-

Klin. Abt. f. Allgemeine HNO	Informationsprojekt zur Qualitätssicherung für Patienten, die einer Bestrahlungstherapie unterzogen werden	-	-
Klin. Abt. f. Allgemeine HNO	Einführung einer onkologischen Teambesprechung zur Optimierung der Patientenversorgung durch interdisziplinären Informationsaustausch	-	-
Klin. Abt. f. Allgemeine HNO	Interdisziplinärer Qualitätszirkel zur Optimierung der Therapie von Patienten mit schlafbezogenen Atemstörungen	-	-
Organisations- einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungs- status	Bereich
HNO Univ. Klinik	Interdisziplinärer Qualitätszirkel zur Optimierung der Therapie von Patienten mit Dysphagie	laufend	
HNO Univ. Klinik	Patientenbefragung hinsichtlich Lebensqualität bei Stimmstörungen	laufend	
HNO Univ. Klinik	LKH-interne Fortbildung „Tracheostomie und Kanülenkunde“	wiederholend	
HNO Univ. Klinik	Posterpräsentation bei der Konferenz des ONGK	abgeschlossen	
HNO Univ. Klinik	TheraPlus: einheitliche Leistungserfassung für die therapeutischen Dienste, Erstellung eines Leitfadens	seit Oktober 2007	
HNO Univ. Klinik	Besuch externer Fortbildungen und interne Weitergabe	laufend	
HNO Univ. Klinik	Abschluss des Masterstudiums	abgeschlossen	
HNO Univ. Klinik	Vorträge zu unterschiedlichen Themen (Salutogenese...)	laufend	
HNO Univ. Klinik	Neugestaltung der Intranetseite MTD/Logopädie	laufend	
HNO Univ. Klinik	Mitarbeit bei Organisation und Durchführung der Grazer Stimmtage	abgeschlossen	
HNO Univ. Klinik	Vorlesungstätigkeit zu unterschiedlichen logopädischen Themen an den Akademien und FHs für Logopädie	laufend	
HNO Univ. Klinik	Regelmäßige interdisziplinäre Cadex-Visiten	laufend	
HNO Univ. Klinik	Erarbeiten eines Mentoring-Systems	seit Oktober 2006	
HNO Univ. Klinik	Erarbeiten von Arbeitsplatzbeschreibungen	seit Oktober 2007	
HNO Univ. Klinik	Erarbeiten eines Leistungskataloges Logopädie	seit Oktober 2007	

Univ.-Klinik für Innere Medizin

Organisations-einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs-status	Bereich
Klin. Abt. f. Onkologie 2004	SOPs für die Klinische Abteilung Onkologie	z.T. in Routine umgesetzt, kontinuierliche Weiterentwicklung u. Anpassung, Evaluierung	Ärzte, Pflege, Verwaltung, Labor, Studierendokumentation, Psychologen
Klin. Abt. f. Onkologie 2004	Interdisziplinäre Patientenschulung für Krebspatienten und deren Bezugspersonen	in Routine umgesetzt, kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung	Psychologen
Klin. Abt. f. Onkologie 2005	Tumordokumentation in openMEDOCS und Übernahme der bestehenden Tumor-Dokumentation aus dem ONKO-Subsystem nach openMEDOCS	in Routine umgesetzt, kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung	Ärzte, Pflege, Verwaltung, Studiendokumentation
Klin. Abt. f. Onkologie 2005	Organisation: „Respekt gegenseitig“	kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung	Ärzte, Pflege, Verwaltung, Psychologen, Studiendokumentation, Labor
Klin. Abt. f. Onkologie 2005	Forschung Organisation: „EDV-Ausstattung“	in Routine umgesetzt, kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung	Ärzte, Pflege, Verwaltung, Psychologen, Studiendokumentation, Labor
Klin. Abt. f. Onkologie 2005	Patientenversorgung: „Reduktion Patientenzahl“	kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung	Ärzte
Klin. Abt. f. Onkologie 2005	Lehre: Guidelines	in Routine umgesetzt, kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung	Ärzte
Klin. Abt. f. Onkologie 2005	Identifikation, Anerkennung, Kommunikationsförderung	kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung	Ärzte, Psychologen
Klin. Abt. f. Onkologie 2006	Interdisziplinäre onkologische Fallbesprechung: Tumorboard- LKH Graz West (Ziele)	in Routine umgesetzt, kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung	Ärzte, Pflege, Verwaltung

Klin. Abt. f. Onkologie 2006	Interdisziplinäre genetische Beratung/ Untersuchung	in Routine umgesetzt, kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung	Ärzte
Klin. Abt. f. Onkologie 2006	Öffentlichkeitsarbeit Homepage der Klin. Abt. für Onkologie	Neugestaltung in Routine umgesetzt, kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung	Ärzte, Pflege, Verwaltung, Psychologen, Studiendokumentation, Labor
Klin. Abt. f. Onkologie 2006	QM für Klinische Prüfungen Aufbau- und Ablauforganisation (Prozessdarstellung, SOP)	Neugestaltung in Routine umgesetzt, kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung	Ärzte, Pflege, Verwaltung, Studierendokumentation,
Klin. Abt. f. Endokrinologie u. Nuklearmedizin /Labor	Zertifizierung nach ISO-9001	umgesetzt	Ärzte, Radiologietechnologen, Biomedizinische Analytiker, Laborgehilfen
Organisations-einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungs-status	Bereich
Univ. Klinik für Innere Medizin – Klin. Abt. f. Onkologie	Patientenversorgung „Reduktion Patientenzahl“	Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen Kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung	Ärzte, Pflege, Verwaltung
Univ. Klinik für Innere Medizin – Klin. Abt. f. Onkologie	<p>Tumordokumentation in open MEDOCS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Rückspielen der open MEDOCS-Tumordokumentation ins Subsystem ○ Vereinheitlichung der onkologischen Tumordokumentation und Erstellung von Dokumentationsstandards ○ Einheitliche Arztbriefschreibung im openMEDOCS ○ Automatisches Generieren des Krebsmeldeblattes basierend auf der Tumordokumentation im openMEDOCS 	Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen Kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung	Ärzte, Pflege, Verwaltung, Studiendokumentation

Univ. Klinik für Innere Medizin – Klin. Abt. f. Onkologie	Interdisziplinäre onkologische Fallbesprechung: Tumorboard LKH West	Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen Kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung	Ärzte, Pflege, Verwaltung
Univ. Klinik für Innere Medizin – Klin. Abt. f. Onkologie	QM für Klinische Prüfungen Aufbau- und Ablauforganisation (Prozessdarstellung, SOP)	Korrektur- und Verbesserungsmaßnahmen Kontinuierliche Weiterentwicklung und Anpassung	Ärzte, Pflege, Verwaltung, Studiendokumentation
Univ. Klinik für Innere Medizin – Klin. Abt. Endokrinologie und Nuklearmedizin – Endokrinologisch-nuklearmedizinisches Labor	Erstzertifizierung nach ISO 9001:2000	Aufrechterhaltung – QM-System	alle Bereiche

Univ.-Klinik für Kinderchirurgie

Organisations-einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs-status	Bereich
Univ.-Klinik f. Kinderchirurgie	Einführung des neuen Patientenfeedback-Systems im stationären Bereich	Planung und Vorbereitung abgeschlossen, Start Jan 07	Pflege, Ärzte, Leitung
Univ.-Klinik f. Kinderchirurgie	Umorganisation Ärzteeinteilung/Ambulanz-einteilung	50% (Planung, Umorganisation abgeschlossen, Start Jan 07)	Ärzte
Univ.-Klinik f. Kinderchirurgie/Ambulanz	Patientenbefragung Ambulanz	kontinuierlich	Pflege, Sekretariat, Ärzte
Univ.-Klinik f. Kinderchirurgie/ Fachbereich OP/AEMP	Erhöhung der Schulungen auf mindestens 5	erreicht (mit 6 Schulungen)	OP-DGKS, OP-Gehilfen d. AEMP, OP-Gehilfen, Reinigungsdienst
Univ.-Klinik f. Kinderchirurgie/ Fachbereich OP/AEMP	Erhöhung d. Teilnehmerzahl an den Schulungen auf mindestens 65 %	81,4 % erreicht!	OP-DGKS, OP-Gehilfen d. AEMP, OP-Gehilfen, Reinigungsdienst
Univ.-Klinik f. Kinderchirurgie/ Fachbereich OP/AEMP	Kundenbefragung der AEMP (Bereiche die mit Medizinprodukten der AEMP beliefert werden)	in Planung (konnte aus Zeitmangel nicht durchgeführt werden)	OP-DGKS

Univ.-Klinik f. Kinderchirurgie/ Fachbereich OP/AEMP	Aktualisierung und Erarbeitung von Arbeits- u Aufbereitungsanweisungen f d. AEMP	abgeschlossen	OP-DGKS
Univ.-Klinik f. Kinderchirurgie/ Fachbereich OP/AEMP	5. Revalidierung d. AEMP	abgeschlossen	Team d. AEMP, KH-Hygiene, Fa. Lugitsch, Maschinelle Anlagen
Univ.-Klinik f. Kinderchirurgie/ Fachbereich OP/AEMP	Planung u. Organisation „Tag der offenen Tür in der AEMP“	in Planung (konnte aus Zeitmangel nicht durchgeführt werden)	OP-DGKS, OP- Gehilfen d. AEMP, OP-Gehilfen, Reinigungsdienst
Univ.-Klinik f. Kinderchirurgie/ Fachbereich OP/AEMP	Teilweise Einführung der EDV Leistungserfassung in der AEMP	teilweise umgesetzt	OP-DGKS und OP-Gehilfen d. AEMP
Organisations- einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungs- status	Bereich
Univ. Klinik für Kinderchirurgie	Univ. Klinik für Kinderchirurgie Funktionsbereich OP/AEMP		
Univ. Klinik für Kinderchirurgie	Anzahl der Schulungen mit der Kennzahl 5 zu erreichen	5 Schulungen	OP-DKKS, OP- Gehilfen der Aufbereitungsein- heit
Univ. Klinik für Kinderchirurgie	Teilnehmeranzahl bei den Schulungen – Kennzahl 65%	37,4&	OP-DKKS, OP- Gehilfen der Aufbereitungsein- heit
Univ. Klinik für Kinderchirurgie	Kundenbefragung in der AEMP – Kennzahl 55%ige Zufriedenheit	nicht durchgeführt – Zeitmangel	
Univ. Klinik für Kinderchirurgie	Aktualisierung und Erarbeitung von Aufbereitungsanweisungen und Arbeitsweisungen f. d. AEMP	teilweise durchgeführt – Zeitmangel	OP-DKKS, OP- Gehilfen der Aufbereitungsein- heit
Univ. Klinik für Kinderchirurgie	6. Revalidierung der AEMP	abgeschlossen	Team d. AEMP, Dr. Dr. M. Gehrler, Institut für KH- Hygiene, Fa. Lugitsch, Maschinelle Anlagen v. Klinikum!
Univ. Klinik für Kinderchirurgie	Validierung der Reinigungs- und Desinfektionsgeräte nach Norm 15883	nicht durchgeführt – Zeitmangel	
Univ. Klinik für Kinderchirurgie	Planung und Organisation für einen „Tag der offenen Tür“	nicht durchgeführt – Zeitmangel	

Univ. Klinik für Kinderchirurgie	Weitere Implementierung der EDV-Leistungserfassung in der AEMP	Funktionsbereich OP abgeschlossen, externe Kunden in Umsetzungsphase	OP-DKKS Edith Schlatzer Audit/Begutachtungsgart: Fachspezifisches internes Audit durch externen Auditor
Univ. Klinik für Kinderchirurgie	Externes Audit – nach ONR 112069 – Leitlinie d. ÖGSV f. d. Validierung d. Reinigungs- und Desinfektionsprozesses in Anlehnung an die EN ISO 15883 – MPG § 93 und § 94		Auditor: Enko Maria Theresia

Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde

2006 keine Projekte, Initiativen, Maßnahmen laut Qualitätsbericht			
Organisations-einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungs-status	Bereich
Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde – Klin. Abt. Neonatologie	Teilnahme am Qualitätsmanagement für Frühgeborenenintensivmedizin: „Vermont Oxford Network“		Neonatologische Intensivstation
Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde – Klin. Abt. f. Pädiatrische Hämatologie/ Onkologie	Vortrag „Schulerfolg trotz Krebserkrankung“	abgeschlossen	LehrerInnen
Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde – Klin. Abt. f. Pädiatrische Hämatologie/ Onkologie	„Schulkoffer“	in Routine	LehrInnen
Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde – Klin. Abt. f. Pädiatrische Hämatologie/ Onkologie	Vernetzung ÖPSAPOH	in Arbeit	psychosoziales Team
Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde – Klin. Abt. f. Pädiatrische Hämatologie/ Onkologie	Elternsitzungen	in Vorbereitung	psychosoziales Team
Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde – Klin. Abt. f. Pädiatrische Hämatologie/ Onkologie	Stationsbesprechung	in Routine	psychosoziales Team, Stations-schwestern

Univ. Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde – Klin. Abt. f. Pädiatrische Hämatologie/ Onkologie	Pippi-Schilder	in Routine	Station
---	----------------	------------	---------

Klin. Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik

Organisations- einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs- status	Bereich
Klin. Institut f. Med. u. Chem. Labordiagnostik	Zertifizierung nach ISO 9001:2000	in Arbeit	KIMCL
Klin. Institut f. Med. u. Chem. Labordiagnostik	Kundenbefragung	in Arbeit	-
2007 keine Projekte, Initiativen, Maßnahmen laut Qualitätsbericht			

Univ.-Klinik für Neurologie

Organisations- einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs- status	Bereich
Univ.Klinik f. Neurologie	EFQM-Workshop – Auftaktveranstaltung	abgeschlossen	gesamte Neurologie
Univ.Klinik f. Neurologie	EFQM-Workshop – Selbstbewertung	in Arbeit	gesamte Neurologie
2007 keine Projekte, Initiativen, Maßnahmen laut Qualitätsbericht			

Univ.-Klinik für Orthopädie

Organisations- einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs- status	Bereich
Univ.-Klinik f. Orthopädie	EFQM-Workshop – Auftaktveranstaltung	abgeschlossen	gesamte Neurologie
Univ.-Klinik f. Orthopädie	EFQM-Workshop – Selbstbewertung	in Arbeit	gesamte Neurologie
Univ.-Klinik f. Orthopädie	Umsetzung einer Bestellambulanz	in Arbeit	Ambulanz (alle Berufsgruppen)
Univ.-Klinik f. Orthopädie	Ambulante Patientenbefragung	abgeschlossen	Ambulanz (alle Berufsgruppen)

Univ.-Klinik f. Orthopädie	Patienten- und Zuweiserinformation	abgeschlossen	Administration
Univ. Klinik für Orthopädie	Ausstattung der ambulanten Untersuchungsboje mit EDV-Equipment	abgeschlossen	Ärzte, Administration
Univ.-Klinik f. Orthopädie	Speech Mike – Befundschreibung	abgeschlossen	Ambulanz (alle Berufsgruppen)
Univ.-Klinik f. Orthopädie	Patientenaufnahme Station	in Arbeit	Station-Pflege, Ärzte
Univ.-Klinik f. Orthopädie	Endoprothese – Hüfte und Knie	in Arbeit	gesamte Orthopädie (alle Berufsgruppen)

2007 keine Projekte, Initiativen, Maßnahmen laut Qualitätsbericht

Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie

Organisations-einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs-status	Bereich
Univ.-Klinik f. Med. Psychologie u. Psychotherapie	Teilnahme am Aufbau eines QM Projektes nach ISO 9001 an der Abt. für Hämatologie	in Vorbereitung	-
Univ.-Klinik f. Med. Psychologie u. Psychotherapie	Teilnahme an der Ausarbeitung eines Patientenfeedbacks Abt. für Hämatologie	in Vorbereitung	-
Univ.-Klinik f. Med. Psychologie u. Psychotherapie	Supervision u. Krisenintervention der Kinderschutzgruppe Kinderchirurgie	abgeschlossen	-
Univ.-Klinik f. Med. Psychologie u. Psychotherapie	Biopsychosoziale Patientenkonferenz	Routine	interdisziplinär
Univ.-Klinik f. Med. Psychologie u. Psychotherapie	Q-Sicherung: Psychosomatik, was tun? Qualifizierte Behandlungsoptionen über das Netzwerk-Psychosomatik	Routine	Ärzte
Univ.-Klinik f. Med. Psychologie u. Psychotherapie	Qualitätszirkel Endokrinologie	Routine	interdisziplinär
Univ.-Klinik f. Med. Psychologie u. Psychotherapie	Kommunikation Pflege Neurologie	abgeschlossen	Pflege
Univ.-Klinik f. Med. Psychologie u. Psychotherapie	Kommunikation Ärzte Neurologie	abgeschlossen	Ärzte
Univ.-Klinik f. Med. Psychologie u. Psychotherapie	Balintgruppe Palliativstation	Routine	interdisziplinär
Univ.-Klinik f. Med. Psychologie u. Psychotherapie	Mitarbeit bei der Visitenorganisation 2. Stock Dermatologie	Routine	interdisziplinär

Univ.-Klinik f. Med. Psychologie u. Psychotherapie	Interdisziplinäre Teambesprechung zur Verbesserung der Betreuung von Melanompatienten	Routine	interdisziplinär
Univ.-Klinik f. Med. Psychologie u. Psychotherapie	Intervisionsgruppe: Psychotherapeutische Ambulanz d. Medizinischen Psychologie	Routine	interdisziplinär
Univ.-Klinik f. Med. Psychologie u. Psychotherapie	Konsiliar-Liaisonbesprechung Klinische Psychosomatik	Routine	interdisziplinär
Univ.-Klinik f. Med. Psychologie u. Psychotherapie	Supervision Verhaltensmedizin	Routine	interdisziplinär
Univ.-Klinik f. Med. Psychologie u. Psychotherapie	Supervision Medizinische Psychologie	-	-
Univ.-Klinik f. Med. Psychologie u. Psychotherapie	Balintgruppe Onkologie	Routine	interdisziplinär

2007 keine Projekte, Initiativen, Maßnahmen laut Qualitätsbericht

Univ.-Klinik für Radiologie

2006 keine Projekte, Initiativen, Maßnahmen laut Qualitätsbericht

Organisations-einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2007	Umsetzungs-status	Bereich
Univ. Klinik für Radiologie – Klin. Abt. für Kinder-radiologie	Workflow-Prozessdokumentation des medizinisch-technischen Dienstes, Ärzte und Verwaltung der Klin. Abt. für Kinderradiologie	abgeschlossen	Medizinisch-technischer Dienst, Ärzte, Verwaltung

Univ.-Klinik für Urologie

Organisations-einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs-status	Bereich
Univ.-Klinik f. Urologie	ARGE Pflegeplanung – Evaluierung von Pflegedokumentation	laufend	Pflege
Univ.-Klinik f. Urologie	SOP Komplikationsmanagement	in Arbeit	Ärzte
Univ.-Klinik f. Urologie	Informationsblatt Stomaversorgung	umgesetzt	Ärzte, Pflege
Univ.-Klinik f. Urologie	Postoperativer Ernährungsaufbau standardisiert	umgesetzt	Ärzte, Pflege
Univ.-Klinik f. Urologie	Erstellung von Informationspflegeblättern für Patienten nach der Entlassung	in Arbeit	Pflege

Univ.-Klinik f. Urologie	Neugestaltung Homepage Urologie	in Arbeit	Ärzte, Pflege, Kunden
Univ.-Klinik f. Urologie	Einführung der „Fehlerprotokolle“ für Arzt, Pflege, Verwaltung	laufend	Ärzte, Pflege, Verwaltung
2007 keine Projekte, Initiativen, Maßnahmen laut Qualitätsbericht			

Univ.-Klinik für Zahn-, Mund-, und Kieferheilkunde

Organisations-einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs-status	Bereich
Klin. Abt. f. Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie	Perioperatives Ernährungsmanagement in Zusammenarbeit mit ARGE Ernährungsscreening	teilweise umgesetzt, teilweise in Arbeit	Ärzte, Pflege
Klin. Abt. f. Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie	ARGE Pflegeplanung – Evaluierung von Pflegedokumentation	laufend	Pflege
Klin. Abt. f. Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie	Überarbeitung der Fieberkurven	in Arbeit	Ärzte, Pflege
Klin. Abt. f. Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie	Ausarbeitung eines Patienteninformationsblattes „Erforderliche Befunde für OP-Tauglichkeit“ in Zusammenarbeit mit der Anästhesie	teilweise umgesetzt	Ärzte, Pflege, Patienten
Klin. Abt. f. Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie	Organisationsuntersuchung Ambulanz	abgeschlossen	Ambulanz (alle Berufsgruppen)
Klin. Abt. f. Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie	Entwicklung von ambulanten Soll-Prozessen	abgeschlossen	Ambulanz (alle Berufsgruppen)
Klin. Abt. f. Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie	Planung einer Bestellambulanz	in Arbeit	Ambulanz (alle Berufsgruppen)
Klin. Abt. f. Mund-, Kiefer- & Gesichtschirurgie	Umsetzung einer Bestellambulanz	in Arbeit	Ambulanz (alle Berufsgruppen)
2007 keine Projekte, Initiativen, Maßnahmen laut Qualitätsbericht			

Zentrum für Medizinische Grundlagenforschung

Organisations-einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs-status	Bereich
Zentrum f. Med. Grundlagenforschung	QM-Projekt ZMF: Zertifizierung nach ISO 9001:2000	100%	ZMF-Stamm-personal
2007 keine Projekte, Initiativen, Maßnahmen laut Qualitätsbericht			

Zytologisches Institut

Organisations-einheit	Projekt, Initiative, Maßnahme 2006	Umsetzungs-status	Bereich
Zytologisches Institut	ÖGZ Qualitätssicherung	wird 2007 erfolgen	BA/Ärzte
2007 keine Projekte, Initiativen, Maßnahmen laut Qualitätsbericht			

Anhang

QM-relevante Dokumente

Dokumente zum Prozess:

Einführung von Qualitätsmanagement in den LKHs

1. **Qualitätsmanagement der LKHs / Einführung von Qualitätsmanagement**
Vst ArbU 0010.0922
2. **Qualitätsmanagement ZDion / Qualitätspolitik**
Vst ArbU 0010.0805
3. **Konzept zur Einführung von QM in den LKHs der Stmk. KAGes**
Vst INFO 0013.9015
4. **Konzept zur Einführung von QM in den LKHs der Stmk. KAGes**
Vst ArbU 0013.9035
5. **Qualitätsmanagement der LKHs / QM-Phasenplan**
Vst ArbU 0010.0938
6. **Qualitätsmanagement der LKHs / Einführung von Qualitätsmanagement / Vereinbarung**
Vst Form 0010.0912
7. **Qualitätsmanagement der LKHs / QSB Geschäftsordnung**
Vst ArbU 0010.0905
8. **Standardentwicklung Medizin - QSB Arbeitsweise**
Vst ArbU 0010.0923
9. **Qualitätsmanagement der LKHs / QSB Arbeitsprogramm**
Vst ArbU 0010.0906
10. **Qualitätsmanagement der LKHs / Antrag an den QSB**
Vst Form 0010.1171
11. **Referenzprozess Patientenfeedbacksystem**
MDion ArbU 1004.0776

12. **Einführung von Qualitätsmanagement in den LKHs - Unterlagen**
Vst INFO 1000.2739
13. **Qualitätsmanagement der LKHs/Gruppenfunktionsbeschreibung für Qualitätsbeauftragte/r einer Krankenanstalt**
Vst ArbU 1000.3310
14. **Einführung von QM in den LKHs - QM Budget**
MDion Info 0013.7595
15. **Zwischenbericht zum QM-Konzept - Phase 1**
16. **Projektmanagement - Verbindliche Standards**
Vst ArbU 0010.0937
17. **Verpflichtungserklärung für EFQM-Assessoren**
Vst Form 1006.2722
18. **Qualitätsmanagement der LKHs – Kommission (QMK) - Mustergeschäftsordnung**
Vst ArbU 1000.3309
19. **Qualitätsmanagement der LKHs - Patientenbefragung**
MDion ArbU 0010.1234
21. **Rahmenkonzept für ein „KAGes-weites PatientInnen-Feedbacksystem“**
Vst ArbU 1001.7963
22. **Weiterentwicklung des QM-Systems in der KAGes – Durchführung von Selbstbewertungen gem. dem EFQM-Modell in den LKHs**
Vst ArbU 1005.1951

Strategisches Unternehmenskonzept

Langfassung Vst ArbU 0010.2627

Kurzfassung Vst ArbU 0010.0803

Führungsgrundsätze der KAGes

PDion ArbU 1000.3861

Abkürzungsverzeichnis

ABH	Abhängigkeitserkrankungen
AC	Allgemeinchirurgie
ÄD	Ärztliche Direktion
AG/R	Arbeitsgruppe Remobilisation
AK	Arbeitskreis
AL	Anstaltsleitung
ATH	Arbeitstherapie
BAM	Business Activity Monitoring
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BTH	Beschäftigungstherapie
CHI	Chirurgie
CMS	Content Management System für Internet und Intranet einschließlich der elektronischen Dokumentenlenkung
DGKS	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester
EBA	Erstuntersuchung, Beobachtung, Aufnahme
EFQM	European Foundation for Quality Management
EFQM-Modell	Modell zur Bewertung der Qualitätsfähigkeit von Organisationen
EMAS	Eco-Management and Audit Schema
EN ISO/IEC 17025	Internationale Standard Organisation / Allgemeine Anforderung an die Kompetenz von Prüf- und Kalibrierlaboratorien
FDion	Finanzdirektion
FK	Führungskraft
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point
HWD	Hauswirtschaftlicher Dienst
ICPM	Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
IVW	Innerbetriebliches Vorschlagswesen
JACIE	Joint Accreditation Committee ISCT-EBMT
JPS	Neuropsychiatrische Abteilung für Kinder und Jugendliche
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KALG	Steiermärkisches Krankenanstaltenlandesgesetz
KiK	Klinik-Info-Kanal
LKH	Landeskrankenhaus
M1	Medizinische Steuerung und Entwicklung (Medizinische Direktion)
M2	Qualitätsmanagement (Medizinische Direktion)
MA	Mitarbeiter
MAG	Periodisches Mitarbeitergespräch
MDION	Medizinische Direktion
MED	Abteilung für Innere Medizin
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
MTD	Medizinisch-technischer Dienst

OE	Organisationsentwicklung
openMEDOCS	Steiermärkisches medizinisch-pflegerisches Dokumentations- und Kommunikationsnetzwerk
P1	Personalabteilung, Personalamt
PDion	Personaldirektion
PE/QM	Personalentwicklung/Qualitätsmanagement
PHTH	Physiotherapie
PS1	Allgemeinpsychiatrische Abteilung 1
PS2	Allgemeinpsychiatrische Abteilung 2
PS3	Allgemeinpsychiatrische Abteilung 3
QB	Qualitätsbeauftragter
Q-Bericht .	Qualitätsbericht
QM	Qualitätsmanagement
QMK	Qualitätsmanagement-Kommission
RD	Reinigungsdienst
REM	Remobilisation
SOP	Standard Operation Prozedure
TDion	Technische Direktion
UC	Unfallchirurgie
UFK	Univ. Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
UIM	Unternehmens-Informationen-Management
WBV	Weiterbildung für Mitarbeiter der mittleren Ebene im Verwaltungsbereich
ZDion	Zentraldirektion
ZUKo	Zentrale Umweltkoordination