

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR  
FÜHRUNGSAUFGABEN (BASISAUSBILDUNG)  
„Basales und mittleres Pflegemanagement“**

09.03.2009 bis 12.03.2010

# **ABSCHLUSSARBEIT**

zum Thema

## **Qualitätsmanagement**

Medikamentenmanagement

vorgelegt von: Elisabeth Köchl  
Thermenresort Warmbad Villach  
Sonderkrankenanstalt für Orthopädie

begutachtet von: Kornelia Fiausch, MAS  
LKH Villach  
Pflegedienstleitung

Jänner/2010

### **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Bad Bleiberg, 15. Jänner 2010

## **KURZZUSAMMENFASSUNG**

Ein bestimmtes Zertifizierungsmodell ist für keine Krankenanstalt gesetzlich vorgeschrieben. Die Sonderkrankenanstalt für Orthopädie hat sich 2003 für die Joint Commission International entschieden. Ein wichtiger Bestandteil jeder Einrichtung ist das Qualitätsmanagement.

Diese Arbeit befasst sich mit den gesetzlichen Grundlagen des Qualitätsmanagements, unterschiedlichen Qualitätsmodellen und den Arten von Qualität.

Beim Schwerpunktthema Medikamentenmanagement steht der Aspekt „Fehlerquelle“ im Vordergrund. Anhand eines Fragebogens wurden häufige Ereignisse in Bezug auf Fehler eruiert und Vorschläge zur Vermeidung dieser eingebracht.

## **ABSTRACT**

There are no legal directions to participate in a special certification model. Though, in 2003 the SKA Orthopädie decided to take part in the Joint Commission International. A very important part of a hospital is management of quality.

This thesis is dealing with the legal basis of quality of management, different models of quality as well as different kinds of them.

Concerning management of medication this work focuses on cause of mistakes. Based on a questionnaire, which was given to members of the staff, multiple neuter events refer to mistakes were determined and as a result suggestions of prevention were contributed.

## **ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

|        |   |
|--------|---|
| BGBL   | Bundesgesetzblatt   |
| bzw.   | beziehungsweise   |
| CIRS   | Critical Incident Reporting System                            |
| DGKS   | Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester                 |
| EFQM   | European Foundation for Quality Management                    |
| ff     | fortfolgend   |
| GmbH   | Gesellschaft mit beschränkter Haftung                         |
| HACCP  | Hazard Analysis Critical Point                                |
| ISO    | Internationale Organisation für Normung                       |
| JCAHO  | Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations |
| JCI    | Joint Commission International                                |
| KTQ    | Kooperation für Transparenz und Qualität                      |
| LKH    | Landeskrankenhaus   |
| MAS    | Master  |
| MMU    | Medication Management and Use                                 |
| Nr.    | Nummer  |
| OSr.   | Oberschwester   |
| ÖNORM  | Österreichisches Normeninstitut                               |
| PDL    | Pflegedienstleitung   |
| SKA    | Sonderkrankenanstalt  |
| u.a.   | und andere  |
| usw.   | und so weiter   |
| u.v.a. | und vieles andere   |
| u.v.m. | und vieles mehr   |
| z.B.   | zum Beispiel  |

## ABBILDUNGSVERZEICHNIS

|               |   |    |
|---------------|---|----|
| Abbildung 1:  | Qualitätssymbol                               | 9  |
| Abbildung 2:  | Logo HACCP                                    | 14 |
| Abbildung 3:  | Logo KTQ                                      | 14 |
| Abbildung 4:  | Logo ISO                                      | 15 |
| Abbildung 5:  | Logo EFQM                                     | 15 |
| Abbildung 6:  | Logo Joint Commission                         | 15 |
| Abbildung 7:  | Sonderkrankenanstalt für Orthopädie           | 25 |
| Abbildung 8:  | Logos des Thermenresort Warmbad               | 25 |
| Abbildung 9:  | Teilnahme an der Befragung                    | 27 |
| Abbildung 10: | Pflegeberufsjahre                             | 28 |
| Abbildung 11: | Fehlerhäufigkeit bei der Direktvergabe        | 28 |
| Abbildung 12: | Anwesenheit der Patienten                     | 29 |
| Abbildung 13: | Notiz in der Patienteninformation             | 29 |
| Abbildung 14: | Unterbrechung während der Medikamentenvergabe | 30 |
| Abbildung 15: | Erhöhung der Unterbrechung                    | 30 |
| Abbildung 16: | Auswertung Referenzbereich                    | 31 |
| Abbildung 17: | Lesbarkeit der Patientenakte                  | 31 |
| Abbildung 18: | Beantwortung offene Frage                     | 32 |

## **INHALTSVERZEICHNIS**

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>0.</b> | <b>VORWORT</b>   | <b>7</b>  |
| <b>1.</b> | <b>EINLEITUNG</b>  | <b>8</b>  |
| <b>2.</b> | <b>QUALITÄTSMANAGEMENT</b>                                     | <b>9</b>  |
|           | 2.1. Arten von Qualität  | 13        |
|           | 2.2. Qualitätsmanagement – Modelle                             | 14        |
| <b>3.</b> | <b>JOINT COMMISSION INTERNATIONAL</b>                          | <b>16</b> |
|           | 3.1. Standards der Joint Commission International              | 17        |
| <b>4.</b> | <b>MEDIKAMENTENMANAGEMENT</b>                                  | <b>19</b> |
|           | 4.1. Standards des Medikamentenmanagements                     | 19        |
|           | 4.2. Medikamentenverteilung in der SKA seit 2004               | 21        |
|           | 4.3. Fehler bei der Medikamentenvergabe                        | 22        |
| <b>5.</b> | <b>VORSTELLUNG DER SONDERKRANKENANSTALT<br/>FÜR ORTHOPÄDIE</b> | <b>25</b> |
| <b>6.</b> | <b>EVALUIERUNG DES FRAGEBOGENS</b>                             | <b>27</b> |
| <b>7.</b> | <b>RESÜMEE</b>   | <b>34</b> |
| <b>8.</b> | <b>LITERATURVERZEICHNIS</b>                                    | <b>35</b> |
| <b>9.</b> | <b>ANHANG</b>  | <b>38</b> |

## **0. VORWORT**

Im Rahmen meiner Ausbildung für „basales und mittleres Pflegemanagement“ behandle ich das interessante Thema Qualitätsmanagement und die Fehlervermeidung bei der Medikamentenverabreichung.

An einem meiner Arbeitstage in der Sonderkrankenanstalt für Orthopädie geriet ich durch erhöhte Arbeitsbelastung unter Zeitdruck, sodass in Folge ein Patient sein Medikament nicht ordnungsgemäß erhielt. Weil hiermit ein Beinahefehler entstand, stimmte mich diese Situation sehr nachdenklich. Seitdem bin ich gegenüber dem Thema Medikamentenmanagement sensibler. Es wurde mir bewusst, dass Stress ein hoher Faktor für Fehlerquellen ist. Je optimaler die Qualität in allen Bereichen gesichert ist, desto höher steigt die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Nachdem unsere Institution (Sonderkrankenanstalt für Orthopädie) Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations zertifiziert ist, beschreibe ich auch die JCAHO/JCI und deren Auflagen im Bereich Medikamentenmanagement in meiner Arbeit genauer.

Mein Ziel als Führungskraft besteht darin, die Mitarbeiter kompetent über Qualitätsmanagement zu informieren und über Fehler ausreichend zu sprechen, um diese weitgehend zu vermeiden.

Bedanken möchte ich mich bei PDL Kornelia Fiausch MAS für die Begleitung während meiner Abschlussarbeit.

Mein Dank gilt auch OSr. Margaretha Ulz-Bieler für die Erteilung fachlicher Auskünfte.

Danke an meine Familie und Ute Müller für die entgegengebrachte Unterstützung und Frau Doktor Irmgard Kirchheimer für das Korrekturlesen.

## 1. EINLEITUNG

Qualitätsmanagement ist in der Sonderkrankenanstalt für Orthopädie ein wichtiges Thema.

Die Abschlussarbeit Qualitätsmanagement – Medikamentenmanagement behandelt folgende Fragen:

Was ist Qualitätsmanagement?

Welche Arten von Qualität gibt es?

Welche Qualitätsmodelle gibt es?

Was sind patientenorientierte und organisationsorientierte Standards laut Joint Commission International?

Wie werden die Medication Management and Use (MMU) für das Medikamentenmanagement beschrieben?

Wie wird mit Fehlern bei der Medikamentenverabreichung umgegangen?

Die Sonderkrankenanstalt für Orthopädie ist seit 2003 Joint Commission International akkreditiert und im Jänner 2010 erfolgt die Re-Akkreditierung. Die Medikamentenverabreichung wird mittels Fragebogen durch die Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte evaluiert.

Auf geschlechtsspezifische Bezeichnungen wird in dieser Arbeit verzichtet, das heißt, die Bezeichnung „Patient, Mitarbeiter“ gilt im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

## 2. QUALITÄTSMANAGEMENT



Abbildung 1: Qualitätssymbol<sup>1</sup>

### Definition

Der Begriff Qualität stammt aus dem lateinischen Wort „qualitas“ und bedeutet übersetzt Beschaffenheit, Verhältnis, Eigenschaft.<sup>2</sup>

Die Qualität soll nicht nur objektiv sondern auch subjektiv, z.B. anhand von Fragebögen an Patienten oder Mitarbeiter bewertet werden. Die Aufgabe des Qualitätsmanagement besteht darin, die Dienstleistungen unter Rücksichtnahme der subjektiven Wertungen, der Gesetzgebung sowie den Wünschen und Anforderungen der Patienten zu gestalten und ständig zu verbessern.<sup>3</sup>

### Entwicklungsgeschichte

In der Wirtschaft sind Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung schon seit vielen Jahrzehnten ein Begriff. Im Gesundheitswesen allerdings wurden diese in den 1980er Jahren bzw. durch die gesetzlichen Forderungen thematisiert. In den 1950er Jahren wurden Qualitätskontrollen, die sich vorwiegend auf Stichproben stützten, durchgeführt. 1990 begann sich der Begriff Qualitätsmanagement zu entwickeln. Im Gegensatz zu den vorhergegangenen Verfahren orientiert sich das Qualitätsmanagement an den Bedürfnissen der Patienten, den Anforderungen der Mitarbeiter sowie der Effizienz der Prozesse.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Abbildung 1: <http://www.pflege-serviceteam.de/pflegequalitaet.html>

<sup>2</sup> Vgl. Ertl-Wagner, Steinbrucker, Wagner, 2009, S. 2

<sup>3</sup> Vgl. [http://www.ceval.de/typo3/fileadmin/user\\_upload/PDFs/workpaper3.pdf](http://www.ceval.de/typo3/fileadmin/user_upload/PDFs/workpaper3.pdf)

<sup>4</sup> Vgl. Ertl-Wagner, Steinbrucker, Wagner, 2009, S. 16, 17

## Gesetzliche Grundlagen und Anforderungen

Wörtlich heißt es im Gesundheitsreformgesetz 2005, BGBl. I Nr. 179/2004:

### **„Zielsetzung und Grundsätze**

**§ 1.** (1) Zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen ist systematische Qualitätsarbeit zu implementieren und zu intensivieren. Dazu ist ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem basierend auf den Prinzipien Patientinnen- und Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz nachhaltig zu entwickeln, umzusetzen und regelmäßig zu evaluieren. Dabei ist insbesondere die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Patientinnen- und Patientensicherheit zu gewährleisten.

### **Begriffsbestimmungen**

**§ 2.** Im Sinne dieses Bundesgesetzes bedeutet der Begriff:

2. „Qualität“: Grad der Erfüllung der Merkmale von patientinnen- und patientenorientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung. Die zentralen Anliegen in diesem Zusammenhang sind die Optimierung von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.“<sup>5</sup>

Jede Einrichtung kann das System frei wählen. Es muss aber nach dem Prinzip des Qualitätsmanagements mit folgenden Elementen ausgestaltet sein:

- Patientenorientierung
- Verantwortung und Führung
- Wirtschaftlichkeit
- Prozessorientierung
- Mitarbeiterorientierung und –beteiligung
- Zielorientierung und Flexibilität
- Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern
- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Nur wenn alle Anforderungen an die Qualitätssicherung erfüllt sind, darf eine Krankenanstalt medizinische und pflegerische Leistungen anbieten.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> <http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40061516>

<sup>6</sup> Vgl. Ertl-Wagner, Steinbrucker, Wagner, 2009, S. 18

## Vorteile und Nachteile des Qualitätsmanagement

Die schriftliche Festlegung von Prozessen, Arbeitsabläufen, Fehler- oder Beschwerdemanagement, Prüfungen u.v.m. bringt eine Reihe von Vorteilen mit sich:

- Schnellere Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- Höhere Rechtssicherheit durch die Beachtung der gesetzlichen Vorschriften
- Verringerung der Fehlerquoten durch klare Strukturen, Zuordnung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten<sup>7</sup>
- Steigerung des Überblickes und der Nachvollziehbarkeit
- Durch bessere Qualität steigt die Patientenzufriedenheit
- Qualitätsdefizite wie Organisationsmangel, Strukturmangel, Informationsmangel usw. werden erkannt und können abgebaut werden
- Transparenz gegenüber Mitarbeitern
- Bessere Zusammenarbeit im Team<sup>8</sup>

Die Autorin Sonja Fröse ist Krankenschwester und Qualitätsbeauftragte. Ihrer Meinung nach gibt es folgende Nachteile des Qualitätsmanagement:

- Die Planung und Erstellung von Konzepten ist sehr zeitintensiv.
- Die Schulungen und Fortbildungen der Mitarbeiter sind kosten- und zeitaufwändig.
- Die Arbeit im Qualitätsmanagement stellt eine zusätzliche Arbeitsbelastung dar.<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Vgl. <http://www.monika-brinkschulte.de/3/qualitaetsmanagement.de.html>

<sup>8</sup> Vgl. Fröse, 2008, S.15

<sup>9</sup> Vgl. Fröse, 2008, S. 15

Die notwendigen Tätigkeiten für ein gut funktionierendes Qualitätsmanagement werden in Qualitätsplanung, -lenkung, -sicherung und -verbesserung unterteilt.

#### a. Qualitätsplanung

Die Aufgabe der Qualitätsplanung ist die Erstellung eines Konzeptes, indem unter Rücksichtnahme der Bedürfnisse und Erwartungen der Patienten und Mitarbeiter die Qualitätsziele und Arbeitsprozesse festgelegt werden.

#### b. Qualitätslenkung

Bei der Qualitätslenkung wird die Konformität der geplanten und ausgeführten Prozesse überwacht. Stellen sich bei diesem SOLL/IST-Vergleich Abweichungen dar, werden die Ursachen beseitigt, um ein zufriedenstellendes Ergebnis zu erlangen.<sup>10</sup>

#### c. Qualitätssicherung

Jede geplante und systematische Maßnahme, die zur Sicherstellung einer hohen Qualität im Pflegedienst selbst ergriffen wird, ordnet sich der internen Qualitätssicherung zu. Durch eine Evaluation der Leistungen aller Mitarbeiter, der Patientenzufriedenheit u.v.a. wird der Qualitätsstandard durchsichtiger und es kann intensiver am Ziel einer Verbesserung gearbeitet werden.

Eine externe Qualitätssicherung kann nur anhand vergleichbarer Kenngrößen messen, ob und inwieweit einzelne Anstalten Standards erreichen oder Qualitätsdefizite aufweisen.<sup>11</sup>

#### d. Qualitätsverbesserung

Die vierte Aufgabe des Qualitätsmanagement besteht darin, kontinuierlich an der Qualitätsverbesserung der Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit und dem Qualitätsstandard zu arbeiten.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> Vgl. [http://www.ceval.de/typo3/fileadmin/use\\_upload/PDFs/workpaper3.pdf](http://www.ceval.de/typo3/fileadmin/use_upload/PDFs/workpaper3.pdf)

<sup>11</sup> Vgl. Liebeswar, 1998, S. 15, 16

<sup>12</sup> Vgl. Bobzien, Stark, Straus, 1996, S. 62

## 2.1. Arten von Qualität

*„Qualität ist ein Prozess und geht nie zu Ende!“*

Schaller-Maitz<sup>13</sup>

### Strukturqualität

Die Strukturqualität schließt alle technischen, personellen, materiellen und organisatorischen Voraussetzungen für ein gut funktionierendes Qualitätsmanagement ein. Dabei ist es von großer Bedeutung, wie diese Rahmenbedingungen verwendet werden.

„Es kommt nicht nur darauf an was man hat, sondern auch darauf, was man damit macht.“

### Prozessqualität

Die Prozessqualität legt die Anforderungen an die zielorientierte Gestaltung, Steuerung und Durchführung aller Leistungsprozesse dar. Die Strukturierung der Prozesse erfolgt durch konkrete Arbeitsanweisungen. Prozesse müssen so ausgerichtet sein, dass durch Lenkung fehlerhafter Produkte und Dienstleistungen, vorbeugender Wartung, richtiger Beschaffung, Schulung, pflegerischem Handeln, Kontrollen usw. das Qualitätsziel erreicht werden kann.

### Ergebnisqualität

Unter Ergebnisqualität werden die erzielten Resultate bzw. die Eigenschaften der erbrachten Leistungen verstanden. Für die Pflege ist es schwierig, das Endergebnis der Pflegeversorgung durch Festlegung qualitativer Kriterien im Voraus zu bestimmen. Wesentliche Indikatoren, die Ergebnisqualität zu messen, sind die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Schaller-Maitz, 2009 S. 14

<sup>14</sup> Vgl. Hartl, Wernisch, 2001, S. 15, 16

## 2.2. Qualitätsmanagement - Modelle

### Hazard Analysis Critical Control Point



Abbildung 2: Logo HACCP<sup>15</sup>

HACCP bedeutet:

|          |                        |                        |
|----------|------------------------|------------------------|
| Hazard   | Gefährdung, Gefahr     | - für die Gesundheit   |
| Analysis | Analyse, Untersuchung  | - der Gefährdung       |
| Critical | kritisch, entscheidend | - für die Beherrschung |
| Control  | Lenkung, Überwachung   | - der Bedingungen      |
| Point    | Punkt, Stelle, Schritt | - im Verfahren         |

HACCP ist ein, nach europäischen Richtlinien ausgearbeitetes System für die Betriebshygiene, welches seit Jänner 2006 verbindlich in allen lebensmittelverarbeitenden Organisationen umgesetzt werden muss. In Spitalsküchen muss besonders sorgfältig und hygienisch mit Speisen umgegangen werden, weil empfindliche Zielgruppen mit meist geringer Immunität wie Kranke, Kleinkinder und alte Menschen versorgt werden.<sup>16</sup>

### Kooperation für Transparenz und Qualität



Abbildung 3: Logo KTQ<sup>17</sup>

KTQ ist das Kurzwort für Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. Dieses branchenspezifische Modell wurde 2001 in Deutschland als gemeinnützige GmbH gegründet und stellt ein freiwilliges Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und Praxen bereit. Das Prinzip der KTQ beruht auf einer strukturierten Selbstbewertung als Grundlage für eine Fremdbewertung. Die Zertifizierung ist drei Jahre gültig. Die Visitationen werden immer durch drei Visitoren durchgeführt.<sup>18</sup>

<sup>15</sup>Abbildung 2: <http://premiumgrain.com>

<sup>16</sup> Vgl. Hartl, Wernisch, 2001, S. 29

<sup>17</sup> Abbildung 3: <http://kk-gelsenkirchen.de>

<sup>18</sup> Vgl. Ertl-Wagner, Steinbrucker, Wagner, 2009, S. 35 ff

## Internationale Organisation für Normung



Abbildung 4: Logo ISO<sup>19</sup>

Das Akronym ISO ist das international einheitliche Kürzel für die Internationale Organisation für Normung und wird vom griechischen „isos“ (gleich) abgeleitet. Das Ziel der 25 Gründerländer, welche ihre Arbeit 1947 aufgenommen haben und inzwischen in über 150 Ländern der Erde vertreten sind, besteht in der Vereinheitlichung von Lösungen und Verfahren. In Österreich wird das nationale Normeninstitut als ÖNORM bezeichnet.<sup>20</sup> Im Gegensatz zu anderen Arten der Zertifizierung können nach dem ISO-System auch einzelne Abteilungen oder das Gesamtunternehmen zertifiziert werden.<sup>21</sup>

## European Foundation for Quality Management



Abbildung 5: Logo EFQM<sup>22</sup>

EFQM ist die Abkürzung für European Foundation for Quality Management. Dieses Modell wurde von 14 europäischen Unternehmen als niederländische Stiftung gegründet. Der nationale Qualitätspreis im EFQM-Modell für Österreich ist der Austrian Quality Award. Ein zentraler Begriff des EFQM-Modells ist die „Excellence“, mit der ein Anspruch auf das dauernde Bemühen um Spitzenleistungen charakterisiert wird. Ein wichtiges Prinzip dieses Modells ist die Selbstbewertung, also die selbständig durchgeführte Diagnose der Organisation.<sup>23</sup>

## Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations



Abbildung 6: Logo Joint Commission<sup>24</sup>

JCAHO steht für Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations und wurde 1952 in Chicago gegründet.<sup>25</sup>

<sup>19</sup> Abbildung 4: <http://de.hollu.com/index.php?page=tradition>

<sup>20</sup> Vgl. <http://www.bluray-disc.de/lexikon/iso>

<sup>21</sup> Vgl. Ertl-Wagner, Steinbrucker, Wagner, 2009, S.

<sup>22</sup> Abbildung 5: <http://cts-lernzentrum.de/cts/opencms/UeberUns>

<sup>23</sup> Vgl. [http://de.wikipedia.org/wiki/European\\_Foundation\\_for\\_Quality\\_Management](http://de.wikipedia.org/wiki/European_Foundation_for_Quality_Management)

<sup>24</sup> Abbildung 6: <http://www.sarahreed.org>

<sup>25</sup> Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/JCAHO>

### 3. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

Die Joint Commission International begann 1999 mit der Akkreditierung von Krankenhäusern. Das LKH Villach und somit auch die SKA für Orthopädie sind die ersten Krankenanstalten in Österreich, die JCI zertifiziert sind und demnach dem Qualitätsstandard der JCI entsprechen. Ziel der JCI ist es, fortdauernd die Sicherheit und vor allem die Qualität medizinischer Leistungen und Patienten- sowie Mitarbeiterzufriedenheit zu erhöhen.<sup>26</sup>

Die Bewertung einer Gesundheitseinrichtung wird Akkreditierung genannt. Bei diesem Verfahren stellen Surveyor fest, ob bestimmte Anforderungen (Standards) erfüllt wurden.

Wichtige messbare Bewertungspunkte zur Akkreditierung der Surveyor nach Joint Commission:

- Medikamente
- Patientenrechte
- Aufklärung von Patienten
- Aufnahme von Patienten
- Schmerz
- Notfall
- Hygiene
- Dokumentation / offene Krankengeschichte
- Zusammenarbeit auf den Stationen mit anderen Bereichen
- Pflege generell
- Umgang mit Blut zur Diagnose und Therapie
- Team / Station / Bereich
- Was muss auf der Station vorliegen
- Brandschutz / Sicherheit
- Abfallentsorgung<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> Vgl. <http://www.gsund.net/cms/beitrag/10034311/44364>

<sup>27</sup> Vgl. LKH Villach, 2009, S. 1 ff

### 3.1. Standards der Joint Commission International

Die JCI unterscheidet zwischen den patientenorientierten Standards, den organisationsorientierten Standards und Managementstandards.

#### a. Patientenorientierte Standards

Die patientenorientierten Standards sind Vorgaben mit messbaren Elementen zur Patientenbehandlung welche beschreiben, was während eines Aufenthaltes der einzelnen Patienten zur Qualitätsverbesserung und Erhöhung der Sicherheit zu beachten ist.<sup>28</sup>

Zu den patientenbezogenen Standards gehören:

- Zugang zur und Kontinuität der Behandlung (Access to Care and Continuity of Care - ACC)
- Rechte der Patienten und der Familienangehörigen (Patient and Family Rights - PFR)
- Untersuchung der Patienten (Assessment of Patients - AOP)
- Behandlung der Patienten (Care of Patients - COP)
- Anästhesie und chirurgische Behandlung (Anesthesia and Surgical Care - ASC)
- Management und Gebrauch von Arzneimitteln (Medication Management and Use - MMU)
- Aufklärung und Belehrung von Patienten und Familienangehörigen (Patient and Family Education - PFE)<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Vgl. LKH Villach, 2008, S. 10

<sup>29</sup> Vgl. LKH Villach, 2008, S. 11 ff

## b. Organisationsorientierte Standards und Managementstandards

Diese stellen die Umsetzung in Abläufen und die Regelung mittels Leit- und Richtlinien, welche jedes Gesundheitsinstitut für sich beschreibt, dar.<sup>30</sup>

Die Standards umfassen:

- Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit (Quality Improvement and Patient Safety - QPS)
- Prävention und Überwachung von Infektionen (Prevention and Control of Infections - PCI)
- Steuerung, Führung und Leitung (Governance, Leadership and Direction - GLD)
- Management der Anlage und die Sicherheit (Facility Management and Safety - FMS)
- Mitarbeiterqualifikation und Weiterbildung (Staff Qualification and Education - SQE)
- Kommunikations- und Informationsmanagement (Management of Communication and Information - MCI)<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> Vgl. LKH Villach, 2008, S. 10

<sup>31</sup> Vgl. LKH Villach, 2008, S. 25 ff

## 4. MEDIKAMENTENMANAGEMENT

### Definition

Eine große Bedeutung bei der Behandlung von Krankheiten und Zuständen wird dem Arzneimittelmanagement zugesprochen. Das Medikamentenmanagement beinhaltet den Ablauf und das System eines Gesundheitsinstitutes mit dem Ziel, dem Patienten eine optimale Medikamententherapie anbieten zu können.

### **4.1. Standards des Medikamentenmanagement**

Die allgemeingültigen, fehlerfreien Prozesse des Medikamentenmanagements dienen der Patientensicherheit. Es werden sieben Schritte im Management und Gebrauch von Arzneimitteln (Medication Management and Use - MMU) beschrieben:

#### a) Organisation und Management (MMU.1)

Der Einsatz der Medikamente muss effektiv und effizient organisiert sein und wird mindestens einmal im Jahr überprüft. Verantwortlich für das MMU ist nicht nur der Apotheker, sondern auch das leitende Personal einer Anstalt. Die SKA Orthopädie bezieht die Arzneimittel von der Apotheke des LKH Villach. Die Organisationsstruktur des Medikamentenmanagements muss den geltenden Gesetzen und Regeln entsprechen.

#### b) Auswahl und Beschaffung (MMU.2)

Jede Gesundheitseinrichtung entscheidet unter Rücksichtnahme der Patientenbedürfnisse und Art der Dienstleistung selbst, welche Medikamente sie vorrätig hält. Dieser Prozessschritt beschreibt auch eine planmäßige Wartung der Medikamentenliste, eine Überwachung des Medikamentengebrauchs und die rasche Beschaffungsmöglichkeit für fehlende Präparate.<sup>32</sup> In Nacht- oder Wochenenddiensten besorgt die SKA nicht verfügbare Medikamente über die medizinische Aufnahme (LKH Villach) oder mittels Transportdienst (Samariterbund) in einer diensthabenden Apotheke.

---

<sup>32</sup> Vgl. Joint Commission International, 2008, S. 121

### c) Lagerung von Medikamenten (MMU.3)

Der Medizinschrank muss abschließbar, übersichtlich eingeräumt, sauber und leicht zu reinigen sein. Bei der Lagerung sind die Vorschriften des Herstellers (z.B. bei welcher Temperatur gelagert werden muss) einzuhalten. Notfallmedikamente müssen immer verfügbar und so zugänglich sein, dass eine Notfallversorgung jederzeit gewährleistet ist. In den Leit- und Richtlinien wird auch festgehalten, wie von Patienten mitgebrachte Medikamente aufbewahrt und identifiziert werden. Sucht- und Betäubungsmittel sind im Medikamentenschrank in einem speziell abschließbaren Fach für Betäubungsmittel aufzubewahren. Jedes verabreichte Medikament dieser Art sowie in Bruch gegangene Ampullen bzw. Zu- und Abgänge werden ins Betäubungsmittelbuch eingetragen. Die Vollwirkung eines Medikaments wird nur bis zum angegebenen Verfallsdatum des Herstellers garantiert. Bestimmte Verfahren regeln, wie abgelaufene Arzneimittel zu entsorgen sind.<sup>33</sup>

### d) Anordnen und Übertragen (MMU.4)

Die Anordnung und Übertragung wird in jeder Einrichtung durch Leit- bzw. Richtlinien und Verfahren geregelt. In jeder Anstalt ordnet ein qualifizierter Mitarbeiter (Arzt) die Medikamente an und dokumentiert die Verabreichung schriftlich in der Patientenakte.<sup>34</sup>

### e) Vorbereitung und Verteilung (MMU.5)

Bei der Verabreichung von Arzneimittel wird nach der „Fünf-R-Regelung“ vorgegangen.

1. Richtiges Arzneimittel
2. Richtiger Patient
3. Richtige Dosierung
4. Richtige Darreichungsform
5. Richtiger Zeitpunkt

Nur wenn sachgemäß in sicherer und sauberer Umgebung und vorsichtig nach dieser Regelung vorgegangen wird, kann die beabsichtigte therapeutische Wirkung erreicht werden.<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> Vgl. Kretz, Reichenberger, 1999, S. 57 ff

<sup>34</sup> Vgl. LKH Villach, 2008, S. 23

<sup>35</sup> Vgl. Kretz, Reichenberger, 1999, S. 59

#### f) Verabreichung von Medikamenten (MMU.6)

Nur befähigte Mitarbeiter einer Krankenanstalt dürfen Medikamente verabreichen. Ein Verfahren der Medikamentenverabreichung überprüft, ob das Medikament korrekt ist und der Anordnung entspricht. Der Umgang mit mitgebrachten Arzneimitteln oder Mustermedikamenten werden durch Leit-/Richtlinien und Verfahren festgelegt.

#### g) Überwachung/Monitoring (MMU.7)

Ein wichtiger Teil des Medikamentenmanagements ist die Überwachung der Wirkung von Präparaten auf die Patienten. Jede Institution bestimmt ein Verfahren und den Zeitrahmen für die Meldung von Medikationsfehlern.<sup>36</sup>

### **4.2. Medikamentenverteilung in der SKA seit 2004**

Seit der Akkreditierung 2003 durch die Joint Commission International hat die SKA für Orthopädie die Medikamentenverteilung auf die Direktvergabe beim Patienten umgestellt. Bei der Direktvergabe bekommt jede Person zeitgerecht direkt am Patientenbett und unmittelbar aus der Originalpackung seine, durch den Arzt angeordneten Arzneimittel. Diplomierte Gesundheits- und Krankenfachkräfte übergeben sie persönlich in einem Medikamentenbehälter. Jede verabreichte Medizin wird von der Pflegefachkraft in der Patientenakte abgezeichnet. Ist ein Patient nicht im Zimmer, wird er mittels schriftlicher Information aufgefordert, seine Medikamente beim Schwesternstützpunkt persönlich abzuholen. Dort werden nach der Identifikation der Person die Präparate aus der Originalverpackung ausgehändigt. Vor der Direktvergabe wurden die Medikamente eines Patienten für den ganzen Tag in einen Dispenser eingeteilt. Jeder war somit für die Medikamenteneinnahme selbst verantwortlich. Die Fehlerquote durch das „Vier-Augen-Prinzip“ der Direktvergabe ist nach Meinung der Verfasserin geringer, weil die Pflegeperson und der Patient zum Zeitpunkt der Einnahme auftretende Unklarheiten sofort besprechen können.

---

<sup>36</sup> Vgl. LKH Villach, 2008, S. 23

### 4.3. Fehler bei der Medikamentenvergabe

Eine aktuelle Studie der Joint Commission International vom September 2009 zeigt, dass bei der Untersuchung von zweiundzwanzig verschiedenen Arten von Fehlerquellen in Spitälern, einzelnen Departments, Ambulanzen und sonstigen sozialen Institutionen Medication error (Medikamentenverabreichungsfehler) an fünfter Stelle steht.

Type of Sentinel Event (Arten unerwarteter Ereignisse)

|  |     |       |
|--|-----|-------|
| Wrong-site surgery (Operation am falschen Körperteil)                        | 867 | 13,5% |
| Suicide (Selbstmord)   | 770 | 12,0% |
| Op/post-op complication (Komplikationen bei/nach Operationen)                | 710 | 11,0% |
| Delay in treatment (Behandlungsverzögerung)                                  | 536 | 8,3%  |
| Medication error (Medikamentenverabreichungsfehler)                          | 526 | 8,2%  |
| Patient fall (Sturzgeschehen)  | 406 | 6,3%  |
| Unintended retention of foreign body<br>(Unabsichtlicher Einfluss von Außen) | 309 | 4,8%  |
| Assault/rape/homicide (Körperverletzung, Vergewaltigung, Mord)               | 245 | 3,8%  |
| Perinatal death/loss of function (Tod im Mutterleib)                         | 201 | 3,1%  |
| Patient death/injury in restraints (Körperbeherrschungsverlust)              | 198 | 3,1%  |
| Transfusion error (Transfusionsfehler)                                       | 143 | 2,2%  |
| Infection-related event (Infektionen)  | 136 | 2,1%  |
| Medical equipment-related<br>(fehlerhafte medizinische Ausstattung)          | 125 | 1,9%  |
| Fire (Feuer)   | 97  | 1,5%  |
| Patient elopement (aus Anstalt ausbrechen)                                   | 94  | 1,5%  |
| Anesthesia-related event (Narkosefehler)                                     | 92  | 1,4%  |
| Maternal death (Tod während der Geburt)                                      | 85  | 1,3%  |
| Ventilator death/injury (nicht ausreichende Sauerstoffversorgung)            | 60  | 0,9%  |
| Abduction (Entführung)   | 32  | 0,5%  |
| Utility systems-related event (Ausstattungsfehler)                           | 25  | 0,4%  |
| Infant discharge to wrong family (Kindesverwechslung)                        | 8   | 0,1%  |
| Other less frequent types (selten vorkommende Fehler)                        | 763 | 11,9% |

37

<sup>37</sup> <http://www.jointcommission.org/>

Laut Ergebnis dieser Analyse kommt es bei 68% aller verursachten Fehler erschreckenderweise zum Tod des Patienten.

#### Sentinel Event Outcomes (Untersuchungsergebnis)

|                                     |      |     |
|-------------------------------------|------|-----|
| Patient death (Tod der Patienten)   | 4441 | 68% |
| Loss of Function (Funktionsverlust) | 602  | 9%  |
| Other ( andere Beeinträchtigungen)  | 1523 | 23% |

<sup>38</sup>

In der SKA für Orthopädie werden verursachte Fehler oder Beinahefehler bei der Medikamentenvergabe anonym in das CIRS (Critical Incident Reporting System) eingetragen. Seit 2005 ist eine Kommission zur Verwaltung und Umsetzung von Maßnahmen entsprechend den erhobenen CIRS-Formularen eingesetzt.

#### Der Umgang mit Fehlern

Die meisten Menschen haben Angst, einen Fehler zu machen oder zuzugeben, denn der Begriff „Fehler“ ist mit negativen Gefühlen behaftet. Da es nie ein fehlerfreies Krankenhaussystem geben wird, ist es wichtig, die Fähigkeit zu haben, aus Fehlern oder Beinahefehlern zu lernen. Ein offenes Ansprechen eigener Fehler ohne negative Konsequenzen schafft ein Klima des Vertrauens und den angstfreien Umgang mit Fehlern von allen Beteiligten.<sup>39</sup>

*„Wer einen Fehler gemacht hat und ihn nicht korrigiert, begeht einen zweiten.“*

Konfuzius

---

<sup>38</sup> <http://www.jointcommission.org/>

<sup>39</sup> Vgl. Ziegler, 2006, S. 34

Im Buch von Kahla-Witzsch betrachtet Reason (2000) menschliche Fehler aus zwei Sichtweisen.

a) Personen-Modell (menschliches Versagen)

Das Personen-Modell nimmt die Vergehen und die unachtsamen Handlungen einzelner Mitarbeiter in das Visier. Fehler, die durch Schlamperei, Gedankenlosigkeit, Leichtfertigkeit, mangelnder Motivation oder Rücksichtslosigkeit entstehen, führen meist zu personellen Konsequenzen.

b) System-Modell (die Arbeitsbedingungen führen zu menschlichem Fehlverhalten)

„... we cannot change the human condition, we can change the conditions under which humans work.“

„Wir können nicht die menschliche Natur verändern, aber wir können die Bedingungen ändern, unter denen Menschen arbeiten.“<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> Vgl. Kahla-Witzsch, Platzer, 2007, S. 72, 73

## 5. VORSTELLUNG DER SONDERKRANKENANSTALT FÜR ORTHOPÄDIE

Die größte orthopädische Abteilung Kärntens wurde im November 1992 eröffnet und ist ein Teil des Thermenresorts Warmbad – Villach. Die Sonderkrankenanstalt für Orthopädie (SKA für Orthopädie) steht mit dem Landeskrankenhaus Villach in einer Öffentlich-Privaten Partnerschaft.



Abbildung 7: Sonderkrankenanstalt für Orthopädie<sup>41</sup>

Folgende Betriebe gehören dem Thermenresort Warmbad – Villach an:



Abbildungen 8: Logos des Thermen Resort Warmbad - Villach<sup>42</sup>

<sup>41</sup> Abbildung 7: <http://www.warmbad.com/relaunch/www/hauptseite.php?id=40&Ing=DE>

<sup>42</sup> Abbildungen 8: <http://www.warmbad.com/relaunch/www/hauptseite.php?id=40&Ing=DE>

Bei degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule und bei arthritischen Veränderungen des Bewegungsapparates melden sich Patienten in der Ambulanz an. Wird eine notwendige Operation nach einer Untersuchung durch die Fachärzte festgestellt, werden diese Patienten im orthopädischen Department LKH Villach operiert. In dieser Abteilung stehen sechszehn Betten zur Verfügung. Haupteinsatzgebiete sind die Gelenkersatzteile, ausgewählte Tumorchirurgie, endoskopische Operationen sowie Schulter und Fußchirurgie. Zum Vorteil der Patienten bleibt die Diagnosestellung, Operation, Nachbehandlung und Rehabilitation in einer Hand.

Je nach Verlauf der Genesung kommen die Patienten am dritten postoperativen Tag wieder stationär in die konservative Abteilung der SKA Orthopädie, wo auch physikalische Therapien durchgeführt werden.

Zur Rehabilitation steht den Patienten der Sonderkrankenanstalt der angeschlossene Thermenhof zur Verfügung.

Die Institution bietet jedem Patient die Möglichkeit, stationär alle physiotherapeutischen Behandlungen in Anspruch zu nehmen.

Ein multidisziplinäres Team in der SKA für Orthopädie ist stets bemüht, den Patienten eine optimale medizinische und pflegerische Versorgung zu bieten. Deshalb hat sich das Haus für das Qualitätszertifikat Joint Commission entschieden und arbeitet kontinuierlich an der Qualitätsverbesserung.

2010 wird unsere Einrichtung wieder durch Surveyor nach Joint Commission re-akkreditiert.

## 6. EVALUIERUNG DES FRAGEBOGENS

Die Datensammlung zur Erhebung der Medikamentenverabreichung in der Sonderkrankenanstalt für Orthopädie erfolgte mittels vertraulichem Fragebogen. Acht geschlossenen Fragen bezüglich der Berufsjahre der Befragten, der Fehlerhäufigkeit durch die Direktvergabe, der Anwesenheit der Patienten bei der Medikamentenvergabe, der Unterbrechungsrate während der Verabreichung, der ausreichenden Zeitvorgabe und der Lesbarkeit der Patientenakte wurden gestellt. Die offene Frage beinhaltet Verbesserungsvorschläge einer effizienteren Medikamentenverabreichung. (siehe Anhang)

### Der Verlauf der Befragung

Sechzehn Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern bekamen am 6. November die Unterlagen zur Erhebung. Der vorgegebene Abgabetermin war der 15. November 2009.

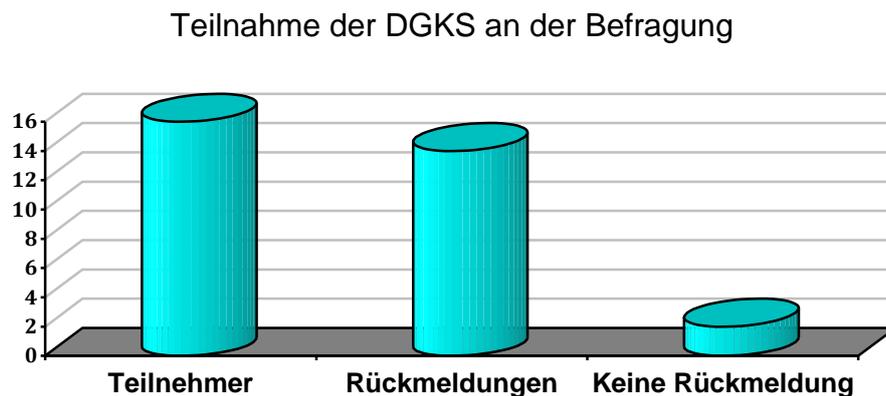


Abbildung 9: Teilnahme an der Befragung<sup>43</sup>

Die vierzehn retournierten und vollständig ausgefüllten Fragebögen wurden für die Auswertung verwendet. Von zwei Befragten erfolgte keine Rückmeldung.

<sup>43</sup> Abbildung 9: Diagramm der Verfasserin

## Ergebnisse

Wie viele Jahre sind Sie im Pflegeberuf tätig?

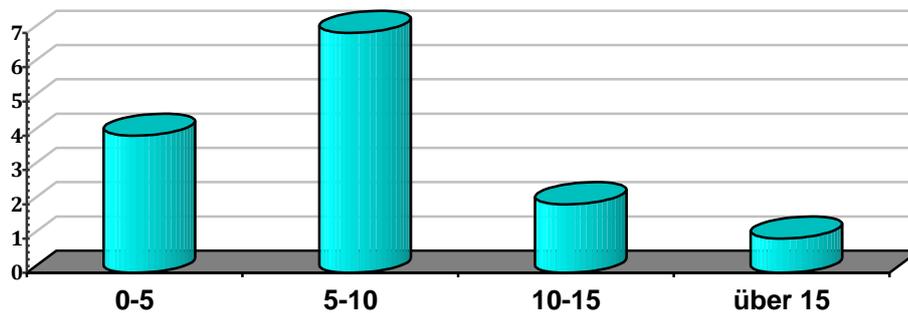


Abbildung 10: Pflegeberufsjahre<sup>44</sup>

Die Hälfte der Befragten ist zwischen fünf und zehn Jahre im Pflegeberuf tätig. Eine Person hat mehr als fünfzehn Berufsjahre. Zwei Mitarbeiter zwischen zehn und fünfzehn und vier DGKS stehen maximal fünf Jahre im Berufsleben.

Ist Ihrer Meinung nach die Fehlerhäufigkeit durch die Direktvergabe der Medikamente beim Patienten gesunken?

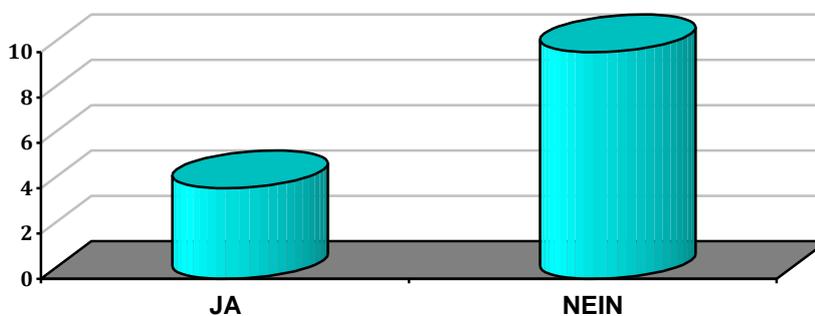


Abbildung 11: Fehlerhäufigkeit bei der Direktvergabe<sup>45</sup>

Zehn der vierzehn Befragten finden, dass die Fehlerhäufigkeit durch die Direktvergabe nicht gesunken ist. Vier Personen hingegen beurteilen diese Art der Verabreichung als wirkungsvolle Maßnahme gegen Fehlerquellen.

<sup>44</sup> Abbildung 10: Diagramm der Verfasserin

<sup>45</sup> Abbildung 11: Diagramm der Verfasserin

Sind die Patienten an den fixierten Medikamenteneinnahmezeiten im Zimmer?

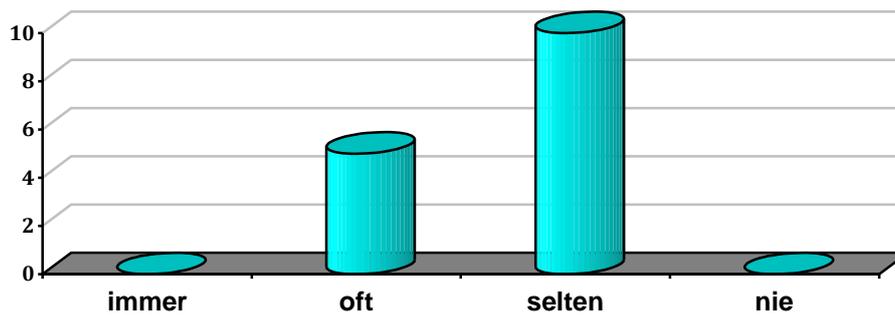


Abbildung 12: Anwesenheit der Patienten<sup>46</sup>

Neun DGKS geben an, dass die Patienten selten zu den fixierten Medikamenteneinnahmezeiten im Zimmer sind. Vier Auswertungen ergeben, dass sie oft anwesend sind. Auf einem Fragebogen wird vermerkt, dass Patienten bei der Medikamentenvergabe in der Früh oft und am Abend selten anzutreffen sind.

Soll die abendliche Pflegevisite in der Patienteninformation notiert sein?

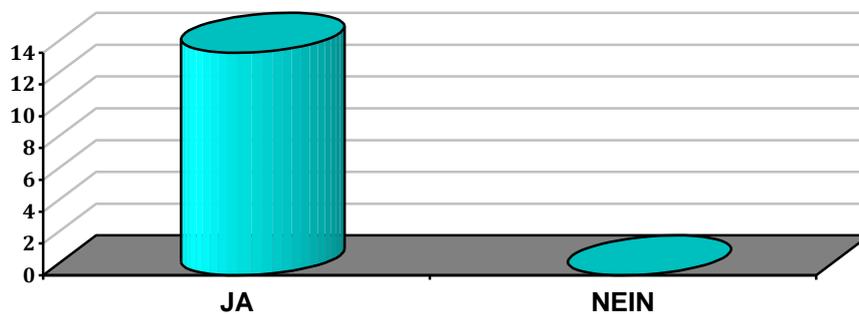


Abbildung 13: Notiz in der Patienteninformation<sup>47</sup>

Alle Befragten sind der Meinung, dass die abendliche Pflegevisite in die Patienteninformationsbroschüre der Sonderkrankenanstalt für Orthopädie eingetragen werden soll.

Unterbrechungen durch Telefonate oder Glockenrufe

<sup>46</sup> Abbildung 12: Diagramm der Verfasserin

<sup>47</sup> Abbildung 13: Diagramm der Verfasserin

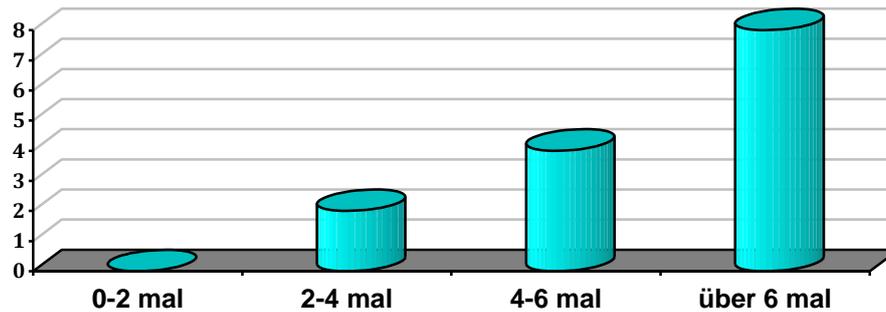


Abbildung 14: Unterbrechungen während der Medikamentenvergabe<sup>48</sup>

Mehr als die Hälfte der Befragten werden öfters als sechsmal durch Telefonate oder Glockenrufe während der Medikamentenvergabe unterbrochen. Vier bis sechsmal werden vier der DGKS gestört. Zwei bis viermal aufgehalten werden zwei Mitarbeiterinnen, wobei eine angibt, zusätzlich durch Zwischenfragen der Patienten irritiert zu sein.

Erhöhung der Unterbrechungen durch die Nichtbesetzung der Rezeption?

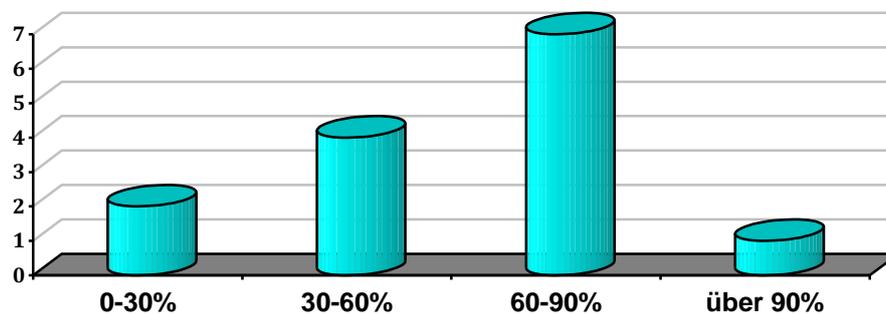


Abbildung 15: Erhöhung der Unterbrechung<sup>49</sup>

Die Hälfte der Befragten empfindet, dass sich die Unterbrechung um 60-90% erhöhen.

Zwei ordnen die Erhöhung zwischen null und dreißig Prozent, vier zwischen dreißig und sechzig Prozent und eine DGKS über neunzig Prozent ein.

<sup>48</sup> Abbildung 14: Diagramm der Verfasserin

<sup>49</sup> Abbildung 15: Diagramm der Verfasserin

### Ist ausreichend Zeit für die Medikamentenverabreichung?

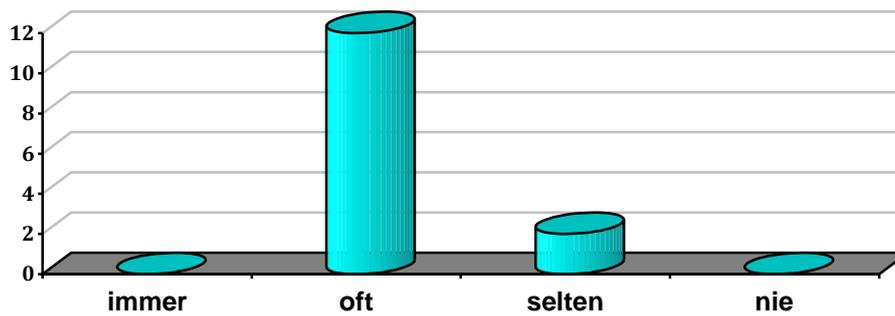


Abbildung 16: Auswertung Referenzbereich<sup>50</sup>

Fast alle, nämlich zwölf von vierzehn Mitarbeitern sind sich einig, dass die vorhandene Zeit oft für eine, im Referenzbereich vorgeschriebene Medikamentenverabreichung ausreicht. Zwei der Befragten sagen, dass die Zeitspanne selten genügt.

### Ist die handgeschriebene Patientenakte deutlich lesbar?

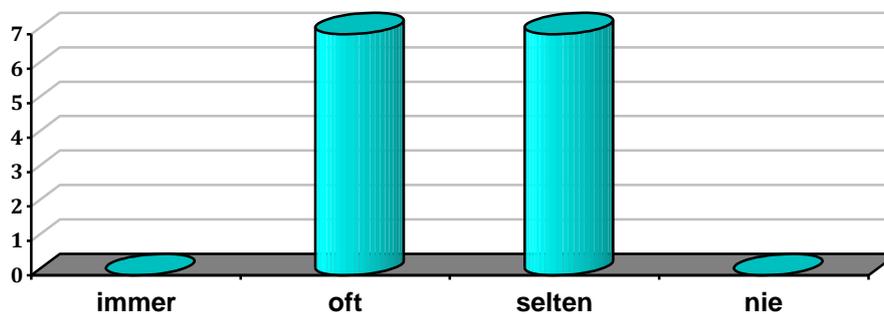


Abbildung 17: Lesbarkeit der Patientenakte<sup>51</sup>

Die Auswertung ergibt, dass genau so viele DGKS die handgeschriebene Krankengeschichte oft bzw. selten deutlich lesen können.

<sup>50</sup> Abbildung 16: Diagramm der Verfasserin

<sup>51</sup> Abbildung 17: Diagramm der Verfasserin

## Auswertung der offenen Frage

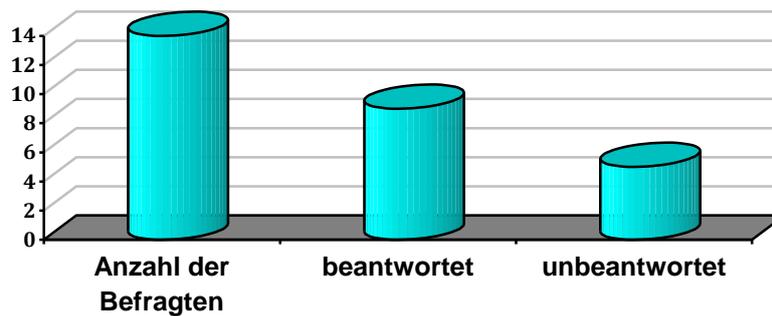


Abbildung 18: Beantwortung offene Frage<sup>52</sup>

Auf vierzehn retournierten Fragebögen haben neun DGKS auf die offene Frage geantwortet.

Die Frage, ob durch die Direktvergabe die Fehlerhäufigkeit gesunken ist, wird zu 71% mit nein beantwortet. Vier DGKS schlagen vor, die Medikamente im Schwesternstützpunkt vorzubereiten. Die Hälfte aller Befragten gibt an, dass die Patienten selten an den Medikamentenverabreichungszeiten im Zimmer anwesend sind. Alle Befragten befürworten die Eintragung der Pflegevisitenzeiten in die Patienteninformationsbroschüre der SKA für Orthopädie.

Unterbrechungen durch Telefonate, Glockenrufe oder persönliche Anliegen der Patienten können Fehler bei der Medikamentenverabreichung verursachen. Es gibt Vorschläge, diese Aufgaben während der Vergabe an andere Pflegepersonen zu delegieren, damit die Pflegefachkraft zu hundert Prozent auf den einzelnen Patienten eingehen kann. Es wird angeregt, Ärzten ein eigenes Telefon zur Verfügung zu stellen.

Tätigkeiten wie Schmerzanalyse, Blutdruckkontrollen u.a. müssen bei der abendlichen Tablettenausgabe zusätzlich durchgeführt werden. Dadurch reicht die vorgegebene Zeitspanne für die Medikamentenvergabe oft nicht aus.

Durch die Unterstützung einer zusätzlichen Fachkraft würde sich der Zeitdruck während der Ausführung dieser Arbeiten verringern.

<sup>52</sup> Abbildung 18: Diagramm der Verfasserin

Eine große Erleichterung wäre eine zweite DGKS im Nachtdienst und am Wochenende.

Um Fehlerquellen bei handschriftlichen Eintragungen zu verringern, wird in Fragebögen angeregt, Patientenakte elektronisch anzulegen. Eine genaue Angabe der zu verabreichenden Dosis und gegebenenfalls ein Generikum soll vom Ärzteteam auf das Krankenblatt vermerkt werden.

Aufgrund der schlechten Lesbarkeit der Fieberkurve wird in der Sonderkrankenanstalt für Orthopädie mit dem Ärzteteam ein neues Konzept erarbeitet. Zur Vorbeugung der Übertragungsfehlerhäufigkeit ist das Krankenblatt nicht mehr für eine Woche sondern für zwei Wochen gültig. Es ist übersichtlicher, mehr Platz für die Eintragung einer genauen Dosis wird geboten, eine eigene Spalte für die Kürzel der Schwestern steht zur Verfügung, die Ärzte können die Medikamente deutlicher absetzen und neu verordnen. Nach einer Probephase wird entschieden, ob dieses Konzept erfolgreich eingesetzt werden kann.

Mit den diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern wird bei einer Teambesprechung ein ausführliches Gespräch über die Auswertung der Fragebögen stattfinden.

Der Vorschlag, die Medikamente im Schwesternstützpunkt vorzubereiten wird abgewiesen, da die SKA für Orthopädie die Direktvergabe am Patienten vorsieht.

## **7. RESÜMEE**

Durch das ständige Bemühen, nach den Vorschriften der Joint Commission International zu arbeiten, zeichnet sich die Sonderkrankenanstalt für Orthopädie durch einen sehr hohen Qualitätsstandard aus.

Eine wichtige Aufgabe der Führungskraft ist es, diesen zu erhalten und immer für Mitarbeiter- und Patientenzufriedenheit zu sorgen.

Die Stationsführung wird stets bemüht sein, Anliegen, die in ihrem Kompetenzbereich liegen, zu bearbeiten bzw. mit der Pflegedienstleitung in Kontakt zu treten, um gute Vorschläge erfolgreich in die Praxis umsetzen zu können.

Die Verfasserin bedankt sich für die aktive Mitarbeit der Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern der Sonderkrankenanstalt für Orthopädie.

## 8. LITERATURVERZEICHNIS

**Bobzien M., Stark W., Straus F.** (1996): Qualitätsmanagement, Stuttgart, Prof. DR. Jürgen Sandmann

**Ertl-Wagner B., Steinbrucker S., Wagner B.** (2009): Qualitätsmanagement & Zertifizierung, Heidelberg, Springer Medizin Verlag

**Fröse S.** (2008): Was Qualitätsbeauftragte in der Pflege wissen müssen, Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

**Hartl F., Wernisch D.** (2001): Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen, Wien, Verlag der österreichischen Ärztekammer

**Joint Commission International,** (2008): Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser, 3. Auflage

**Kahla-Witzsch H., Platzer O.** (2007): Risikomanagement für die Pflege, Stuttgart, W. Kohlhammer GmbH

**Kretz F., Reichenberger S.** (1999): Medikamentöse Therapie, Stuttgart – New York, Georg Thieme Verlag

**Liebeswar G.** (1998): Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus, Wien

**LKH Villach,** (2009): Basiswissen für jeden Mitarbeiter zur Re-Akkreditierung, Kopie im Besitz des Verfassers

**LKH Villach,** (2008): Das 1 x 1 der Qualitätssicherung, 3. Auflage

**Schaller-Maitz,** (2009): Schulungsunterlagen, Kopie im Besitz des Verfassers

**Ziegler G.** (2006): Qualitas Zeitschrift für Qualität und Entwicklung in Gesundheitseinrichtungen, Graz, Scharler Verlag

<http://www.pflege-serviceteam.de/pflegequalitaet.html>

(27.08.2009, 20:17)

<http://www.warmbad.com/relaunch/www/hauptseite.php?id=40&lng=DE>

(05.09.2009, 10:45)

<http://www.monika-brinkschulte.de/3/qualitaetsmanagement.de.html>

(05.09.2009, 14:37)

[http://www.ceval.de/typo3/fileadmin/user\\_upload/PDFs/workpaper3.pdf](http://www.ceval.de/typo3/fileadmin/user_upload/PDFs/workpaper3.pdf)

(05.09.2009, 15:10)

<http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40061516>

(08.09.2009, 17:56)

<http://www.gsund.net/cms/beitrag/10034311/44364>

(08.09.2009, 17:58)

<http://www.bluray-disc.de/lexikon/iso>

(14.09.2009, 9:32)

<http://de.wikipedia.org/wiki/JCAHO>

(17.09.2009, 8:53)

[http://de.wikipedia.org/wiki/European\\_Foundation\\_for\\_Quality\\_Management](http://de.wikipedia.org/wiki/European_Foundation_for_Quality_Management)

(17.09.2009, 8:55)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Kategorie:%C3%96NORM>

(17.09.2009, 8:58)

<http://www.jointcommission.org/>

(29.10.2009, 13:11)

<http://premiumgrain.com>

(09.11.2009, 8:14)

<http://kk-gelsenkirchen.de>

(09.11.2009, 8:16)

<http://de.hollu.com/indexphp?page=tradition>

(09.11.2009, 8:18)

<http://cts-lernzentrum.de/cts/opencms/UeberUns>

(09.11.2009, 8:20)

<http://www.sarahreed.org>

(09.11.2009, 8:21)

## **9. ANHANG**

Begleitbrief – Fragebogen für DGKS der Sonderkrankenanstalt für Orthopädie  
Fragebogen zum Thema „Qualitätsmanagement – Medikamentenmanagement“

Elisabeth Köchl  
Hüttendorf 12  
9530 Bad Bleiberg

Bad Bleiberg, 30. Oktober 2009

Fragebogen für DGKS der Sonderkrankenanstalt für Orthopädie

Sehr geehrte Kolleginnen!

Im Rahmen der Weiterbildung für „basales und mittleres Pflegemanagement“ verfasse ich eine Abschlussarbeit zum Thema

**„Qualitätsmanagement – Medikamentenmanagement“**

Zu diesem Thema möchte ich eine Befragung durchführen. Ihre Meinung ist mir wichtig. Ich bitte Sie, mich zu unterstützen, indem Sie den beiliegenden Fragebogen ausfüllen. Ihre Daten werden absolut vertraulich behandelt. Einzelangaben werden weder veröffentlicht noch weitergegeben.

Bitte deponieren Sie den ausgefüllten Fragebogen bis spätestens 15. November 2009 im Briefkasten des zweiten Stockes der Sonderkrankenanstalt für Orthopädie.

Bei Rückfragen stehe ich gerne unter 0650/8923029 zur Verfügung.

Ich bedanke mich im Voraus für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen

Elisabeth Köchl

Fragebogen zum Thema:

**„Qualitätsmanagement - Medikamentenmanagement“**

Wie viele Jahre sind Sie im Pflegeberuf tätig?

0-5

5-10

10-15

über 15

Ist Ihrer Meinung nach die Fehlerhäufigkeit durch die Direktvergabe der Medikamente beim Patienten gesunken?

JA

NEIN

Sind die Patienten an den fixierten Medikamenteneinnahmezeiten im Zimmer?

immer

oft

selten

nie

Soll die abendliche Pflegevisite (Befragung und Medikamentenverabreichung) in der Patienteninformation der Sonderkrankenanstalt für Orthopädie notiert sein?

JA

NEIN

Wie oft werden Sie durch Telefonate oder Glockenruf bei der Medikamentenverabreichung unterbrochen?

0-2x

2-4x

4-6x

über 6x

In welchem Ausmaß erhöhen sich die Unterbrechungen durch Telefonate aufgrund der Nichtbesetzung der Rezeption?

0-30%

30-60%

60-90%

über 90%

Ist die vorhandene Zeit ausreichend für eine, im Referenzbereich vorgeschriebene Medikamentenverabreichung?

immer

oft

selten

nie

Ist die handgeschriebene Patientenakte für Sie deutlich lesbar?

immer

oft

selten

nie

Welche Vorschläge haben Sie, um die Medikamentenverabreichung effizienter zu gestalten?