

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR
FÜHRUNGSAUFGABEN (BASISAUSBILDUNG)**

„Basales und mittleres Pflegemanagement“

20.09.2010 bis 05.10.2011

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Qualitätsmanagement

Zertifizierung - Akkreditierung

vorgelegt von: Brigitte Wulz Pörtsch
 Klinikum Klagenfurt
 Dienstführung – DGKS
 Konservativer Ambulanzbereich

begutachtet von: Dipl. BW. (FH) Marc Godlewicz
 Klinikum Klagenfurt
 Bereichsleitung Administration

Juni/2011

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.

Brigitte Wulz-Pörtsch

Klagenfurt, 03. Juni 2011

KURZZUSAMMENFASSUNG

Die Krankenhausleitung des Klinikum Klagenfurt hat sich dafür entschieden, das Qualitätsmanagement durch die Akkreditierung nach Joint Commission International transparent zu machen. Qualität wird nicht nur gelebt, die Einrichtung verfügt über eine Bestätigung eines funktionierenden Qualitätsmanagementsystems und exzellente Fachkompetenz.

Die Ziele eines Qualitätsmanagements sind die anhängliche Qualität einer Dienstleistung, der Nachweis über verlässliche Qualität und die Weiterentwicklung der Qualität. Qualität wiederum definiert sich durch die Kundenzufriedenheit.

Diese Arbeit befasst sich mit den Grundlagen der Qualitätsmanagementsysteme, deren Besonderheiten und dem Nutzen einer Zertifizierung/Akkreditierung.

Anhand eines Patiententracers in der Diabetesambulanz kann die praktische Umsetzung des Qualitätsmanagementsystems veranschaulicht werden.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BGBI	Bundesgesetzblatt
BO	Betriebsorganisation
CMZ	Chirurgisch Medizinisches Zentrum
DGKS	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester
Dipl. BW	Diplom-Betriebswirt
ff	fortfolgend
FH	Fachhochschule
ISO	International Standardization Organization
JCI	Joint Commission International
KIS	Krankenanstalten Informationssystem
MAS	Master
QM	Qualitätsmanagement
v. Chr.	vor Christus
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

INHALTSVERZEICHNIS

KURZZUSAMMENFASSUNG	3
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	4
INHALTSVERZEICHNIS	5
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	8
0 VORWORT	9
1 EINLEITUNG	10
2 GESCHICHTLICHE ENTWICKLUNG.....	11
3 GESETZLICHE GRUNDLAGEN.....	13
4 BEGRIFFLICHKEITEN	14
4.1 Standardisierte Begriffe im Gesundheitswesen	14
4.1.1 Qualität.....	14
4.1.2 Qualitätssicherung – Qualitätsmanagement - Total Quality Management.....	14
4.2 Standardisierte Begriffe unter ISO 9000	15
5 QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEME	16
5.1 ISO 9000 Normreihe (International Standard Organisation)	16
5.2 JCI (Joint Commission International)	16
5.3 KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen.....	17
5.4 EFQM (European Foundation for Quality Management).....	17
6 WELCHE RELEVANZ HAT DIE QUALITÄTSSICHERUNG FÜR DEN KRANKENHAUSBEREICH?	18
7 ZERTIFIZIERUNG - AKKREDITIERUNG	18
8 AUFBAU DER ISO 9001 NORM FÜR QUALITÄTSMANAGEMENT	19

8.1	Einleitung	20
8.2	Kapitel vier: Qualitätsmanagementsystem	21
8.3	Kapitel fünf: Verantwortung der Leitung	21
8.4	Kapitel sechs: Management von Ressourcen	22
8.5	Kapitel sieben: Produktrealisierung.....	22
8.6	Kapitel acht: Messung, Analyse und Verbesserung	22
9	AUDIT	23
10	WAS BEDEUTET AKKREDITIERUNG?.....	24
10.1	Patiententracer - Systemtracer	24
10.1.1	Patiententracer	25
10.1.2	Systemtracer	25
11	JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI)	26
11.1	Internationale Patientensicherheitsziele.....	26
11.2	Patientenorientierte Standards.....	27
11.2.1	ACC (Access to Care and Continuity of Care) Zugang zur und Kontinuität der Behandlung.....	27
11.2.2	PFR (Patient and Family Rights) Patienten- und Familienrechte.....	28
11.2.3	AOP (Assessment of Patients) Assessment von Patienten.....	28
11.2.4	COP (Care of Patients) Behandlung von Patienten.....	28
11.2.5	MMU (Medication Management and Use) Management und Gebrauch von Arzneimitteln	29
11.2.6	PFE (Patient and Family Education) Schulung von Patienten und deren Angehörigen.....	29
11.3	Organisationsorientierte Standards.....	30

11.3.1	QPS (Quality Improvement and Patient Safety) Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit	30
11.3.2	PCI (Prevention and Control of Infections) Prävention und Kontrolle von Infektionen.....	31
11.3.3	GLD (Governance, Leadership and Direction) Steuerung, Führung und Leitung	32
11.3.4	FMS (Facility Management and Safety) Anlagenmanagement und Sicherheit.....	32
11.3.5	SQE (Staff Qualifications and Educations) Mitarbeiterqualifikation und Weiterbildung	33
11.3.6	MCI (Management of Communication and Information) Kommunikations- und Informationsmanagement	33
12	TRACERPROTOKOLL	34
12.1	Exemplarische Aufbereitung der JCI in Form eines Tracers (A3 Format im Anhang)	35
12.2	Maßnahmenplan	36
13	RESÜMEE	41
14	LITERATURVERZEICHNIS.....	42
15	ANHANG	44

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Prozessmodell der ISO 9001

Paeger, J.:

<http://www.paeger-consulting.de/assets/images/9001-01.gif> (17.04.2011, 10:28)

Abbildung 2: PDCA Zyklus

Reha-Zentrum Lübben:

http://www.rehazentrum.com/bilder/pdca_zyklus.gif (17.04.2011, 10:22 Uhr)

Abbildung 3: Eigene Darstellung des Verfassers

0 VORWORT

Durch meine jahrelange Berufserfahrung als DGKS im Klinikum, stelle ich fest, dass gravierende Veränderungen seitens der Pflege erfolgen, medizinische Fortschritte passieren und demzufolge Qualitätsmanagement einen immer wichtigeren Stellenwert einnimmt. Patienten erheben mit Recht Anspruch auf Kundenversorgung mit höchstem medizinischem und pflegerischem Niveau. Hauptaugenmerk wird dabei auf Patientensicherheit und ein sich ständiges Verbessern gelegt. Zeitgleich mit der Besiedelung des Chirurgisch Medizinischen Zentrums, meiner Bestellung als dienstführende Ambulanzschwester, begann auch mein Weiterbildungslehrgang im basalen und mittleren Pflegemanagement. Aufgrund der damit verbundenen neuen Betriebsorganisation wird mir das Thema Qualitätsmanagement, Zertifizierung/Akkreditierung ein immer wesentlicheres. Um überhaupt das grundlegende Verständnis dafür aufzubringen, setze ich mich ernstlich mit der Theorie der verschiedenen Qualitätsmanagementsysteme, insbesondere der Joint Commission International auseinander, mit dem Ziel auch meine Mitarbeiter von der absoluten Notwendigkeit von systematischer Qualitätsmanagementarbeit zu überzeugen.

Besonderer Dank an erster Stelle gebührt Dipl. BW. (FH) Marc Godlewicz, für seine Begleitung, Fachkompetenz und laufende Unterstützung vor Ort.

Vielen Dank auch an Frau MAS Fugger Christine und DGKS Guggi Klaudia, welche mir den praktischen Teil meiner Arbeit möglich machten.

Danke an meine Familie und meine Mitarbeiter für die entgegengebrachte Unterstützung.

Klagenfurt, Juni 2011

Wulz Pörsch Brigitte

1 EINLEITUNG

Qualität, gehobene Kundenanforderungen, ein sich ständiges Verbessern stehen der Forderung von Einsparung und Ausnutzung der vorhandenen Ressourcen gegenüber. Um daraus den realisierbaren Weg zu finden, Kosten einzusparen und gleichzeitig die Qualität zu steigern, ist es wichtig, ein passendes Qualitätsmanagementsystem für das Klinikum zu finden.

Nach der Zertifizierung nach der DIN ISO 9001, hat sich das Klinikum Klagenfurt für die Akkreditierung nach Joint Commission International ausgesprochen. Im Hintergrund arbeiten bereits nominierte Personen an der Vorbereitung.

Die Abschlussarbeit: Vorbereitung des Ambulanzbereichs vom Iso-System auf die JCI-Akkreditierung bearbeitet folgende Inhalte:

- Geschichtliche Entwicklung und gesetzliche Grundlagen
- Begriffe und gängige QM-Systeme
- ISO 9001:2008
- JCI (Joint Commission International)
- Audit
- Nutzen der Zertifizierung/Akkreditierung

In erster Linie geht es um die theoretische Auseinandersetzung, mit den Inhalten der Qualitätsmanagementsysteme, deren Unterscheidungen und die Umsetzung in die Praxis. Um eine Vorstellung von der Praxis zu erfahren, wird dies anhand eines Patienten/Systemtracers in der Diabetesambulanz dargelegt. Damit soll die Umsetzung veranschaulicht werden.

In dieser Arbeit wird die geschlechtsneutrale männliche Form verwendet.

2 GESCHICHTLICHE ENTWICKLUNG

Man geht zurück bis ins Zeitalter der Hominiden. Es wurde ein nicht bewusster Qualitätsbegriff praktiziert. Leistungsfähigkeit und Überlegenheit im Lebenskampf wurden erfahrungsgemäß durch gut ausgewählte Nahrung, die spezielle Forderungen erfüllte, gesteigert.

Aus dem Altertum sind Qualitätsregeln eines Wohnhauses im Codex Hammurapi bekannt. Hammurapi (babylonischer König um 1700 v. Chr.) führte für schlecht gebaute Häuser radikale Strafen ein¹. Aristoteles (Philosoph des Altertums) beeinflusst das qualitätsbezogene Denken bis heute. Er führte in seiner Erkenntnistheorie zehn Kategorien zur Beschreibung des empirisch gegebenen Seienden ein. Er unterschied „objektive Qualitäten“ von „subjektiven Qualitäten“, es ging um die Beschaffenheit.

Die römische „qualitas“ gibt den Begriffsinhalt „Beschaffenheit“ wieder. Römische Beschaffenheitskennzeichnungen an Produkten dienten damals wie heute dem gleichen Zweck. Sie gaben dem Produktbenutzer eine Art Verwendungsgarantie.

Qualitätsbewusste Handwerksmeister schlossen sich im Mittelalter zu Zünften zusammen. Sie stellten detaillierte Qualitätsanforderungen an die Produkte ihrer Zunft auf. Handwerker mussten, wenn sie in die Zunft aufgenommen werden wollten, nicht nur diese Forderungen an die Produkte erfüllen, sondern auch ihre Qualitätsfähigkeit nachweisen. Mit Zunftzeichen versehene Produkte waren Qualitätsprodukte. Im industriellen Zeitalter (ab dem 18. Jahrhundert) wurde und wird der Zusammenhang zwischen Qualität und Recht immer wichtiger.²

Die systematische Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung wurde erst sehr spät aufgegriffen. Eine große Vordenkerin in unserer Berufssparte, z. B. methodische Fragen der Qualitätsverbesserung in Medizin und Pflege zu stellen, oder die Notwendigkeit von systematischen patientenbezogenen Datenerhebungen über Krankheitsverläufe zu erkennen, war Florence Nightingale (1820-1910). Projekte zur Infektionsprophylaxe inklusive einer Art von Kosten-Nutzen-Analyse durch qualitätsverbessernde Maßnahmen wurden durchgeführt. Der Erfolg war der Rückgang der Cholera-, Ruhr- und Typhusinfektionen.³

¹vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Hammurapi>

²vgl. <http://www.spieker.biz/qualitaetsmanagement/grundlagen>

³vgl. Qualitätsentwicklung in der Pflege 1996, S. 24

Die Wurzeln der heutigen Qualitätssicherung gehen auf die USA der 20er und 30er Jahre zurück. Dort hatten bereits große Firmen wie z. B. Western Electric erkannt, dass es erheblich billiger ist, Qualität und Zuverlässigkeit von vornherein in ein Produkt einzubauen, und so Fehlerbehebungskosten zu vermeiden. Der Pionier der statistischen Qualitätssicherung ist W. Edwards Deming. Anhand statistischer Hilfsmittel (Säulendiagramm, Ablaufdiagramm, Fishbone Chart) versucht man Abweichungen zu messen, Ursachen herauszufinden und sie so kontinuierlich zu verringern.

Nach mäßigem Erfolg mit dem Umsetzen seiner Theorie in den USA in der Nachkriegsindustrie, beschloss Deming nach Japan zu gehen. Die japanische Industrie (Autoindustrie) erkannte sehr schnell die Vorteile einer nahezu fehlerfreien Produktion. Ein weiterer amerikanischer Pionier war J. M. Juran. Er ist Vater des Total Quality Management Konzeptes (TQM). Im Mittelpunkt steht der Kunde, ausreichende Schulung aller Mitarbeiter, Management und Verfolgung der Qualitätsziele sind oberstes Ziel.

Genannt seien noch zwei weitere „Qualitätspäpste“. Philip B. Crosby und William E. Conway. In der Philosophie von Crosby haben Fehler und Unzulänglichkeiten in keinem Produkt und keiner Dienstleistung etwas zu suchen. Das „Null-Fehler-Prinzip“ ist daher der einzig akzeptable Qualitätsstandard. Bei Conway nimmt die Statistik als Hilfsmittel der Qualitätssicherung einen sehr breiten Raum ein. Er definiert aber weniger die Qualität an sich, als vielmehr ein Quality Management („The right way to manage“).⁴

Japanische Unternehmen setzten auf Teamorientierung und Mitbestimmung. Das KAIZEN-Modell findet konsequent Anwendung (KAI-Wandel, ZEN-gut, positiv, Masaaki Imai).

Die europäische Industrie hat Schwierigkeiten mit der Akzeptanz von Total Quality Konzepten. Erste vorsichtige Schritte werden auch in Europa erkennbar. Qualitätssicherungssysteme haben dabei allerdings noch einen deutlichen Vorsprung. Ursprünglich für die Rüstungsindustrie vorgesehen, hat 1979 das British Standards Institute (BSI) seine Norm BS 5750 für Qualitätssysteme herausgegeben. 1987 übernahm dann das International Office of Standardisation (ISO) in Genf die Richtlinien beinahe vollständig, und gab sie als ISO 9000-Serie heraus.⁵

⁴vgl. Glaap W. 1993, S. 11ff

⁵ vgl. Glaap W. 1993, S. 27f

3 GESETZLICHE GRUNDLAGEN

Seit Beginn der neunziger Jahre wurden seitens der Gesundheitspolitik Bemühungen unternommen, den Bereich der Qualitätsarbeit im Gesundheitswesen auszubauen. Um die Qualität der Gesundheitsversorgung laufend zu verbessern, wurden seitens des Bundes während der letzten Jahre Gesetze, Verordnungen und Regelungen erlassen, die qualitätsspezifische Bestimmungen enthalten. Sie beziehen sich unter anderen auf Dokumentationspflichten, die Qualität von Arzneimitteln und Medizinprodukten, die Qualität der Ausbildung und Ausübung der Gesundheitsberufe und auf die Qualitätsarbeit im Krankenanstaltenbereich.

Die Gesundheitsreform 2005 ist wohl der bedeutendste Schritt zum Thema Qualität, durch Inkrafttreten des Bundesgesetzes zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz). Dieses ist im BGBl. I Nr. 179/2004 festgelegt. Es wurde damit ein rechtlicher Rahmen geschaffen, welcher es erlaubt, die in den letzten Jahren in Angriff genommenen Qualitätsthemen strukturiert weiter zu entwickeln und eine Qualitätsstrategie zu verfolgen. Auf Landesebene tritt laut Kärntner Krankenanstaltenordnung § 24 Qualitätssicherung in Kraft.

Die Grundprinzipien dieser Gesetze sind Patientenorientierung, Transparenz, Effizienz, Effektivität und Patientensicherheit. Es wurde nunmehr die Möglichkeit geschaffen, bundeseinheitliche Vorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen zu entwickeln und umzusetzen. Das Gesetz betrifft alle Bereiche, wie z. B. öffentliche und private Krankenhäuser und Ambulatorien, Mediziner und alle anderen Gesundheitsbereiche.⁶

Die Inhalte der genannten Gesetze beziehen sich auf Vorgaben für die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen und der damit in Zusammenhang stehenden Entwicklung von Standards zu Strukturen, Prozessen und Ergebnissen. Diese Gesetze stellen einen Ansatz dar, ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem weiter zu entwickeln, sowie die Qualität der Gesundheitsversorgung für Patienten laufend zu verbessern und zu sichern.⁷

Es gibt keine Vorgabe, auf welcher Grundlage ein Qualitätsmanagement aufgebaut sein soll. Am häufigsten kommen in den Krankenhäusern die Modelle DIN ISO 9001:2000, EFQM und KTQ mit pCC zum Einsatz.⁸

⁶ vgl. <http://www.bmg.gv.at/home/schwerpunkte/gesundheitsystem>

⁷ vgl. <http://www.gesundheitministerium.at>

⁸ vgl. <http://www.goeg.at/cxdata/media/download/GOeGG-Bundesgesetzblatt.pdf>

4 BEGRIFFLICHKEITEN

4.1 Standardisierte Begriffe im Gesundheitswesen

4.1.1 Qualität

Zum Qualitätsbegriff sind viele Definitionen auffindbar. Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung. Sie ist die Beschaffenheit von Gütern, der Wert eines Objektes bis hin zur Art der Durchführung einer Dienstleistung.

Arten der Qualität:

- **Strukturqualität:** Die Strukturqualität umfasst alle personellen, materiellen, organisatorischen und technischen Voraussetzungen für die Leistungserbringung. Sie sagt jedoch nichts über die Leistungsqualität aus.
- **Prozessqualität:** Die Prozessqualität definiert die Anforderungen, die an die Gestaltung des eigentlichen Prozesses der Leistungserbringungen zu stellen sind.
- **Ergebnisqualität:** Die Grundlage dafür ist die Beurteilung der erbrachten Leistungen. Das angestrebte Ziel/Ergebnis, den Krankheits- und Zufriedenheitszustand des Patienten zu verbessern, lässt sich nicht genau definieren und messen (z. B. Patientenzufriedenheit, Komplikationsraten, Infektionsraten, Mortalitätsraten...).⁹

4.1.2 Qualitätssicherung – Qualitätsmanagement - Total Quality Management

Qualitätssicherung: Sie erfolgt durch Standardisierung und Optimierung der Arbeitsabläufe. Voraussetzung ist die genaue Prozesskenntnis mit der systematischen und methodischen Analyse der bestehenden Abläufe. Seit 1993 gesetzlich verpflichtend im Krankenanstalten Gesetz, wie auch im Medizinproduktegesetz, Radiologischer Erlass, WHO Richtlinien.

Qualitätsmanagement: Bezeichnet alle Führungs-, Planungs-, Steuerungs- und Überwachungsaktivitäten, welche zum Leiten einer Organisation bezüglich der Qualität eingesetzt werden.¹⁰

⁹ vgl. Schulungsunterlagen Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen 2011

¹⁰ vgl. <http://www.fqsd.at/cms/de/hintergrund/qualitaetsmanagement.html>

Total Quality Management (TQM): Total verweist darauf hin, dass alle Mitarbeiter aller Bereiche und alle Einrichtungen zu beteiligen sind. Ziel ist es, die aus den Kundenanforderungen abgeleiteten Qualitätsziele zu erfüllen. Dabei wird nicht nur die Qualität des Endproduktes betrachtet, sondern die Qualität aller Arbeitsabläufe. Im Sinne von TQM werden alle Führungstätigkeiten auf das Erreichen von Qualität und auf kontinuierliche Verbesserung ausgerichtet. Aufgabe der Leitenden ist dabei die Förderung und Motivation der Mitarbeiter, die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen und sichtbare Vorbildfunktion.¹¹

4.2 Standardisierte Begriffe unter ISO 9000

Norm: Empfehlung über den anerkannten Stand der Technik mit teilweiser rechtlicher Verpflichtung

Önorm: nationale Normen

EN: europaweite Normen

ISO: International Office of Standardisation (weltweite Gültigkeit)

9001: willkürliche Nummer

2008: Erscheinungsjahr

Qualitätspolitik: Darunter sind die umfassenden Absichten und Zielsetzungen einer Organisation betreffend ihrer Qualität zu verstehen. Sie soll die Einstellung des Unternehmens widerspiegeln und den Mitarbeitern stets gegenwärtig sein. Zunächst gilt es, die Erwartungen und Anforderungen des Kunden genau zu verstehen, dann sollte eine Übereinkunft mit ihm über die Qualität der zu erwartenden Leistung getroffen werden.¹²

Qualitätshandbuch: Das Qualitätshandbuch enthält alle Dokumente mit Regelungen zu qualitätsrelevanten Prozessen, Verfahren und Verantwortlichkeiten. Organigramme beschreiben die Qualitätsorganisation. Funktions- und Stellenbeschreibungen ermöglichen dauerhaft qualitätsrelevante Tätigkeiten. Prozessbeschreibungen machen arbeitsplatzübergreifende Arbeitsabläufe transparent.¹³

Kriterien und Indikatoren: Sind Maßstäbe an denen Qualität gemessen wird.¹⁴

¹¹ vgl. Conzen, C.; Freund, J.; Overlander, G. 2009, S. 250f

¹² vgl. Glaap, W. 1993, S. 43f

¹³ vgl. Gembrys, S.; Hermann, J. 2009, S. 67f

¹⁴ vgl. ÖVQ Qualitätsmanagementsysteme im Gesundheitswesen 2002

5 QUALITÄTSMANAGEMENTSYSTEME

Alle Krankenhäuser müssen ein tragfähiges Qualitätsmanagement aufbauen. Die Gesetzgebung schreibt jedoch nicht vor, auf welcher Grundlage dies geschehen soll.

Am häufigsten kommen in Krankenhäusern folgende Modelle zum Einsatz:

- **DIN ISO 9000 Normreihe**
- **JCI**
- **KTQ (+ pCC)**
- **EFQM**

5.1 ISO 9000 Normreihe (International Standard Organisation)

Die International Standard Organisation ist eine weltweite Norm und ein Rahmenwerk für den Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems.

Die ISO legt fest:

- wie Aufgaben und Verantwortung zu regeln sind
- das regelmäßige interne Qualitätsaudits zur Beurteilung des Qualitätsmanagementsystems durchzuführen sind
- das alle Maßnahmen zur Qualitätssicherung in einem Qualitätsmanagementhandbuch zu dokumentieren sind

Das Ziel der ISO ist es eine Basis für alle Unternehmen zu schaffen, sowie Produkt- und Dienstleistungsqualität sicherzustellen.¹⁵

5.2 JCI (Joint Commission International)

Die JCI ist eine weltweit erfahrene private, unabhängige und gemeinnützige Institution, die 1951 in Chicago gegründet wurde. Der Focus richtet sich auf maximalen Patientennutzen unter besonderer Beachtung der Aspekte:

Patientenbedürfnisse – Patientensicherheit – Patientenrechte - Mitarbeitersicherheit

Die Standards der JCI umfassen:

- Patientenorientierte Standards
- Organisationsorientierte Standards
- Patientensicherheitsziele
- Messbare Elemente

Die Überprüfung (Survey) umfasst die Kontrolle der Standards, der Patientensicherheitsziele durch Surveyor aus Medizin, Pflege und Verwaltung.¹⁶

¹⁵ vgl. Schulungsunterlagen Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen 2011

¹⁶ vgl. Schulungsunterlagen Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen 2011

5.3 KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)

+ pCC (pro Cum Cert)

Die KTQ ist ein deutsches Modell speziell für Krankenhäuser und zielt ab auf:

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität

Es gibt vorgegebene Standards mit 70 Kriterien in sechs Kategorien:

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit
- Qualitätsmanagement
- Informationswesen
- Krankenhausführung

Die Erarbeitung der Kriterien erfolgte von erfahrenen und im jeweiligen Versorgungsbereich aktiv tätigen Experten.

Pro Cum Cert inklusive KTQ ist speziell für konfessionelle Krankenhäuser, mit dem Ziel, christliche Werte in das Qualitätsmanagement einzubeziehen, ausgerichtet. Das KTQ-Visitorenteam ist interdisziplinär durch ärztliche, ökonomische und pflegerische Visitoren besetzt. Ziel ist die Verbesserung und Optimierung von Prozessen innerhalb der Patientenversorgung.¹⁷

5.4 EFQM (European Foundation for Quality Management)

Das EFQM-Modell ist eine moderne Führungsstrategie, die die Qualität in den Mittelpunkt stellt. Es ermöglicht die eigenständige systematische Erfassung und Bewertung der Stärken und Schwächen eines Unternehmens. Die Grundstruktur des EFQM-Modells bilden neun Kriterien:¹⁸

1. Führung	4. Partnerschaften und Ressourcen	7. Mitarbeiterbezogene Ergebnisse
2. Politik und Strategie	5. Prozesse	8. Gesellschaftsbezogene Ergebnisse
3. Mitarbeiter	6. Kundenbezogene Ergebnisse	9. Wichtige Ergebnisse

¹⁷ vgl. Schulungsunterlagen Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen 2011

¹⁸ vgl. Conzen , C.; Freund, J.; Overlander, G. 2009, S. 251f

6 WELCHE RELEVANZ HAT DIE QUALITÄTSSICHERUNG FÜR DEN KRANKENHAUSBEREICH?

Die Bedeutsamkeit von Qualität im Gesundheitswesen ist eine ausreichende, patientengerechte, fachlich qualifizierte medizinische Versorgung mit dem Ziel einer wirtschaftlichen Patientenversorgung auf hohem Niveau.

Unternehmen überlassen Qualität nicht dem Zufall, sondern versuchen sie zielgerichtet zu beeinflussen. Es stellt sich nicht die Frage ob Qualitätsmanagement betrieben wird, sondern wie Qualitätsziele festgelegt werden.

Produktqualität steigert die Attraktivität der Produkte, führt zu Kundenbindung und unterstützt die Wachstumsziele des Unternehmens. Qualitätsmanagement verursacht zwar Kosten, dient aber dazu Anforderungen zu erfüllen, ebenso Fehler zu vermeiden, die nicht selten hohe Kosten verursachen.

Qualitätsmanagement ist als Investition zu sehen, die Wachstum fördert und Fehlerkosten senkt (Produkthaftungsfälle, Rückrufaktionen).¹⁹

7 ZERTIFIZIERUNG - AKKREDITIERUNG

Zertifizierung: Zertifizierung ist das Ergebnis einer Prüfung durch einen unabhängigen Dritten (z. B. Auditor eines Zertifizierungsanbieters), der die Übereinstimmung der Arbeitsabläufe mit den Gütekriterien, mit anerkannten Standards und Normen (z. B. nach der DIN EN ISO) für einen bestimmten Zeitraum bestätigt. Zertifizierer sind Experten für Qualitätsmanagementsysteme.

Akkreditierung: Akkreditierung heißt die formelle Anerkennung der Kompetenz einer Einrichtung (z. B. einer Apotheke) unter der Berücksichtigung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die hierfür ausgebildeten Fachgutachter bringen neben ihren Kenntnissen über Qualitätsmanagementsysteme auch dezidierte Fachkenntnis in die Prüfung ein.²⁰

In mancher Hinsicht braucht man eine Zertifizierung/Akkreditierung, um sich nach außen zu repräsentieren, sowie um das eigene Qualitätsmanagementsystem aufrecht zu erhalten und weiterzuentwickeln. Dahinter steht das Bestreben, Qualitätsrisiken zu mindern und Probleme schon im Ansatz zu vermeiden. Zertifikate sind auch Voraussetzung geworden, da die Kunden einen Nachweis für Qualität verlangen.²¹

¹⁹ vgl. Gembrys, S.; Herrmann, J. 2009, S. 20ff

²⁰ vgl. <http://www.bvdh.de/public.php?id=24>

²¹ vgl. Gembrys, S.; Herrmann, J. 2009, S. 68f

Eines der am weitesten verbreiteten branchenneutralen Systeme, das Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem enthält, ist die DIN-ISO-9000 ff Norm.

Diese Norm erläutert die Grundlagen von Qualitätsmanagementsystemen und definiert Begriffe des Qualitätsmanagements.

Die ISO 9001 legt Anforderungen an die Gestaltung von Qualitätsmanagementsystemen fest. Unternehmen müssen ein System aufbauen, beschreiben und kontinuierlich verbessern.

Die ISO 9004 erweitert das Qualitätsmanagementsystem der ISO 9000, indem sie alle Interessenspartner des Betriebes einbezieht, um die Gesamtleistung, Effizienz und Wirksamkeit zu verbessern.²²

8 AUFBAU DER ISO 9001 NORM FÜR QUALITÄTSMANAGEMENT

Die ISO 9001 Norm ist in acht Kapiteln untergliedert. Im Kapitel eins bis drei finden sich Allgemeines, Grundlagen und Begriffe. Kapitel vier geht stark auf das Qualitätsmanagementsystem ein. Des Weiteren findet man ein Qualitätsmanagementhandbuch und den Grundsatz zur Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen. Kapitel fünf und sechs beschäftigen sich mit der Verantwortung der Leitung und dem Management von Ressourcen. Kapitel sieben der ISO 9001 Normen macht eine Aussage über die Produktrealisierung. Das letzte Kapitel beschäftigt sich mit Kennzahlen, Messung, Analyse und der ständigen Verbesserung.²³



Abbildung1:Prozessmodell der ISO 9001 : 2008²⁴

²² vgl. C. Conzen J. Freund G. Overlander 2009, S. 251

²³ vgl. Önorm EN ISO 9001, S. 5f

²⁴ Abbildung 1 http://www.paeger-consulting.de/html/iso_9001.html

8.1 Einleitung

Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems sollte eine strategische Entscheidung einer Organisation sein. Gestaltung und Verwirklichung werden beeinflusst durch das Umfeld, den Erfordernissen, den Zielen, ihrer bereitgestellten Produkte, Prozesse, Größe und Struktur.

Diese internationale Norm fördert den prozessorientierten Ansatz für die Entwicklung, Verwirklichung und Verbesserung der Wirksamkeit eines Qualitätsmanagementsystems, um die Kundenzufriedenheit durch die Erfüllung der Kundenforderungen zu erhöhen. Damit eine Organisation auch funktionieren kann, muss sie miteinander verknüpfte Tätigkeiten bestimmen, lenken und leiten.²⁵

Das in Abbildung 2 vorgestellte Modell eines prozessorientierten Qualitätsmanagementsystems verdeutlicht die Prozessverknüpfungen. Es kann auf alle Prozesse, die als „Planen - Durchführen - Prüfen - Handeln“ bekannte Methode angewandt werden (PDCA Plan - Do – Check - Act).

- Planen: Festlegen der Ziele und Prozesse
- Durchführen: Verwirklichen der Prozesse
- Prüfen: Überwachen und Messen von Prozessen und Produkten
- Handeln: Ergreifen von Maßnahmen zur ständigen Verbesserung

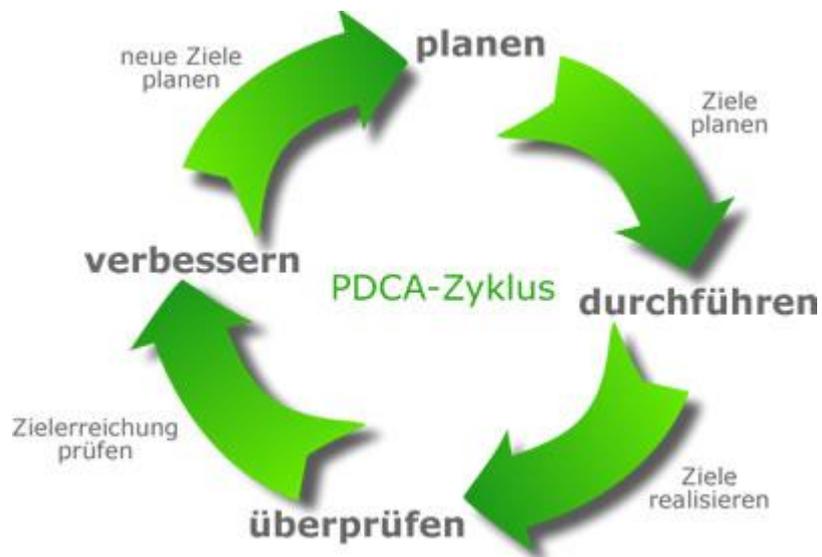


Abbildung 2: pdca_zyklus.gif²⁶

²⁵ vgl. Önorm EN ISO 9001, S. 5f

²⁶ http://www.rehazentrum.com/bilder/pdca_zyklus.gif

8.2 Kapitel vier: Qualitätsmanagementsystem

Allgemeine Anforderungen: Entsprechend den Anforderungen dieser Internationalen Norm, muss die Organisation ein Qualitätsmanagementsystem aufbauen, dokumentieren, realisieren, aufrechterhalten und ständig verbessern. Die Organisation muss die erforderlichen Prozesse, aber auch ihre Anwendung, Abfolge und Wechselwirkung festlegen. Prozesse die notwendig sind, sind Prozesse für Leitungstätigkeiten, Bereitstellung von Ressourcen, Produktrealisierung, Messung, Analyse und Verbesserung. Ebenso sind diese Prozesse in Übereinstimmung mit den Anforderungen dieser Internationalen Norm zu leiten und zu lenken.²⁷

Dokumentationsanforderungen: Die Dokumentation zum Qualitätsmanagement enthält dokumentierte Qualitätspolitik, Qualitätsziele, ein Qualitätsmanagementhandbuch, dokumentierte Verfahren und Aufzeichnungen. Der Umfang der Dokumentation und die Form wird von der Internationalen Norm nicht vorgegeben.

Lenkung von Dokumenten und Aufzeichnungen: Die vom Qualitätsmanagementsystem geforderten Dokumente und Aufzeichnungen (Nachweise) müssen gelenkt werden. Sie müssen lesbar, leicht erkennbar und wiederauffindbar bleiben. Veraltete Dokumente sind zu aktualisieren, jedoch zu verwahren, das heißt es sind Lenkungsmaßnahmen festzulegen, bezüglich Aufbewahrungsfrist, Aufbewahrungsschutz und Wiederauffindbarkeit.²⁸

8.3 Kapitel fünf: Verantwortung der Leitung

Das Qualitätsmanagement muss Kundenanforderungen (gemäß den gesetzlichen und behördlichen Anforderungen) ermitteln, mit dem Ziel der Erfüllung der Kundenzufriedenheit. Die Qualitätspolitik muss in einem Rahmen festgelegt sein, die in der Organisation vermittelt und verstanden wird, mit der Absicht, der ständigen Verbesserung der Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems. Das Qualitätsmanagement ist in geplanten Abständen zu bewerten, um dessen fortlaufende Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit sicherzustellen, ebenso müssen Verbesserungsmöglichkeiten und Änderungen möglich sein.²⁹

²⁷ vgl. Önorm EN ISO 9001, S. 9

²⁸ vgl. Önorm EN ISO 9001, S. 10f

²⁹ vgl. Önorm EN ISO 9001, S. 12

8.4 Kapitel sechs: Management von Ressourcen

Die Organisation muss die erforderlichen Ressourcen hinsichtlich Personal, Infrastruktur und Arbeitsumgebung ermitteln und bereitstellen. Das Personal, dessen Tätigkeiten die Erfüllung der Produkthanforderungen beeinflussen, muss aufgrund der Ausbildung, Schulung, Fertigkeiten und Erfahrungen kompetent sein. Zur notwendigen Infrastruktur gehören unter anderem Gebäude, Arbeitsplatz mit Versorgungseinrichtungen, Prozessausrüstungen (EDV) und unterstützende Dienstleistungen (Transport, Kommunikationssysteme).³⁰

8.5 Kapitel sieben: Produktrealisierung

Die für die Produktrealisierung erforderlichen Prozesse sind einzuführen, Dokumente zu erstellen, produktspezifische Mess- und Überwachungstätigkeiten sind festzulegen und die Erfüllung der Anforderungen sind zu dokumentieren. Dazu gehört ebenso die Ermittlung der Anforderungen an das Produkt (Spezifikation), eine Bewertung der Anforderungen (sind die Anforderungen ausreichend?) und auch die Kommunikation mit den Kunden (z. B. Umgang mit Kundenbeschwerden). Gegebenenfalls sind gesetzliche und behördliche Anforderungen an das Produkt zu berücksichtigen. Bei der Bewertung geht es um die Erfüllung der Vorgaben, der Problemerkennung und Produktion. Eine Verifizierung prüft, ob die Ergebnisse den Vorgaben entsprechen, eine Validierung ob das Produkt für den Gebrauch geeignet ist. Das Produkt ist während der gesamten Produktrealisierung, soweit angemessen zu kennzeichnen und zu überwachen (z. B. Kalibration in festgelegten Abständen). Aufzeichnungen über die Ergebnisse der Kalibrierung und Verifizierung müssen geführt werden.³¹

8.6 Kapitel acht: Messung, Analyse und Verbesserung

Die Organisation muss die Überwachungs-, Mess-, Analyse- und Verbesserungsprozesse planen und verwirklichen. Es müssen geeignete Methoden zur Überwachung und Messung der Prozesse angewendet werden. Produkte dürfen nur dann ausgeliefert werden, wenn sie den Produkthanforderungen entsprechen. Werden Produkthanforderungen nicht erfüllt, sind Maßnahmen zu ergreifen, um die festgestellten Fehler zu beseitigen.³²

³⁰ vgl. Önorm EN ISO 9001, S. 13f

³¹ vgl. Önorm EN ISO 9001, S. 14ff

³² vgl. Önorm EN ISO 9001, S. 20ff

9 AUDIT

Was ist ein Audit?

Zur internen Qualitätssicherung einer Organisation (Krankenanstalt) sollten Qualitätsaudits durchgeführt werden, um das Qualitätsmanagement weiter voranzutreiben. Ein dafür geeignetes Instrument zur Überprüfung ist ein Audit (audit engl. „Betriebsführung“). Generell unterscheidet man zwischen:

- **Systemaudit** (betrachtet das Managementsystem)
- **Prozessaudit** (betrachtet einzelne Prozesse)
- **Complianceaudit** (Überprüfung der Übereinstimmung mit einem Regelwerk)
- **Risikoprozessaudit** (im Sinne des Risikomanagements)

Ziel eines Audits ist der Nachweis der Wirksamkeit und Verwirklichung eines Qualitätsmanagementsystems (Soll – Ist - Vergleich). Ebenso können dadurch auch Verbesserungspotentiale und Schwachstellen frühzeitig identifiziert werden.

Durch interne Audits (First Party Audit) kann überprüft werden, ob die Vorgaben des Qualitätsmanagementsystems in der Praxis auch gelebt werden. Die Audits werden in der Regel durch Qualitätsmanagementbeauftragte durchgeführt. Die Zielsetzung des internen Audits, die Audittermine und die Zusammensetzung des Auditteams sind durch die Leitung der Einrichtung festzulegen, und im Auditplan zu dokumentieren.³³

Die Ergebnisse des Audits müssen in einem Auditbericht dokumentiert und der Leitung schriftlich zur Kenntnis gebracht werden. Alle Auditfeststellungen und Berichte spiegeln genau die Audittätigkeiten wieder. Auf diesen Grundlagen sind eventuell notwendige Maßnahmen zur Korrektur und/oder Verbesserung im Sinne einer Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems zu treffen.³⁴

Ziel des externen Qualitätsaudits (Second- oder Third – Party – Audit) ist die Prüfung der Normkonformität mit dem Qualitätsmanagementsystem und deren Bestätigung von außen. Dies passiert alle drei Jahre als Rezertifizierung. Während der Gültigkeit einer Zertifizierung überprüfen Überwachungsaudits die Aufrechterhaltung des Zertifikats.³⁵

³³ vgl. Weigert, J. 2010, S. 37f

³⁴ vgl. Weigert, J. 2010, S. 38

³⁵ vgl. TÜV Austria Akademie 2007

10 WAS BEDEUTET AKKREDITIERUNG?

Als Instrument für Qualitätsmanagement ist Akkreditierung ein Verfahren, wobei externe Visitoren feststellen, ob jene Standards erfüllt werden, welche die Sicherheit und Qualität der Patientenbehandlung erfüllen oder verbessern. Eine internationale Arbeitsgruppe, bestehend aus einem Arzt, einer Pflegefachkraft und einem Administrator, ist für die Entwicklung und Überarbeitung der JCI-Akkreditierungsstandards zuständig.

Es kann sich jedes Krankenhaus um eine JCI-Akkreditierung bewerben, die durch den Survey (Überprüfung durch ein Surveyorteam) vor Ort erfolgt, im Hinblick auf die Übereinstimmung mit den JCI Standards. Ein Antragsformular mit grundlegenden Informationen über die Einrichtung ist auszufüllen und bei der JCI einzureichen.

Die JCI und die Einrichtung legen das Surveydatum fest. Ein Spezialist aus dem Akkreditierungsressort fungiert als Kontaktperson, koordiniert die Planung und steht der Einrichtung für Fragen bezüglich Leit-/Richtlinien und Vorgehensweisen zur Verfügung. In der Akkreditierungsgebühr sind das Survey-Handbuch, die abgestimmte Agenda, das Surveyorteam (Arzt, Pflege, Administrator), die Berichte und das Zertifikat enthalten.³⁶

Accreditation entspricht dem deutschen Begriff Zertifizierung und ist die Bescheinigung der Konformität mit vorgegebenen Standards.³⁷

Der JCI-Akkreditierungssurvey (Dreijahressurvey) beinhaltet folgende Komponenten:

- Evaluierung der Dokumente, die die Erfüllung der Standards nachweisen
- Mündliche Informationen über die Implementierung
- Beobachtungen durch das Surveyorteam
- Tracermethode
- Schulungen über den Einhaltungsgang der Standards³⁸

10.1 Patiententracer - Systemtracer

Die Tracermethode (Begehung) ist das Kernstück für den Survey. Je nach Rahmenbedingungen der Einrichtung besucht das Surveyorteam verschiedene Abteilungen oder Bereiche.

³⁶ vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2007, S. 5ff

³⁷ vgl. <http://www.kabeg.at/1629.html>

³⁸ vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2007, S. 235ff

10.1.1 Patiententracer

Bei ausgewählten Patienten versucht man die bereitgestellten Behandlungsleistungen während eines Spitalsaufenthaltes nachzuverfolgen. Das Schnittstellenmanagement zwischen verschiedenen Disziplinen, Abteilungen, Programmen und Einheiten wird bewertet. Die Effizienz der relevanten Prozesse wird evaluiert und potentielle Ablaufmängel identifiziert.³⁹

Auswahlkriterien für Patiententracer:

- Patienten mit einer Diagnose aus einer der fünf häufigsten Diagnosegruppen
- Patienten, die unter mehrere Programme fallen (z.B. für ambulante Nachbetreuung, Transferierungen)
- Patienten mit Wechsel vom Krankenhaus in die Langzeitbetreuung

Vorgehensweise: Durchsicht der Krankengeschichte, Beobachtung der Patientenbetreuung, des Medikamentenprozesses, der Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe, der Behandlungsplanung, Befragungen des Patienten und/oder seiner Angehörigen.

10.1.2 Systemtracer

Systemtracer dienen der Bewertung eines spezifischen Systems oder Prozesses. Evaluiert wird die Leistungseffizienz von relevanten Prozessen, die Kommunikation zwischen Disziplinen und Abteilungen. Zu einem Systemtracer gehört auch ein interaktives Meeting zwischen Mitarbeitern aus dem Patiententracer.

Wichtig ist die Überprüfung von der Verwendung von Daten, auf welche Art und Weise ein Krankenhaus Daten sammelt, analysiert, interpretiert und sie für die Verbesserung der Patientenbetreuung einsetzt.

Bezugnehmend auf Infektionsprävention und Infektionskontrolle ist die Einhaltung der relevanten Standards zu überprüfen.

Die Kontinuität des Medikamentenmanagements wird bewertet, beginnend von der Arzneimittelbeschaffung bis zur Überwachung und der Wirkung auf den Patienten.

Der Qualitätsstandard des Klinikums Klagenfurt wurde bislang nach EN ISO 9001:2008 zertifiziert. Nachfolgend hat sich der KABEG Vorstand für die JCI als ein einheitliches Qualitätsmanagementsystem in allen KABEG-Häusern ausgesprochen. Daher liegt es nahe, detaillierter darauf einzugehen.

³⁹ vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2007, S. 5ff

11 JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI)

Die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) wurde 1951 in Chicago gegründet, wonach bislang über 20.000 Gesundheitseinrichtungen zertifiziert wurden. Die JCI als Tochtergesellschaft akkreditiert Krankenhäuser außerhalb der USA, deren Qualitätssicherungssystem speziell für das Gesundheitswesen entwickelt wurde. Die von der JCI vorgegebenen Standards sind in patientenbezogene und organisatorische Standards unterteilt. Sie umfassen klar geregelte einheitliche Abläufe bei der medizinischen und pflegerischen Betreuung des Patienten. Die JCI bewertet bei der Überprüfung sämtliche Abläufe von der Patientenaufnahme, über Untersuchungen, Behandlungen, bis hin zur Verlegung oder Entlassung des Patienten.⁴⁰

Übersicht der JCI:

- Internationale Patientensicherheitsziele
- Patientenorientierte Standards
- Organisationsorientierte Standards
- Standards - Anästhesie und chirurgische Behandlung

11.1 Internationale Patientensicherheitsziele

Ziel 1: Korrekte Identifizierung des Patienten

Der Patient soll verlässlich als jener identifiziert werden und die geplante Behandlung oder Dienstleistung auf ihn abgestimmt sein.

Ziel 2: Verbesserung der Kommunikationseffizienz

Die Kommunikation kann auf elektronischem Wege, mündlich oder schriftlich erfolgen. Mündliche oder telefonische Anweisungen werden vom Empfänger aufgeschrieben und vorgelesen („Read-back“-Methode).

Ziel 3: Verbesserung der Sicherheit von Hochrisikomedikamenten

Das wirksamste Mittel, um eine unabsichtliche Verabreichung von Hochrisikomedikamenten (z.B. Kaliumchlorid) zu verhindern, ist die Festlegung adäquater Standorte, ebenso eine eindeutige Beschriftung.⁴¹

⁴⁰ vgl. <http://www.gsund.net/cms/beitrag/10029957/1206076/?469920937&type=beitrag>

⁴¹ vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2007, S. 33ff

Ziel 4: Sicherstellung der Durchführung von Operationen an der richtigen Stelle, mittels des richtigen Verfahrens und am richtigen Patienten

Um dies zu gewährleisten muss eine klar verständliche Markierung zur Kennzeichnung des Operationsgebietes unter Einbeziehung des Patienten vorgenommen werden. Ebenso ist nachzuprüfen, ob alle erforderlichen Dokumente und Ausrüstungsgegenstände vorhanden sind. Ein Time-Out unter Einbeziehung des gesamten Operationsteams mittels Checkliste ist von Nöten.

Ziel 5: Verringerung des Risikos von HCA-Infektionen

Durch richtige Händedesinfektion nach allgemein anerkannten Guidelines für Prozesse, kann man das Risiko von HCA-Infektionen stark verringern.

Ziel 6: Verringerung des Verletzungsrisikos der Patienten durch Stürze

Die Sturzrisikoeinschätzung beurteilt das Sturzgeschehen, Medikamente, Alkoholkonsum und/oder eine Gang- und Balanceuntersuchung.⁴²

11.2 Patientenorientierte Standards

11.2.1 ACC (Access to Care and Continuity of Care) Zugang zur und Kontinuität der Behandlung

Aufnahme in die Einrichtung: Damit man die Patientenbedürfnisse mit dem Versorgungsauftrag und den Ressourcen der Einrichtung in Einklang bringt, unterzieht man beim Erstkontakt den Patienten einer orientierenden Untersuchung (Screening). Eine orientierende Aufnahmeuntersuchung hilft zu entscheiden, welche präventive, palliative, kurative oder rehabilitative Behandlungen gebraucht werden.

Kontinuität der Behandlung: Die Leiter der verschiedenen Bereiche arbeiten zusammen und implementieren Prozesse, welche die Kontinuität und Koordination der Patientenbehandlung gewährleisten.⁴³

Entlassung, Überweisung und Nachsorge: Der zuständige Arzt bestimmt wann der Patient zu entlassen ist, oder ob eine weitere Behandlungsnotwendigkeit bei einem medizinischen Spezialisten oder Therapeuten erforderlich ist.

⁴² vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2007, S. 36ff

⁴³ vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2007, S. 46ff

11.2.2 PFR (Patient and Family Rights) Patienten- und Familienrechte

Die Einrichtung entwickelt Verfahren, die die Patienten- und Familienrechte schützt. Es wird auch festgelegt, dass unter Umständen Informationen an Angehörige weitergegeben werden dürfen. Bei der Behandlung werden persönliche Werte und Glaubensvorstellungen berücksichtigt.

Es gibt Regelungen zum geeigneten Schutz für Kinder, körperlich und/oder geistig behinderter Personen und alter Menschen. Die Einrichtung respektiert die vertrauliche Behandlung von Patienteninformationen und deren Mitarbeiter kennen die Gesetze darüber.⁴⁴

Sterbende Patienten haben das Recht auf respektvolle und mitfühlende Behandlung am Lebensende. Patienten und Angehörige kennen die Rechte, wie mit Beschwerden und Konflikten bezüglich ihrer Behandlung umzugehen ist. Jeder stationäre/ambulante Patient erhält Informationen über seine Rechte in schriftlicher Form.⁴⁵

11.2.3 AOP (Assessment of Patients) Assessment von Patienten

Bei der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung durchlaufen Patienten einen standardisierten Prozess, um den Behandlungsbedarf zu ermitteln.

Um den Patientenbedürfnissen gerecht zu werden, sind Umfang und Inhalt von Assessments in Leit-/Richtlinien definiert.

Bei einem Notfall ist das medizinische und pflegerische Assessment auf die dringlichen Patientenbedürfnisse begrenzt. Wichtig dabei ist die Dokumentation aller medizinischen, pflegerischen Assessments in der Patientenakte. Die Intervalle, Kriterien der Re-Assessments sind vom Patientenzustand und dem Behandlungsplan abhängig. Nur qualifizierte Mitarbeiter führen medizinische und pflegerische Assessments durch.⁴⁶

11.2.4 COP (Care of Patients) Behandlung von Patienten

Die Patientenbehandlung ist die Hauptaufgabe einer Krankenanstalt. Dazu gehören Planung, Durchführung, Überwachung und Abschluss der Behandlung. Je nach Assessment kann die Patientenbehandlung präventiv, palliativ, kurativ oder rehabilitativ ausgerichtet sein.

⁴⁴ vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2007, S. 55ff

⁴⁵ vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2007, S. 63ff

⁴⁶ vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2007, S. 135ff

11.2.5 MMU (Medication Management and Use) Management und Gebrauch von Arzneimitteln

Auswahl und Beschaffung: Das Vorhandensein von Medikamenten hängt vom Versorgungsauftrag, den Patientenbedürfnissen und der Art der angebotenen Dienstleistungen ab. Eine Arzneimittelkommission ist für die laufende Wartung, Kontrolle der Arzneimittelliste und Überwachung des Verbrauchs zuständig.

Lagerung von Medikamenten: An jedem Ort der Medikamentenlagerung muss die Produktstabilität gewährleistet sein. Medikamente zur Medikamentenzubereitung müssen so gekennzeichnet sein, dass Inhalt, Ablaufdatum und Warnhinweise ersichtlich sind. Notfallmedikamente sind in allen Bereichen verfügbar, damit eine Notfallversorgung jederzeit gewährleistet ist. Ein Medikamentenrückrufsystem veranlasst eine eventuelle Rückholung von Medikamenten.

Anordnen und Übertragen: Eine gemeinsame Vorgehensweise regelt die sichere, vollständige, leserliche Anordnung und Übertragung von Medikamenten. Angeordnete Medikamente werden mit Dosierung und Verabreichungszeit in der Patientenakte dokumentiert.

Verabreichung von Medikamenten: Gesetzliche Bestimmungen legen fest, wer Medikamente verabreichen darf. Die sichere Verabreichung beinhaltet die Übereinstimmung der Anordnung, die Dosis, den Verabreichungszeitpunkt, die Applikationsart und die Identität des Patienten. Implementierte Verfahren regeln die Selbstmedikation der Patienten. Die Wirkungen einschließlich unerwünschter Nebenwirkungen werden überwacht und dokumentiert.⁴⁷

11.2.6 PFE (Patient and Family Education) Schulung von Patienten und deren Angehörigen

Gesundheitseinrichtungen schulen Patienten und Angehörige entsprechend ihres Versorgungsauftrages so, dass alle Patienten die eine Schulung benötigen, diese auch individuell erhalten. Anhand eines Einschätzungsverfahrens wird der Schulungsbedarf erhoben und in der Patientenakte dokumentiert.⁴⁸

⁴⁷ vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2007, S. 121ff

⁴⁸ vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2007, S. 135ff

11.3 Organisationsorientierte Standards

11.3.1 QPS (Quality Improvement and Patient Safety) Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit

Führung und Planung

Die Führung einer Einrichtung ist entscheidend für die Planung und Überwachung des Qualitätsverbesserungs- und Patientensicherheitsprogramms. Die Durchführung passiert abteilungsübergreifend unter Berücksichtigung der Organisationsstrukturen. Die Führungskräfte bestimmen die Prioritäten der Verbesserungs- und Sicherheitsmaßnahmen unter Einhaltung der Internationalen Patientensicherheitsziele.

Die regelmäßige Kommunikation und Schulung der Mitarbeiter über das Qualitätsverbesserungs- und Patientensicherheitsprogramm ist von großer Bedeutung.

Gestaltung von klinischen Prozessen und Managementprozessen

Sind Prozesse zu verändern oder neu zu implementieren, passiert dies anhand einer Vielzahl von Informationsquellen. Berücksichtigt werden unter anderem der Versorgungsauftrag, die Patientenbedürfnisse, aktuelle Leit-/Richtlinien, klinische Standards und evidenzbasierte Guidelines.

Klinische Pfade (Behandlungselemente) sind weitere Hilfsmittel um Behandlungsprozesse zu standardisieren⁴⁹

Verbesserungen

Aus der Datenanalyse lassen sich Verbesserungspotential oder Reduktion unerwünschter Ereignisse erkennen. Die Führungskräfte legen fest, in welchen Bereichen Verbesserungsmaßnahmen durchzuführen sind, mit Bereitstellung der notwendigen Ressourcen.

Zur Evaluierung von Beinahe-Fehlern und Hochrisikoprozessen findet ein Verfahren Anwendung, welches Fehler auflistet und zu entsprechenden Maßnahmen führt.⁵⁰

⁴⁹ vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2007, S. 143ff

⁵⁰ vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2007, S. 151ff

11.3.2 PCI (Prevention and Control of Infections) Prävention und Kontrolle von Infektionen

Schwerpunkt des Programms

Zur Herabsetzung des Risikos von HCA-Infektionen (im Krankenhaus erworbene Infektionen) bei Patienten und Mitarbeitern von Gesundheitseinrichtungen existiert ein umfassendes Programm. Schwerpunktmäßig sind epidemiologisch wichtige Infektionen sowie bestimmte Geräte und Verfahren hervorzuheben (Atemwegsinfekte, zentrale Venenwege). Die Überprüfung und Überwachung spiegelt sich in Leit-/Richtlinien und Schulungen wieder.

Das Infektionsrisiko wird durch entsprechende Reinigung, Desinfektion und Sterilisation reduziert. Ebenso führen das Verwenden von Einwegartikeln und die richtige Wäschegebarung zu einer Verringerung. Reinigungsvorgänge für Geräte laufen unmittelbar nach Gebrauch und klarem Protokoll ab. Die Entsorgung von infektiösem Abfall, Körperflüssigkeiten und Blut wird so gehandhabt, dass das Übertragungsrisiko minimiert wird. Scharfe Gegenstände und Nadeln werden in den dafür vorgesehenen Behältern entsorgt.

Isolationsverfahren

Patienten mit Infektionskrankheiten oder Immunsuppression werden nach empfohlenen Guidelines isoliert, wobei Mitarbeiter mit deren Umgang entsprechend geschult werden.

Schutzmaßnahmen und Händehygiene

Sachgemäße Händedesinfektion, Oberflächendesinfektion und der richtige Umgang mit Schutzausrüstung (Handschuhe, Masken) sind für die Prävention und Kontrolle von Infektionen von fundamentaler Bedeutung.

Schulung von Mitarbeitern im Infektionskontrollprogramm

Sämtliche Mitarbeiter der Einrichtung, Patienten und Angehörige werden in den Praktiken der Infektionskontrolle laufend geschult. Zur Orientierung stehen Verfahren und Praktiken des Programms zur Verfügung.⁵¹

⁵¹ vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2007, S. 165ff

11.3.3 GLD (Governance, Leadership and Direction) Steuerung, Führung und Leitung

Die Steuerungsstruktur und Führung wird in einem Organigramm (graphische Darstellung) mit allen Verantwortlichkeiten und Namen dargestellt. Das Steuerungsgremium genehmigt, überprüft und veröffentlicht den Versorgungsauftrag. Die Genehmigung des Qualitäts- und Patientensicherheitsplans obliegt ebenfalls der Steuerung.

Die leitende Direktion ist verantwortlich für die Rechtskonformität, für die Reaktion auf Berichte von Kontrollbehörden und für die Prozesse zur Führung und Kontrolle von Mitarbeitern, finanziellen und anderen Ressourcen. Die Führungskräfte arbeiten an Plänen und Verfahren, um dem Versorgungsauftrag nachzukommen. Die Leiter der Einrichtung planen medizinische Leistungen so, dass sie den Patientenbedürfnissen entsprechen. Jeder Einrichtung ist bekannt, welche empfohlene (z. B. von Berufsverbänden) Ausstattung, Verbrauchsgüter und Medikamente benötigt werden.⁵²

Ethik innerhalb der Einrichtung

Die Führungskräfte etablieren ethische und rechtliche Normen und schaffen Rahmenbedingungen für Ethik (z. B. Organspende). Es gibt klare Leit-/Richtlinien für Aufnahme, Verlegung und Entlassung (korrekte Abrechnung).⁵³

11.3.4 FMS (Facility Management and Safety) Anlagenmanagement und Sicherheit

Geplant wird nach Bedarf, Ausstattung und erforderlichen Ressourcen unter Berücksichtigung aller relevanten Gesetze. Die Einrichtung implementiert Pläne, damit bei baulichen Aktivitäten Schutz und Sicherheit für den laufenden Betrieb gegeben ist.

Ein Notfallmanagementplan sieht den Umgang mit möglichen Katastrophen und Epidemien vor, jährliche Übungen sollen die Umsetzung realisieren. Ein Brandschutzplan beinhaltet einen Evakuierungsplan, jährliche Brandschutzübungen für die Mitarbeiter, häufige Inspektionen von Brandschutz- und Sicherheitseinrichtungen.

Damit Wasser und Elektrizität täglich 24 Stunden verfügbar sind, werden regelmäßig Notfallsysteme getestet und dokumentiert.⁵⁴

⁵² vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2007, S. 173ff

⁵³ vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2007, S. 181ff

⁵⁴ vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2007, S. 187ff

11.3.5 SQE (Staff Qualifications and Educations) Mitarbeiterqualifikation und Weiterbildung

Die Personalbesetzung erfolgt nach Versorgungsauftrag, dem Leistungsauftrag und der angewandten Technologien der Einrichtung. Für Mitarbeiter, die nicht eigenverantwortlich arbeiten dürfen, liegt eine Arbeitsplatzbeschreibung vor, nach der er jährlich bewertet wird. Der laufende Schulungsbedarf wird identifiziert, entsprechende Nachschulungen angeboten und die erworbenen Fähigkeiten alle zwei Jahre überprüft. Ein Arbeitssicherheitsprogramm sieht vor, welche Maßnahmen zu setzen sind bei Nadelstichverletzungen und Kontakt mit infektiösen Erregern. Ärzte, die Patienten ohne Aufsicht behandeln dürfen, sind alle drei Jahre zu prüfen, ob Zulassung, Zertifizierung und Registrierung aktuell sind. Die Berechtigungsnachweise (Zulassung, Ausbildung, Weiterbildung und Erfahrung), die den Mitarbeiter der Pflege zur Ausübung seiner Tätigkeit berechtigen, werden verifiziert und dokumentiert.⁵⁵

11.3.6 MCI (Management of Communication and Information) Kommunikations- und Informationsmanagement

Die Kommunikation umfasst Informationen über das Leistungsangebot, Öffnungszeiten, Zugang zur Behandlung und Qualität der Leistungen. Um die Behandlungsbedürfnisse der Patienten zu erfüllen, sind vollständige Informationen über Zugangsmodalitäten, angebotenen Behandlungen und Leistungen der Einrichtung nötig. Schulungen von Patienten finden in verständlicher Form und Sprache (Dolmetsch) statt.

Der Versorgungsauftrag der Einrichtung, die Strategien, Ziele, Leit- und Richtlinien werden zeitgerecht und effektiv intramural und extramural kommuniziert. Es wird Wert auf Kooperation und Kommunikation gelegt. Wichtige Informationen über die Patientenbehandlung können mündlich, schriftlich oder elektronisch übermittelt werden. Die Planung für das Informationsmanagement richtet sich nach der Größe der Einrichtung, der Komplexität der Leistungen und den vorhandenen Ressourcen. Gemäß der Gesetzgebung wird Informationssicherheit einschließlich Datenschutz gewährleistet. In einer Richtlinie ist die Aufbewahrungsfrist von Daten und Akten geregelt. Durch regelmäßige Stichproben werden die Patientenakten überprüft⁵⁶

⁵⁵ vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2007, S. 203ff

⁵⁶ vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser 2007, S. 226ff

Nach vorangegangener ausführlicher Zusammenfassung der Joint Commission Akkreditierungsstandards, folgt eine Beschreibung einer Begehung in der Diabetesambulanz (Patiententracer/Systemtracer).

12 TRACERPROTOKOLL

Exemplarische Aufbereitung der JCI in Form eines Patiententracers/Systemtracers.

Begehung am: 11.04.2011

Dauer: 12:30 Uhr bis 14:30 Uhr

Patiententracer/Systemtracer: männlicher Patient (Fallnummer:1100000010), zur Erstvorstellung in der Diabetesambulanz

Team der Begehung: MAS Fugger Christine, DGKS Guggi Klaudia, DGKS Heilig Evelin, DGKS Wulz-Pörtsch Brigitte

Anhand einer folgenden „Prozessdarstellung“ wird versucht eine Gegenüberstellung vom IST (ISO 9001:2008) bzw. SOLL (JCI) abzubilden.

Beschrieben wird der Weg des Patienten von der primär telefonischen Terminvereinbarung, über das Betreten des Klinikums bis zur Versorgung in der Diabetesambulanz.

12.1 Exemplarische Aufbereitung der JCI in Form eines Tracers (A3 Format im Anhang)

	Dokumentation	Verantwortung	Beschreibung	Bedeutung/ Was fällt auf?	JCI	fehlende/vorhandene Messelemente
Terminisierung	KIS	Leitstelle 2	Hausarzt erkennt die Notwendigkeit einer Vorstellung in der Diabetesambulanz Telefonische Terminvereinbarung durch die DGKS mit Wegbeschreibung	Dem Patienten wird auch mitgeteilt, Zuweisung und Vorbefunde mitzubringen.	GLD-Steuerung/Führung/Leitung Bedarfsgerechte Versorgung nach Versorgungsauftrag (Spezialeinrichtung)	Terminkalender
Betreteten		Patient	Patient kommt mit dem Bus und betritt unmittelbar das CMZ über den Haupteingang		MCI-Kommunikation und Informationsmanagement. Es erfolgen Informationen intra- und extramural, um den Zugang zu den nötigen Behandlungen zu ermöglichen.	
Information	Plan	MA Info-Point	Mündliche Information und aushändigen eine Übersichtsplanes	Anhand der Übersichtstafel kann man sich schwer orientieren.		Standpunkt nicht zu erkennen
Anmeldung	KIS	Leitstelle 2	Patientendaten werden elektronisch mit e-card erfasst und der Patient wird der Diabetesambulanz zugewiesen	Richtigen Abstand halten ist schwierig, da Bodenmarkierung fehlt. Einscannen von Zuweisung und Befunden	MCI-Datenschutz und Vertraulichkeit von Informationen werden gewährleistet	Datenschutz nicht gegeben
Aufruf		DGKS	Mündlicher Aufruf durch die DGKS	Patient wird nach seinem Namen gefragt	MCI-Korrekte Identifizierung des Patienten	e-card
Erstvorstellungsgespräch	KIS	DGKS	Erstvorstellungsgespräch: Eingabe von Anamnese, Prämedikation, Befunde, Körpergewicht, Körpergröße und Blutdruck	Mitgebrachte Befunde werden manuell ins KIS (ORBIS) übertragen	AOP-Assessment von Patienten FMS- Anlagenmanagement und Sicherheit	Dokumentation und Wartung von Medizinprodukten (Waage)
Diagnostik	KIS	DGKS	Das Assessment erfolgt von einer DGKS mit Zusatzausbildung (Diabetesberater)		SQE-Mitarbeiterqualifikation und Weiterbildung. Die Einrichtung trifft die geeignete Auswahl qualifizierter Mitarbeiter	Dokumentierte Personalinformation über Mitarbeiter liegt vor
Warten		Patient	Patient wird aufgefordert im Warteraum Platz zu nehmen			Termintreue
Arztaufruf		Arzt	Anhand vorliegender Befunde, klinischer Untersuchung kann der Behandlungsbedarf ermittelt werden		AOP-Behandlungsbedarf wird ermittelt, Dokumentation der Assessments	
Ärztliche Untersuchung	KIS	Arzt	Vidierung des Erstvorstellungsgesprächs durch den Arzt. Diagnosenstellung durch den Arzt		AOP-Behandlungsplan wird entwickelt MCI-Verwendung eines standardisierten Diagnosecodes	
Kontrolltermin	KIS	Arzt	Terminvergabe durch den Arzt	Eintragen des Kontrolltermins im Terminbuch und in der Ambulanzkarte des Patienten	ACC-Zugang zur Kontinuität der Behandlung, Ermittlung der Patientenbedürfnisse, Anweisungen für die Nachsorge	Entlassungsbericht für den Hausarzt

12.2 Maßnahmenplan

SOLL Vorgaben nach JCI (messbare Elemente)	vollständig vorhanden	teilweise vorhanden - Maßnahmen	Verantwortung
Terminisierung			
<u>GLD-Steuerung, Führung und Leitung</u>			
Die Steuerungsstruktur ist schriftlich festgelegt-GLD.1	ja		
Es existiert ein Organigramm der Strukturen-GLD.1		Prozessdarstellung geht nicht ins Detail	QM , BO
Das Steuerungsgremium genehmigt den Versorgungsauftrag-GLD.3	ja		
Die Führungskräfte bestimmen die Art der Patientenbehandlung und die von der Einrichtung zu erbringenden Leistungen- GLD.3		Selbstentscheidung des Oberarztes aus Bedürfnis des Patienten heraus; Erstellung von Behandlungspfaden	Abteilungsleiter
<u>MCI-Kommunikations- und Informationsmanagement</u>			
Die Einrichtung stellt Informationen über das Leistungsangebot, Betriebszeiten und das Verfahren für den Zugang zur Behandlung zur Verfügung- MCI.1	ja		

SOLL Vorgaben nach JCI (messbare Elemente)	vollständig vorhanden	teilweise vorhanden - Maßnahmen	Verantwortung
Die Kommunikation ist überall innerhalb der Einrichtung effektiv-MCI.4		Kann nicht beurteilt werden; Effektivität wird auf verschiedene Art und Weise festgelegt	Sämtliche Berufsgruppen
Es existiert eine effektive Kommunikation mit externen Einrichtungen-MCI.4		Mehr Kooperation mit niedergelassenen Ärzten und Gesundheitseinrichtungen	Medizin, Pflege
Anmeldung			
Die Einrichtung hat eine Leit-/Richtlinie betreffend Informationssicherheit und Datenschutz-MCI.9	ja		
Die Einhaltung der Leit-/Richtlinie wird überwacht-MCI.10		Stichprobenartig durch die Interne Revision	
Die Patienten werden vor der Durchführung von Behandlungen identifiziert-Patientensicherheitsziel 1		Anlegen eines Patientenidentifikationsbandes bei ambulanten Patienten (Pilotprojekt); Anhand der Versicherungskarte, Patient müsste aufgefordert werden, seinen Namen und das Geburtsdatum wieder zu geben	KH-Leitung

SOLL Vorgaben nach JCI (messbare Elemente)	vollständig vorhanden	teilweise vorhanden - Maßnahmen	Verantwortung
Erstvorstellungsgespräch			
<u>AOP-Assessment von Patienten</u>			
Leit-/Richtlinien definieren die Assessment- Informationen, die für die Aufnahme ambulanter Patienten festgehalten werden müssen-AOP.1		Leit-/Richtlinien fehlen, Erstvorstellungsprotokoll und Verlaufsprotokoll sind im Orbis abrufbar.	Medizinische Leitung
Umfang und Inhalt von Assessments sind schriftlich definiert-AOP.1		Definitionen fehlen, SOPs (Standards) gibt es derzeit nur in der Notfallmedizin; Zusammenarbeit von Medizin und Pflege ist erforderlich	Medizinische Leitung
<u>FMS Anlagenmanagement und Sicherheit</u>			
Die Handhabung von Medizinprodukten erfolgt nach einem Plan-FMS.8	ja		
Eine Inventarliste für alle Medizinprodukte liegt vor- FMS.8	ja		
Medizinprodukte werden regelmäßig inspiziert-FMS.8	ja		

Soll Vorgaben nach JCI (messbare Elemente)	vollständig vorhanden	teilweise vorhanden - Maßnahmen	Verantwortung
<u>SQE-Mitarbeiterqualifikation und Weiterbildung</u>			
Die erwünschte Ausbildung, die erforderlichen Fähigkeiten und das notwendige Wissen der Mitarbeiter sind festgelegt. Die Aufgaben jedes Mitarbeiters werden in einer Arbeitsplatzbeschreibung definiert-SQE.1	ja		
Für jeden Mitarbeiter werden Personalinformationen geführt-SQE.5	ja		
Ärztliche Untersuchung			
<u>AOP Assessment von Patienten</u>			
Das erste Assessment führt zur ersten Diagnose- AOP.1.2		Medizinische Bedürfnisse sind zu ermitteln; Leit-/Richtlinien fehlen	KH-Leitung
Die medizinischen Bedürfnisse beruhen auf einem dokumentierten Status-AOP.1.5	ja		

SOLL Vorgaben nach JCI (messbare Elemente)	vollständig vorhanden	teilweise vorhanden - Maßnahmen	Verantwortung
<u>MCI Kommunikation- und Informationsmanagement</u>			
Es werden standardisierte Diagnosecodes verwendet- MCI.13	ja		
Es werden standardisierte Leistungscodes verwendet- MCI.13		Derzeit existieren Hauskataloge	Abteilungsleitung
Für jeden Patienten wird eine Patientenakte angelegt- MCI19	ja		
Patientenakte beinhalten Informationen, um den Patienten zu identifizieren- MCI.19.1	ja		
<u>ACC Zugang zur und Kontinuität der Behandlung</u>			
Ein Entlassungsbericht wird bei der Entlassung von einer qualifizierten Person erstellt- ACC.3.2	ja		
Eine Kopie erhält der für die Nachsorge zuständige niedergelassene Arzt-ACC.3	ja		

13 RESÜMEE

Jedes Qualitätsmanagementsystem hat seine Vorteile bzw. Schwachstellen. Entscheidend dabei ist nicht die Wahl des Qualitätsmanagementsystems, ob Zertifizierung oder Akkreditierung, sondern ob das Qualitätsmanagement gelebt wird. Das gemeinsame Ziel einer Zertifizierung bzw. Akkreditierung ist die Aufrechterhaltung und Prüfung der Standards. Oberstes Ziel, einen hohen Qualitätsstandards auch zu halten, ist es, sich ständig zu verbessern und die Patientensicherheit immer vor Augen zu haben.

Der Prozess der Implementierung der Joint Commission International im Klinikum setzt die Bereitschaft zu Veränderungen auf allen Ebenen voraus. Die Arbeit im Qualitätsmanagement stellt eine enorme zeitliche und inhaltliche Herausforderung an die Mitarbeiter und Führung dar.

Um in absehbarer Zeit nach den Vorgaben der Joint Commission International zu arbeiten, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine wichtige Aufgabe der Führungskräfte, ebenso die Schulungen und Fortbildungen der Mitarbeiter.

„only what you measure get's improved“ (Nur was du misst, kannst du wirklich verbessern) Patrick T. Robson

14 LITERATURVERZEICHNIS

Conzen, C.; Freund, J.; Overlander, G. (2009): Pflegemanagement heute, Verlag Urban und Fischer

Gembrys, S.; Hermann, J. (2009): Qualitätsmanagement, 2. Auflage, Rudolf Haufe Verlag München

Glaap, W. (1993): Iso 9000 leichtgemacht: praktische Hinweise und Hilfen zur Entwicklung und Einführung von QS-Systemen, Carl Hanser Verlag München Wien

Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser (2007): 3. Auflage, deutsche Übersetzung, Villach, Sanicademia

Önorm EN ISO 9001

ÖVQ Qualitätsmanagementsysteme im Gesundheitswesen (Juni 2002)

Qualitätsentwicklung in der Pflege, (1996): Abschlussbericht Bd.79, S. 24

Schulungsunterlagen Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (2011)

TÜV Austria Akademie 2007

Weigert, J. (2010): 100 Tipps für die Qualitätssicherung in der stationären und ambulanten Pflege, 2. Auflage, Hannover, Brigitte Kunz Verlag

Spieker, P.:

<http://www.spieker.biz/qualitaetsmanagement/grundlagen> (16.02.2011, 10:15 Uhr)

Wikipedia:

http://de.wikipedia.org/wiki/Hammurapi_I (17.04.2011, 09:00 Uhr)

Bundesgesetzblatt I, Nr. 132:

<http://www.goeg.at/cxdata/media/download/GOeGG-Bundesgesetzblatt.pdf> (17.04.2011, 09:33 Uhr)

Bundesministerium für Gesundheit:

http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/
(25.04.2011, 13:21 Uhr)

Forum Qualitätssicherung in der Diabetologie:

<http://www.fqsd.at/cms/de/hintergrund/qualitaetsmanagement.html> (25.04.2011, 13:24 Uhr)

Berufsverband Deutscher Humangenetiker e. V.:

<http://www.bvdh.de/public.php?id=24> (25.04.2011, 14:21 Uhr)

LKH Villach:

<http://www.kabeg.at/1629.html> (03.06.2011, 08:12 Uhr)

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m. b. H.:

<http://www.gsund.net/cms/beitrag/10029957/1206076/?469920937&type=beitrag>
(03.06.2011, 08:16 Uhr)

15 ANHANG

Exemplarische Aufbereitung der JCI in Form eines Tracers