



Mag. Roland Schaffler

L A U T G E D A C H T

wegweiser zur umsetzung der patientenrechte

Quality-Showdown im Best Western

Eine Hauptverbandstudie ortet Weiterentwicklungsbedarf bei Qualität im österreichischen Gesundheitswesen

„Die Qualität der Behandlungsergebnisse ist für die Steuerung des Gesundheitswesens von zentraler Bedeutung.“ Basierend auf dieser Erkenntnis, beauftragte der Hauptverband die renommierte London School of Economics and Political Science (LSE Health) mit der Studie „Qualität in Gesundheitssystemen mit Schwerpunkt auf strategischen Optionen für Österreich“. Eine Erkenntnis, die auch die QUALITAS-Redaktion dazu bewegt, diese – für die Qualitätsarbeit aller Ebenen und Sektoren hochrelevante und spannende – Studie ihren Lesern (wenigstens auszugsweise) zu erschließen. Alle „Verantwortlichen“ sollten sie als Leitfaden für die nächsten Qualitätsjahre ohnehin intim im Volltext kennenlernen. Sie ist der erste nationale Qualitätsüberblick für das Gesundheitswesen (stationär und ambulant) und sie bringt die Situation in Österreich auf den Punkt: Es ist noch viel zu tun! Diese Studie bringt aber auch ganz konkrete Empfehlungen, was konkret zu tun ist, im „besten Gesundheitswesen dieser Erde“ ...
Roland Schaffler

Qualitätsmanagement lernen

Die Autoren der Studie empfehlen, Lernziele zu Behandlungsqualität und Patientensicherheit in den Ausbildungsplan des österreichischen Medizinstudiums aufzunehmen. Während Patientensicherheit in ein paar Stunden, in denen medizinische Fehler und rechtliche Aspekte der Medizin erläutert werden, abgehandelt wird, fehlen Qualitätsverbesserung und -management völlig im österreichischen Medizincurriculum. Module über Patientensicherheit und Versorgungsqualität könnten formal in die Ausbildung des Gesundheitspersonals integriert werden. Die Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten des Gesundheitspersonals könnte bei der ärztlichen Ausbildung betont werden. Die Ausbildung von Turnusärzten in Krankenhäusern ist nicht standardisiert: In einigen Krankenanstalten

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig, in der >NÖ Edition Patientenrechte<, seit Juli 2001 auf www.patientenanwalt.com zum Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

wird Turnusärzten ein beachtliches Maß von Verantwortung übertragen. Andere Turnusärzte sind hingegen mit Routinetätigkeiten wie mit dem Abnehmen von Blut oder medizinischer Dokumentation beschäftigt. Ein weiterer Kritikpunkt der Studie ist der Mangel an Anreizen für Turnusärzte, einen Teil ihrer Ausbildung in Lehrpraxen zu absolvieren. Außer für Arbeitsmedizin und Notfallmedizin gibt es keine spezifischen Regelungen im Ärztegesetz über die erforderlichen Fortbildungsstunden oder die Art der benötigten Kurse. Im Zuge der Evaluierung von Ärzten durch die ÖQMed wird lediglich abgefragt, ob das Verhalten der Ärzte den gesetzlichen Bestimmungen entspricht. Die Überprüfung der Qualität der niedergelassenen Ärzte erfolgt mittels Selbstevaluierung. Fünf Prozent aller Arztpraxen werden im Rahmen von Stichproben – nach Vorankündigung – persönlich aufgesucht. Manchmal jedoch wird der Mangel an Fortbildung leider erst evident, wenn es zu einem ungünstigen Vorfall kommt. Das gegenwärtige System der ärztlichen Fort- und Weiterbildung könnte evaluiert werden, um festzustellen, ob das Ausmaß der Standardisierung ausreicht, um ein nationales minimales Qualitätsniveau sicherzustellen. Transparenz der Finanzierung von Fortbildungsaktivitäten könnte geschaffen werden, um zu vermeiden, dass spezifische Interessensgruppen Ärzte auf eine nicht angemessene Art beeinflussen. Bei der Weiterbildung praktizierender Ärzte wird angeregt, deren Gestaltung vor der Einflussnahme einseitiger industrieller Interessen zu schützen. Dies dadurch, dass die Finanzierung durch die Stakeholder des Gesundheitssystems gemeinsam erfolgt. Eine verpflichtende Einführung des Diplomfortbildungsprogramms könnte in Erwägung gezogen werden, nachdem dies einer Qualitätskontrolle unterzogen wurde. Die Möglichkeit einer Unterbrechung oder Kündigung des ärztlichen Vertrages mit der Sozialversicherung sollte, im Falle der Nichterfüllung minimaler Qualitätsstandards oder aufgrund von Fehlverhalten, zur Diskussion gestellt werden.

Ergebnisindikatoren verwenden

Entscheidungsträger im Gesundheitswesen sind laut der Hauptverbandsstudie dafür verantwortlich, in der Vergangenheit erbrachte Leistung zu beurteilen und Empfehlungen für Verbesserungen abzugeben. Um dieser Aufgabe gerecht werden zu können, benötige man Methoden zur Evaluierung der Leistungsfähigkeit der Gesundheitsversorgung. Derartige Methoden müssten durch den systematischen Einsatz rigoroser und objektiver Qualitätsmessung vorangetrieben werden. Die Studie führt aber auch die Nachteile des Einsatzes von „Ergebnisindikatoren“ an:

- Ergebnis selbst nicht relevant,
- Einflussgrößen außerhalb des medizinischen Bereichs beeinflussen das Ergebnis,
- für eine umfassende Messung des Outcomes können lange Zeitspannen notwendig sein,
- Ungenauigkeiten im Datensatz,
- mangelnde Vergleichbarkeit über Versorgungsbereiche hinweg,
- Definition könnte subjektiv sein,

Quality-Showdown im Best Western

Autor: Mag. Roland Schaffler
erschienen: November 2008

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

- schwere Messbarkeit und
- jeder Prozess oder klinische Zustand umfasst viele verschiedene Outcomes, die bewertet werden können.

Das sind genau die Bedenken, die auch von österreichischen Führungskräften in Gesundheitseinrichtungen genannt werden, wenn die Diskussion auf Ergebnismessung kommt. Selbst engagierte QM-Praktiker weisen in Gesprächen und Diskussionen auf diese Gefahren hin. Besonders unter dem Eindruck, dass die Tendenz in Richtung Vergleich von Gesundheitsdienstleistern steuert. Doch die Ergebnisindikatoren und ihre Verwendung im Gesundheitswesen brächten auch Vorteile. Die Studie nennt dazu:

- geben die entscheidende Antwort auf die Frage nach Leistung von Gesundheitsversorgung,
- Vermögen und Validität der verwendeten Daten, um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu beschreiben und
- anschaulich und zugänglich für präzisere Messung

Bislang erkennt die Studie noch keinen nationalen Konsens über Qualitätsindikatoren. Noch bezögen sich Indikatoren meistens auf Strukturen und Prozesse. Ergebnisindikatoren (Outcome-Indikatoren) gewinnen an Bedeutung, würden aber noch immer zu wenig eingesetzt. Also empfiehlt die Studie ganz konkret: Die bestehenden Indikatoren sollten um Ergebnisindikatoren erweitert werden. Dazu gäbe es drei Vorgangsweisen: die Übernahme eines bereits existierenden internationalen Qualitätsindikatorensystems (z.B. OECD oder WHO), die Definition eines eigenen österreichischen Systems, das ausgehend von bestehenden Verfahren entwickelt wird oder ein gemischter Zugang: die Kombination der jeweils besten vorhandenen Alternativen. Der bestehende Entwurf des nationalen Qualitätsberichts, der 2004 vom Gesundheitsministerium in Auftrag gegeben wurde und gegenwärtig auf seine Veröffentlichung wartet, sollte evaluiert werden.

Qualitätsberichterstattung starten

Die Studie bringt Länderbeispiele für verschiedene Formen strukturierter Berichterstattung über Ergebnisse:

Nationale klinische Datenbanken in Dänemark, Gesundheitsbezogene Register in Norwegen, Nationale Qualitätsregister in Schweden, Schwedisches Gesundheitsdaten Register, Englisches Quality and Outcome Framework Register, Nationale Datensammlung für deutsche Krankenanstalten, Health Indicator Project und Meldesysteme für Leistungsindikatoren in Kanada oder das amerikanische CABG Berichtskarten Programm.

Die Studie führt dazu weiter aus, dass Transparenz und Veröffentlichung von Leistungsdaten den Zweck verfolgen, Leistungserbringer im Gesundheitswesen unter Druck zu setzen in der Hoffnung,

Quality-Showdown im Best Western

Autor: Mag. Roland Schaffler

erschienen: November 2008

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

dass die öffentliche Wahrnehmung und informierte Bürger/Patienten eine indirekte Verbesserung der Versorgungsqualität mit sich bringen.

Vorteile:

- Leistungserbringern wird die relative Qualität der von ihnen erbrachten Leistung bewusst gemacht,
- Zahler könnten die Informationen verwenden, um für sich und ihre Patienten Entscheidungen zu treffen,
- die Öffentlichkeit hätte Zugang zu Informationen, die sie bei der Auswahl von Leistungserbringern (sofern zulässig) unterstützen könnten,
- Leistungserbringer, die Leistungen einer niedrigen Qualität erbringen, könnten identifiziert werden.

Nachteile:

- Leistungskennzahlen könnten für das beabsichtigte Zielpublikum unverständlich sein,
- Messzahlen könnten für die tatsächlich erbrachte Qualität der Versorgung nicht repräsentativ sein,
- Risiko-Anpassungsmechanismen könnten ungeeignet sein,
- Anreize für die Leistungserbringer zur Rosinenpickerei/Vermeidung von Hochrisikopatienten könnten bestehen,
- Falls die Datenmeldung nicht verpflichtend ist, werden jene Leistungserbringer, die Leistungen niedriger Qualität erbringen, nicht teilnehmen.

Zur Situation in Österreich führt die Hauptverbandsstudie aus: Im Zuge der Verhandlungen zur § 15a-Vereinbarung (für 2001-2004!) war der Strukturkommission die Aufgabe übertragen worden, eine nationale Qualitätsberichterstattung zu initiieren. 2004 wurde daher ein Projekt gestartet (vgl. QUALITAS, Ausgabe 10/2004).

Obwohl bereits 2005 die Ergebnisse des ersten Berichts an das Gesundheitsministerium übergeben wurden, sind diese, laut vorliegender Studie, aus politischen Gründen noch nicht veröffentlicht worden. Während der Nationalratswahlen im Oktober 2006 wurde die nationale Qualitätsberichterstattung ausgesetzt. Stakeholder waren nicht bereit, an weiteren Diskussionen teilzunehmen oder Zugeständnisse zu machen, solange der Status, die Finanzierung und die Arbeitsfelder des Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen noch nicht formal definiert worden waren. Im Juli

Quality-Showdown im Best Western

Autor: Mag. Roland Schaffler
erschienen: November 2008

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

2007 hat das Qualitätsinstitut seine Arbeit aufgenommen. Auf der Website wird „Qualitätsberichterstattung“ als eines der vier Arbeitsfelder angeführt. *Hier eine Ergänzung der QUALITAS-Redaktion: Im September 2008 ist dieser Status unverändert. Auf der Website des Instituts finden sich als Hinweise auf seine Aktivitäten unter „Alle Publikationen und Downloads“ eine eigene Analyse über HTA-Aktivitäten in Österreich und anderen Ländern und zwei Links zu deutschen HTAs.*

Kärnten ist das einzige Bundesland, das einen Qualitätsmanagementbericht im Internet publiziert hat. Die AUVA publiziert seit 1997 einen Bericht über Qualitätsmanagement in Unfallkrankenhäusern und Rehabilitationszentren. Im Rahmen der Studie wurde an 104 Krankenanstalten ein Fragebogen gesendet: Von den 47 Krankenhäusern, die antworteten, gaben 35 (74 %) an, dass sie einen Qualitätsbericht veröffentlichen. Die einzelnen Berichte wurden im Rahmen der Studie nicht analysiert; deren Inhalte, Qualität und Nutzen könnten – so das Ergebnis der Studie – stark divergieren.

Empfehlungen priorisieren

Gemäß der Studie gälte es weiters, eine Zukunftsvision für die Rolle von Selbsthilfegruppen zu entwickeln und für deren Unabhängigkeit eine ausreichende Finanzierungsbasis aus öffentlichen Mitteln zu etablieren.

Unter den Strategieoptionen findet sich der Vorschlag, Menschen, die aufgrund sozialer Benachteiligung, chronischer Krankheit oder fortgeschrittenen Lebensalters besonderen Risiken ausgesetzt sind, zu identifizieren. Diese Menschen sollten systematisch über das gesamte Spektrum aus niedergelassener Versorgung, Krankenhaus, Rehabilitation und sozialem Sektor begleitende Unterstützung erhalten. Die Studie regt u.a. Einheitlichkeit, Konsistenz und Transparenz im Erarbeiten von Behandlungsleitlinien in Österreich an: Transparente nationale Leitlinien könnten entwickelt werden. Ein Clearinghouse für Leitlinien könnte eingerichtet werden. Bestehende Leitlinien könnten anhand internationaler Standards (z.B. AGREE Instrument) bewertet werden, bevor man auf internationale Leitlinien zurückgreift oder neue österreichische Leitlinien entwickelt.

Die Autoren meinen, dass es sein könnte, dass ein Top-Down Verfahren für die Leitlinienentwicklung nicht funktioniert, und erkennen eine skeptische Haltung der Österreichischen Ärztekammer im Hinblick auf Leitlinien. Sie akzeptiere diese als Instrument zur kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung, weigere sich jedoch, Leitlinien als bevorzugte Handlungsstrategie zu sehen, da dies ihrer Meinung nach in einer Einschränkung der beruflichen Freiheit des Arztes resultieren könnte. Die Österreichische Ärztekammer sei, laut Studie, der Meinung, dass verpflichtende Leitlinien mehr Schlechtes als Gutes bewirken und kritisiert jegliche potentielle Einmischung des Gesetzgebers in die Arzt-Patienten-Beziehung. Mehr als drei Viertel der rückmeldenden Krankenanstalten gaben jedoch an, Leitlinien zu verwenden.

Die Autoren empfehlen weiters die Weiterentwicklung der Rollen von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie Pharmazeuten im österreichischen Gesundheitswesen. Für den niedergelassenen Bereich empfiehlt die Studie die externe Evaluierung der Qualitätssicherungsaktivitäten der österreichischen Ärztekammer.

Studie lesen

Die Studie gliedert sich in drei Teile: Im internationalen Teil werden ausgewählte Best-practice Beispiele der Qualitätsarbeit präsentiert. Der zweite Teil befasst sich mit der Situation in Österreich. Im dritten

Quality-Showdown im Best Western

Autor: Mag. Roland Schaffler

erschienen: November 2008

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Teil werden konkrete Strategieoptionen für Qualität im österreichischen System vorgeschlagen. Die Studie ist im weltweiten Netz herunterzuladen:

www.hauptverband.at: Service > für Sozialversicherungsträger > Gesundheitsökonomie > Forschungsk Kooperation

Doch für die Leser der QUALITAS, als Insider, sei hier die würzige Präambel des dritten Teils der Studie als Leseprobe zum Gustomachen im Originalton abgedruckt:

Präambel

Das österreichische Gesundheitswesen zeichnet sich gegenwärtig durch eine große öffentliche Zufriedenheit und ein hohes Vertrauen der Bevölkerung aus. Dieser Umstand ist u.a. darauf zurückzuführen, dass 98,5 % der Bevölkerung durch die gesetzliche Sozialversicherung geschützt sind und über eine fast uneingeschränkte Wahlfreiheit von LeistungserbringerInnen verfügen. Die Wartezeiten für die meisten Interventionen scheinen akzeptabel zu sein; in der Akutversorgung kommt es zu keinen Wartezeiten. Die Ausbildung der Gesundheitsberufe wird als gut beurteilt, Krankenanstalten sind gut ausgestattet und LeistungserbringerInnen üblicherweise innerhalb einer zumutbaren Zeit erreichbar, sogar in ländlichen Gegenden.

Es besteht jedoch noch Verbesserungspotenzial. Das österreichische Gesundheitswesen weist bei der Finanzierung und der Entscheidungsfindungsstruktur einen hohen Fragmentierungsgrad auf. Die Zuständigkeiten für verschiedene Systembestandteile können als diffus bezeichnet werden; sie sind auf viele Ebenen (Bund, Sozialversicherung, LeistungserbringerInnen) verteilt. Die Tatsache, dass die Finanzierung von Gesundheitsleistungen verschiedenen Systemstakeholdern obliegt, schafft für LeistungserbringerInnen Anreize, PatientInnen von einer Ebene im Gesundheitssystem auf eine andere „zu verschieben“. Österreich ist eines jener europäischen Länder, das einen hohen Anteil an privater Finanzierung aufweist (ca. 30 % der gesamten Ausgaben). Dies obwohl das Leistungspaket der Sozialversicherung relativ umfassend ist. Selbstbehalte existieren, werden jedoch durch Ausnahmeregelungen abgefedert. Mit dem Jahr 2008 wurde eine Obergrenze (Deckelung) für Rezeptgebühren eingeführt, was bedeutet, dass derartige Ausgaben für PatientInnen nun mit einem Maximalbetrag von 2 % ihres (jährlichen) Einkommens begrenzt sind.

Die Qualitätsdiskussion setzte in Österreich in den 90ern ein. Zu Beginn wurde Qualitätsmanagement vor allem als Kontrollinstrument und Mechanismus zur Sicherstellung eines definierten Standards gesehen. In der Vergangenheit hat sich das Verständnis jedoch weiterentwickelt und ist umfassender geworden. Qualitätsmanagement wird nun als kontinuierlicher Verbesserungsprozess verstanden, der alle Ebenen im Gesundheitswesen erfasst. Auf der Bundesebene ist die zunehmende Bedeutung durch den Erlass des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen sichtbar, welches im Jänner 2005 in Kraft gesetzt wurde. Mit dem Gesetz beabsichtigte man eine Zusammenführung der bis dahin bestehenden Regulierungen zur Qualität im Gesundheitswesen in ein Gesetz. Im Zuge der Gesundheitsreform 2005 stellte die Gründung des Bundesinstituts für Qualität im Gesundheitswesen einen weiteren wichtigen Schritt in der Qualitätsentwicklung dar. Das Institut nahm im Juli 2007 seine Arbeit auf. Obwohl das Bundesgesetz bislang keine bemerkenswerten Auswirkungen mit sich gebracht

Quality-Showdown im Best Western

Autor: Mag. Roland Schaffler
erschienen: November 2008

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

hat, ist in der nahen Zukunft mit einer Umsetzung spezifischer Maßnahmen in Form von Verordnungen zu rechnen.

Die ÖsterreicherInnen sind mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen in ihrem Land zufrieden. Der öffentliche Wunsch nach einer Reform scheint nicht sehr groß zu sein. Dieser Umstand könnte zum Teil auch auf den Mangel an Transparenz über Qualität im Gesundheitswesen zurückzuführen sein. PatientInnen begeben sich selten auf die Suche nach qualitätsrelevanten Informationen über LeistungserbringerInnen oder Gesundheitsleistungen und erwarten auch nicht fündig zu werden. Für gewöhnlich verlassen sie sich auf Empfehlungen von FreundInnen, Verwandten, KollegInnen oder ihrem/ihrer Hausarzt/ Hausärztin. PatientInnen nehmen jedoch zunehmend eine aktivere Rolle ein und äußern sich offener. Das Internet entwickelt sich immer mehr zu einer wichtigen Informationsquelle für PatientInnen. Dies obwohl es keine Garantie für die Eindeutigkeit oder die Relevanz der Information für den Krankheitszustand des/der entsprechenden Patienten/Patientin gibt.

Die Veröffentlichung von qualitätsrelevanten Informationen ist ein umstrittenes Thema. Es existieren bedeutende Vor- und Nachteile, die vor einer öffentlichen Publikation von Daten oder Berichten genau durchdacht werden sollten. Während sich zahlreiche Länder für eine Veröffentlichung einiger qualitätsrelevanter Informationen entschlossen haben, hat jedes individuelle Land dies als Reaktion auf die sich in seinem besonderen Kontext ergebenden Bedürfnisse getan. Um die Frage der Transparenz in Österreich beantworten zu können, wird Stakeholdern empfohlen, die Risiken und den Nutzen die/der damit einhergehen/einhergeht für die gesamte Öffentlichkeit, für die PatientInnen und für alle anderen Gesundheitssystembestandteile abzuwägen. Weitere Informationen zu Transparenz und zur Veröffentlichung von Leistungsdaten sind im Abschnitt 5.7 des Kapitels 1 (internationale Beispiele) oder des Kapitels 2 (österreichische Situation) zu finden.

Nachstehend erfolgt noch eine Auflistung abschließender Bemerkungen zu den im Dokument angeführten Strategieoptionen und internationalen Beispielen: LSE Health wurde ersucht zur Qualität im österreichischen Gesundheitswesen eine Auswahl an strategischen Optionen zu präsentieren. Strategieoptionen wurden vorsichtig formuliert und umfassen eine Vielzahl an Empfehlungen. Eine weiterführende Strategieanalyse sowie Entscheidungsfindung für Österreich sollte letztendlich von lokalen und nationalen ExpertInnen vorgenommen werden. In vielen Fällen könnte mehr als eine Option zu einer Qualitätsverbesserung führen. Internationale Beispiele dienen lediglich der Veranschaulichung der Vielfalt von Optionen die österreichische EntscheidungsträgerInnen in Betracht ziehen können. Eine Evaluierung der Wirksamkeit der Beispiele sowie deren Eignung für Österreich gehen über die Projektanforderungen hinaus. Zahlreiche Initiativen wurden darüber hinaus erst vor kurzem eingeführt; es wäre demnach zu früh, um deren Erfolg oder Misserfolg zu beurteilen. Die angeführten Beispiele dienen als Ausgangspunkt für eine informierte Diskussion unter Stakeholdern im österreichischen Gesundheitswesen. Im Rahmen dieser soll festgestellt werden, welche qualitätsverbessernden Maßnahmen für welchen Anlass am besten geeignet sind.

Quelle: Qualität in Gesundheitssystemen mit Schwerpunkt auf strategischen Optionen für Österreich, LSE Projekt, Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien, Mai 2008

Quality-Showdown im Best Western

Autor: Mag. Roland Schaffler
erschienen: November 2008

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Über den Autor: Mag. Roland Schaffler

Studium Epidemiologie und Mikrobiologie in Graz und Salzburg,

seit 1988 als Wissenschaftler, Vorstandsassistent, QM-Abteilungsleiter, Geschäftsführer, Sachverständiger, Publizist, Verleger, Moderator, Vortragender, Berater und Trainer im Gesundheitswesen tätig.

Schwerpunkte seiner Arbeit sind die Bereiche lösungsorientierte Moderation, strategische Beratung, Organisationsentwicklung, Führungcoaching und QM in Einrichtungen des Gesundheitswesens.

QUALITAS-Chefredakteur,

Herausgeber der ÖKZ.

Rund 1150 Vortrags- und Moderationstage seit 1993, über 300 ausgebildete ModeratorInnen.

Quality-Showdown im Best Western

Autor: Mag. Roland Schaffler
erschienen: November 2008

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.