

**SPEZIELLE ZUSATZAUSBILDUNG IN DER
INTENSIVPFLEGE**

19. März 2012 bis 14. September 2012

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

**Risikoprävention durch standardisiertes
Qualitätsmanagement**
Patientensicherheit auf ICU

vorgelegt von: Kristina Abuja
LKH Villach
Anästhesie Intensivstation

begutachtet von: OSr. Patricia Adunka
LKH Villach
Anästhesie Intensivstation

Juli/2012

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.

Feistritz, 7. April 2012

KURZZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Abschlussarbeit wird versucht die Frage über präventive Strategien, in Bezug auf Risiken auf der Intensivstation zu beantworten. Hierzu wurde unter anderem die Fachliteratur von Heike Anette Kahla-Witzsch „Praxiswissen Qualitätsmanagement im Krankenhaus“ herangezogen, um Grundlagen sowie das Gesetz des Qualitätsmanagements als Voraussetzung zu beschreiben. Da alle Mitarbeiter im Gesundheitswesen mit diesem Thema konfrontiert sind und dies auf gute Zusammenarbeit aufbaut, befasst sich ein Teil dieser Arbeit mit der Motivation von Mitarbeitern. Als gemeinsames Ziel kann, so im nächsten Punkt dargestellt, eine externe Überprüfung motivierend sein, welche durch die Internationale Joint Commission durchgeführt wird.

Überleitend zu den Grundlagen des Risikomanagement wird als weiteren wichtigen Teil dieser Arbeit die Integration des Risikomanagements ins Qualitätsmanagement näher gebracht, da beide Systeme ganzheitlich betrachtet werden sollten um ein sicheres Management im Krankenhaus zu gewährleisten. Baustein dafür sind die gesetzlichen Bestimmungen und Vorgaben, auf welche eingegangen wird. Kurz wird auch dargestellt wie QM und RM im Landeskrankenhaus Villach umgesetzt wird. Nach der Bearbeitung von Standards der externen Qualitätssicherung „Joint Commission International“ speziell für den Intensivbereich wird die Fragestellung wie Risiken auf der ICU vorgebeugt bzw. reduziert werden beantwortet. Ein weiterer Punkt beschäftigt sich mit der Patientensicherheit, welche laut Joint Commission an oberster Stelle steht. Im Anhang wird eine aktuell Leitlinie von der Abteilung für Intensiv- Anästhesiemedizin als Beispiel für Standards und Checklisten gezeigt. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Arbeit auf die Verwendung von geschlechtsspezifischen Bezeichnungen verzichtet. „Patient“ gilt grundsätzlich für beide Geschlechter.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ICU	Intensivstation
JCI	Joint Commission International
RM	Risikomanagement
QM	Qualitätsmanagement
LKH	Landeskrankenhaus
Bzw.	beziehungsweise
Etc.	ecetera
Abs.	Absatz
z.B.	zum Beispiel
ca.	circa
IPSZ	Internationale Patientensicherheitsziele
KH	Krankenhaus
EKG	Elektrokardiogramm
QS	Qualitätssicherung
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
USA	United States of America
Anm.	Anmerkung

TABELLEN UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Qualität als Managementaufgabe

Johannes et al, 2011, S8.

Abb. 2: Qualitätsmodell

wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/b/ba/Struktur_prozess_ergebnis.jpg/300px-Struktur_prozess_ergebnis.jpg, 21.4.2011, 20:00Uhr.

Abb. 3: Qualitätspyramide LKH Villach

http://vilxap01/lkh_files/im/968_QS-Pyramiede.pdf, 29.6.2012, 18:00Uhr.

Abb. 4: Integriertes Risikomanagement

http://www.uksh.de/uksh_media/Dateien_Verwaltung/QRM/IRM/IRM+Logo-width-250-height-247.jpg, 20.5.2012, 12:30Uhr.

Abb. 5: Risikomatrix

<http://blog.setzwein.com/wp-content/uploads/2008/10/bild-3.png> 2.5.2012, 11:00Uhr.

INHALTSVERZEICHNIS

0. VORWORT	7
1. EINLEITUNG.....	8
2. GRUNDLAGEN DES QUALITÄTSMANAGEMENT	9
2.1. Definition	9
2.1.2. subjektive und objektive Qualität.....	10
2.2. Qualitätsmodell nach Donabedian.....	10
2.2.1. Strukturqualität.....	10
2.2.2. Prozessqualität.....	11
2.2.3. Ergebnisqualität.....	11
2.3. QM im LKH Villach.....	12
2.4. Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen.....	13
3. QM BETRIFFT UNS ALLE	15
3.1. Was ist Motivation.....	15
3.2. Motivation durch ein gemeinsames Ziel.....	16
4. DIE ZERTIFIZIERUNG/AKKREDITIERUNG.....	17
4.1. JCI.....	18
4.1.1. Internationale Patientensicherheitsziele.....	19
4.1.2. JCI Standards im Intensivbereich.....	20
4.1.3. PCI Standard.....	21
5. EINGLIEDERUNG DES RISIKOMANAGEMENT IN DAS QUALITÄTSMANAGEMENT.....	21
6. GRUNDLAGEN DES RISIKOMANAGEMENT	22
6.1. Definition Risiko/Gefahr.....	22
6.2. Das ganzheitliche Risikomanagement.....	23
6.3. Der Risikomanagementprozess.....	24
6.3.1. Identifizierung.....	24
6.3.2. Analysieren.....	25
6.3.3. Bewerten.....	26
6.3.4. Bewältigen.....	26
6.3.5. Berichten.....	27
6.4. RM im LKH Villach.....	27
6.5. Rechtliche Grundlagen und Anforderungen im Gesundheitswesen.....	27
7. PATIENTENSICHERHEIT	29
7.1. Sicherheit und Qualität - Gemeinsamkeiten oder Unterschiede.....	30
7.2. Die Einbindung des Patienten als Sicherheitsstrategie.....	31
8. ZUSAMMENFASSUNG DER ARBEIT.....	32
9. LITERATURVERZEICHNIS	33
10. ANHANG.....	35

0. VORWORT

Im Zuge meiner Tätigkeit auf der Intensivstation sowie auch im privaten Bereich, werde ich täglich mit Qualität und Risiko konfrontiert. Auch der Patient will mittlerweile als Kunde gesehen werden. Er legt immer mehr Wert auf gute Qualität im Krankenhaus und verfolgt vermehrt Medienberichte, in welchen „Fehler“ im Gesundheitswesen diskutiert werden. Da sich Betroffene gerade auf der Intensivstation in einer extremen Ausnahmesituation befinden, ist es eine verantwortungsvolle Aufgabe der Intensivkrankenschwester dem Patienten Sicherheit zu vermitteln. Dies kann nur dann vermittelt werden, wenn sich die Fachkraft selbst sicher ist. Daher beschäftige ich mich mit der These, dass Standards und Checklisten der externen Qualitätssicherung „JCI“ einen wichtigen Beitrag zur Sicherheit gegenüber Mitarbeitern und Patienten leisten und somit für eine gute Qualität sorgen sowie Risiken vorbeugen. Der Mensch im Krankenhaus ist ständig einer Gefahr ausgesetzt, und somit abhängig von anderen Menschen.

Im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich einer diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester ist gesetzlich vorgegeben Gesundheitsförderung zu leisten. Für mich gehören Themen wie Qualitäts- und Risikomanagement als wichtige Bestandteile dazu und dürfen nicht in den Hintergrund gestellt werden. Da ich während meiner Zusatzausbildung in der Intensiv- Anästhesiepflege die Möglichkeit habe, mich mit einem wichtigen und interessanten Thema auseinanderzusetzen, treffe ich den Entschluss die oben angeführten Managementformen zu bearbeiten. Damit ich in weiterer Folge durch das angeeignete Wissen dem Patienten Sicherheit vermitteln, gute Qualität gewährleisten und Risiken vermindern kann. (Anm. der Verfasserin).

Mein Dank gebührt an erster Stelle meiner Oberschwester, Frau Patricia Adunka, welche als sehr gute Führungskraft mit ihrer kompetenten und freundlichen Betreuung und ihrem weitgreifendem Wissen, eine große Unterstützung war. Außerdem möchte ich dem Team des Bildungszentrums Klagenfurt für die geduldige Unterstützung danken. Besonders möchte ich meiner Familie danken, welche mir viel Arbeit während meiner Ausbildung abgenommen hat und in jeder Hinsicht eine Unterstützung war.

1. EINLEITUNG

Mittlerweile sind alle Krankenhäuser verpflichtet Qualitätsmanagement durchzuführen und weiterzuentwickeln. Die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems in einem Krankenhaus und die Auswahl eines Modells richtet sich nach den besonderen Zielen, der Größe und Struktur des Krankenhauses und nicht zuletzt nach den Patientenerwartungen sowie den Erwartungen anderer „Kunden“, wie zuweisende Ärzte oder Nachsorgeeinrichtungen. So ist ein Qualitätsstandard im Krankenhaus für den Patienten immer mehr von Wichtigkeit und wird auch in der Öffentlichkeit in den Vordergrund gestellt (vgl. Kahla-Witzsch H.A. 2009, S21). Prinzipien eines umfassenden Qualitätsmanagement, wie Patienten- und Mitarbeiterorientierung, Fehlervermeidung, Prozessorientierung, kontinuierlicher Verbesserungsprozess und weitere sind im Sinne des Gesetzgebers zu berücksichtigen (vgl. Kahla-Witzsch H.A. 2009, S27). Für den Umgang mit Leistungen, aber auch Fehlleistungen, benötigen Organisationen zusätzlich eine Fehler-, und Sicherheitskultur sowie ein Risikomanagement, da es um Patientensicherheit durch Fehlervermeidung geht (vgl. Kahla-Witzsch H.A. 2009, S59).

Daraus ergibt sich folgende Fragestellung:

- Wie können Risiken auf der Intensivstation vorgebeugt werden?

Mit Hilfe von verschiedener Fachliteratur und der 4. Auflage der externen Qualitätssicherung „JCI“ wird die Beantwortung dieser Frage in den nachstehenden Kapiteln vorgenommen.

Ziel dieser Abschlussarbeit ist es, den Mitarbeitern im Krankenhaus die Arbeit mit dem Qualitäts- und Risikomanagement zu erleichtern. Eine gute Zusammenarbeit sowie Motivation der Verantwortlichen ermöglichen die Umsetzung von Patienten- und Arbeitssicherheit. Ich möchte mir durch das Schreiben dieser Arbeit ein gutes theoretisches Wissen aneignen und dies dann in der Praxis bestmöglich umsetzen. Weiters möchte ich zukünftig wertvolle Informationen weitergeben können (Anm. der Verfasserin).

2. GRUNDLAGEN DES QUALITÄTSMANAGEMENT

Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser, Qualitätssicherung ist am besten (Anm. des Verfassers).

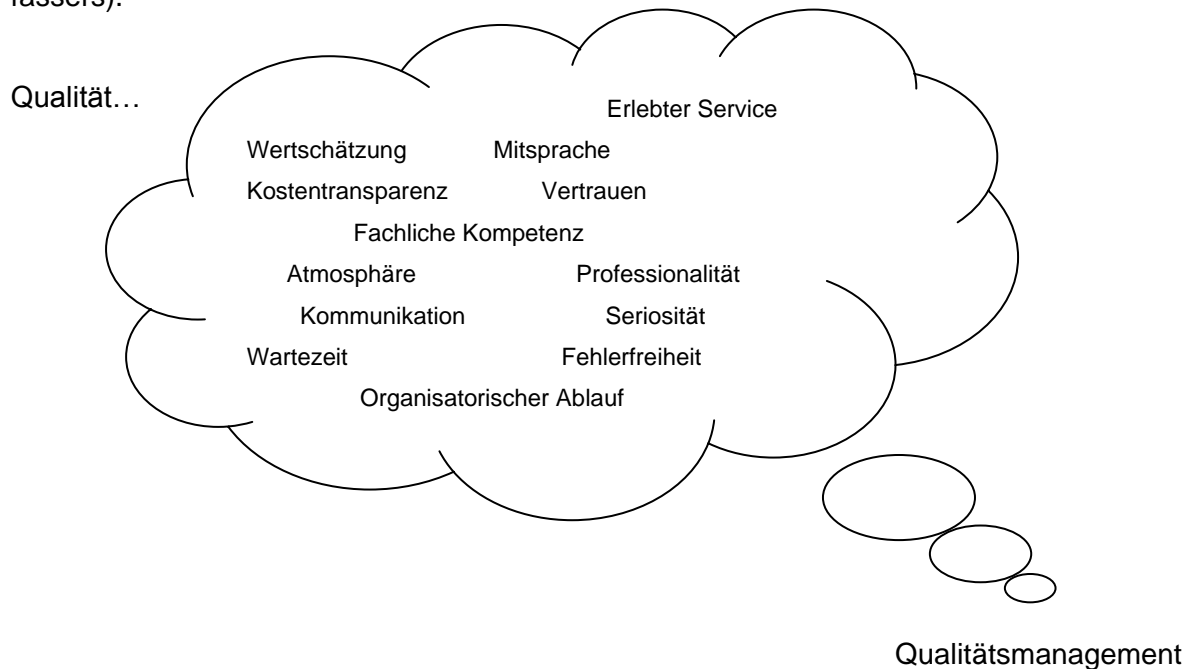


Abb. 1.: Qualität als Managementaufgabe, Johannes et al, 2011, S8.

2.1. Definition

Der Begriff Qualität wird in der Literatur sehr unterschiedlich beschrieben. Qualität heißt auf lateinisch *qualis*, auf Deutsch wie beschaffen. Dieser Wortstamm ist grundsätzlich wertneutral zu behandeln (vgl. http://ecampus.uibk.ac.at/planetefix/M5/2_Wesentliche_Fachbegriffe/20_03_Qualitaet.htm, 10:20 7.04.12). Auf die Frage „Wann hat das Brot eine gute Qualität?“ werden alle Befragten unterschiedliche Antworten geben: Knusprig oder weich, schwarz oder weiß, mit oder ohne Korn, Vollkorn– oder Weißmehl. Dies sind sehr gegensätzliche Eigenschaften, die dennoch als gleichwertige Qualitätsanforderung nebeneinander stehen. Anders sieht das bei allgemein akzeptierten Standards aus, so stimmen vermutlich alle in der Erwartung überein, dass das Mehl nicht verseucht, das fertige Brot nicht verbrannt und der Teig nicht verunreinigt ist. Diese banale Erklärung zeigt, der Begriff Qualität sollte definiert sein. Nach einer Definition der Bundesärztekammer Gute Qualität im Gesundheitswesen heißt: Das erreichbare Ziel wird erreicht, unnötiges Risiko wird vermieden, unnötiger Aufwand wird vermieden (vgl. Johannes et al, 2011, S2). Eine weitere Definition von Qualität lautet: die Gesamtheit von Eigenschaften und

Merkmale eines Produktes, eines Prozesses oder einer Dienstleistung, die sie zur Erfüllung vorgegebener Erfordernisse geeignet machen (vgl. Villacher Modell-Kurzversion 2004, S12).

2.1.1. Subjektive und objektive Qualität

Im vorigen Abschnitt hat schon das Brotbeispiel gezeigt, dass ein Unterschied zwischen subjektiver und objektiver Qualität zu unterscheiden ist. Subjektiv ist das Brot knusprig oder weich welche als Geschmacksfaktor sehr individuell ist, objektiv jedoch ist das Gebäck verbrannt oder nicht. Im Krankenhausbereich kennen wir objektive Qualität durch verschiedene Messmethoden zum Beispiel im Labor, subjektive Qualität entscheidet der Patient selbst je nach seinem Qualitätsanspruch. Diese Formen der Qualität werden auch als Erlebnisqualität bezeichnet. Wie erlebt der Patient die Aufnahme im Krankenhaus? Aus seiner Sicht ist oft die subjektiv wahrgenommene Qualität Maßstab für die Zufriedenheit mit der Krankenhausleistung. Für den Qualitätsbeauftragten bzw. dem Arzt oder dem Personal bedeutet Qualität jedoch das Erreichen seiner wirtschaftlichen Ziele bei veränderten Rahmenbedingungen und engen Ressourcen. Hier misst sich Qualität auch an der Zufriedenheit der internen Kommunikation und Zusammenarbeit im Team, an der Klarheit der Aufgabenverteilung und auch an menschlichen Faktoren wie zum Beispiel Lob und Anerkennung (vgl. Johannes et al 2011, S5f).

2.2. Qualitätsmodell nach Donabedian

Donabedian Avedis (1968), Gründer der Qualitätsforschung im Gesundheitswesen, weitete die Qualitätsdimension aus indem er das Zwischenmenschliche und die Kontinuität der Pflege miteinschloss und nicht nur auf die technische Qualität bezog (vgl. <http://www.lernundenter.com/interaktion/qualitaet/definitionen/donabedian.htm>, 12.4.2012, 10:30. Das führende Qualitätsmanagementprogramm nach dem Modell Donabedian ist mit dem modernen Qualitätsmanagement sehr eng verzahnt und wird in drei Stufen unterteilt, Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität. Ziel des Qualitätsmanagement ist es Struktur und Prozess gut zu organisieren um ein optimales Ergebnis zu erreichen (vgl. Burchardi 2011 S. 80).

2.2.1. Strukturqualität

Unter Strukturqualität versteht man vorhandene menschliche und materielle Ressourcen wie Mitarbeiter, Ausbildung, Geräte, Raum, Software sowie die Aufbauorganisation. Die Aufbauorganisation legt Verantwortung und Befugnisse fest und teilt hierarchische Struk-

turen ein. Die vorhandenen Ressourcen müssen effektiv genutzt werden. Wird das Augenmerk ausschließlich auf Strukturqualität gelegt, kann dadurch keine Aussage über die Gesamtqualität des Behandlungsprozesses gemacht werden (vgl. Hartl et al 2011, S. 20). Strukturqualität auf Intensivstationen zeigt ein gutes Ergebnis aufgrund von einer 24h Erreichbarkeit des Zuständigen Intensivmediziners und die technische Ausstattung welche auf das Patientengut abgestimmt wird (vgl. Buchardi 2011, S. 80).

2.2.2. Prozessqualität

Prozessqualität bezieht sich auf die Eigenschaften der Elemente des Leistungsprozesses. Um Vorgaben, Spezifikationen zu erfüllen ist die Fähigkeit des Leistungsprozesses ausschlaggebend. Unter Leistungsprozess werden Prozesse verstanden, welche direkt auf die Erstellung eines Produkts bzw. Erbringung einer Dienstleistung einwirken. Lenkung der Dokumente, Validierung von Prozessen, Handhabung, Schulung und Prüfungen etcetera (etc.) sind Beispiele für die geforderten Punkte in Bezug auf den Leistungsprozess. Somit ist der Nachweis wirksamer Definitionen bezüglich Prozessqualität als der am besten geeignete Zugang zum Beweisen der Qualitätsfähigkeit einer Gesundheitseinrichtung (vgl. Hartl et al 2011, S. 20). Speziell auf der Intensivstation wird der Umgang mit den Angehörigen und den Patienten in die Prozessqualität miteinbezogen. Ebenfalls sind Punkte der Prozessqualität wie Aufnahme-, Verlegungs- sowie Entlassungsmanagement relevant für eine gute Qualität auf der ICU (vgl. Buchardi 2011, S. 80).

2.2.3. Ergebnisqualität

Unter Ergebnisqualität versteht man das Resultat des fertigen Produkts bzw. der erbrachten Dienstleistung. Ergebnisqualität wird auch als Outcome Qualität bezeichnet. Wenn man die Frage zu beantworten versucht, was ist das Ergebnis, ergibt sich die Problematik der Messung von Ergebnisqualität. Parameter sind Werte, welche nur mit einer gewissen Spezifität und Sensivität erhoben werden und einer Validierung bedürfen. Auch das soziale System muss entscheiden, ob Parameter tauglich sind um die Gesamtqualität des Prozesses abzubilden. Ein weiteres Problem ist, dass in der Realität die Wiederholung einer bestimmten Handlung niemals zum gleichen Ergebnis führt. Das erzielte Resultat hängt nicht nur vom Faktor Mensch und Maschine, sowie der Methode ab, sondern auch von Material und Mitwelt. Daher beschränkt sich die Messung der Parameter auf eine geringe Zahl. Erstellt werden nur Modelle der Realität welche Ergebnisse mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit vorhersehbar machen (vgl. Hartl et al 2011, S 22). Auf der Intensivstation gibt es die meisten Veröffentlichungen in Bezug auf Ergebnisqualität. Hier wer-

den Modelle entwickelt, um das patientenindividuelle Risiko in Bezug auf die Sterblichkeit aufzuzeigen. Trotzdem hat diese risikoadjustierte Messung der Sterblichkeit wichtige Grenzen und kann nur bedingt die Qualität der einzelnen Intensivstationen darstellen. Auch die Morbidität beschreibt die Outcome Qualität in der Intensivmedizin. Darum ist diese Dimension der Qualität viel umfangreicher. Gerade aus diesem Grund ist es wichtig Prozessqualität unter der Voraussetzung einer stabilen Strukturqualität zu optimieren um eine Verbesserung der Ergebnisqualität zu erreichen. Darüber hinaus müssen externe Schnittstellen wie die Einbeziehung der Angehörigen in den Prozess miteinbezogen werden (vgl. Buchardi 2011, S. 80).

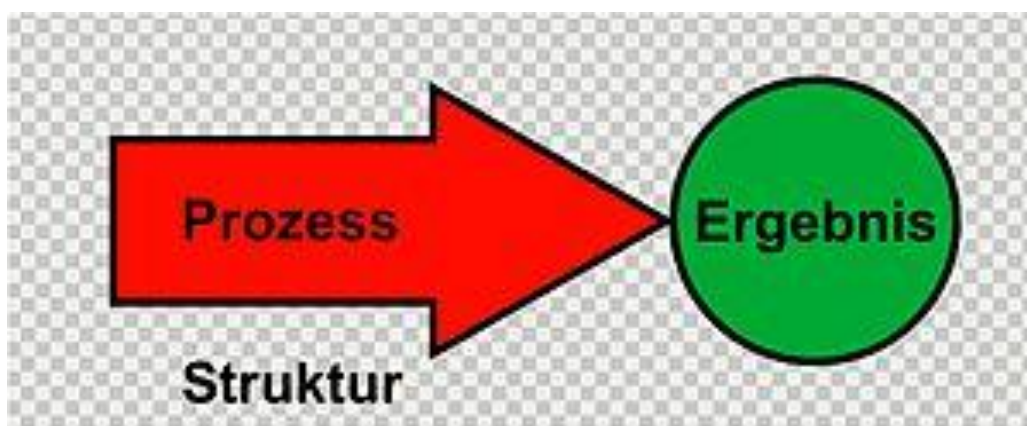


Abb. 1 Qualitätsmodell

(wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/b/ba/Struktur_prozess_ergebnis.jpg/300px-Struktur_prozess_ergebnis.jpg 21.4.2011, 20:00Uhr)

2.3. QM im LKH Villach

Um QM umzusetzen ist es wichtig alle Mitarbeiter in das System zu integrieren. Die Arbeit der Qualitätssicherungskontrolle ist, die gesetzlichen Vorgaben zu beachten, wenn notwendig Maßnahmen zu veranlassen und zu koordinieren und die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern. Hilfreich bei der Umsetzung der patientenbezogenen und organisationsbezogenen Standards sind die Vorgaben der JCI. Auch die Organisation der Qualitätssicherung ist Aufgabe des QM. Durch enge Kooperation zwischen Qualitätssicherungskernteam, QS-Abteilungsverantwortlichen und der QS-Kommission werden bei ständigen Sitzungen anfallende Themen besprochen (vgl. Villacher Modell 2004 Kurzversion, S. 13f). Zum Ausbau des bestehenden Qualitätsstandard am LKH Villach kam es zur Integration der Standards der Joint Commission International. Ziel dieser Standards ist, für den Patienten eine garantierte Qualität in Bezug auf alle Handlungen im Krankenhaus zu schaffen. Neben den Vorteilen für den Patienten, besteht auch die Sicherheit für alle

Mitarbeiter. Somit sind auch stationstypische Prozesse, welche durch feste Arbeitsabläufe gesichert sind, nachvollziehbar (vgl. Villacher Modell 2004 Kurzversion, S. 12f). In der nachfolgenden Abbildung wird die Qualitätspyramide des LKH Villach dargestellt.



Abb. 2: Qualitätspyramide LKH Villach

(http://vilxap01/lkh_files/im/968_QS-Pyramiede.pdf, 29.6.2012, 18:00Uhr)

2.4. Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG)

StF: BGBl. I Nr. 179/2004 (NR: GP XXII RV 693 AB 711 S. 90. BR: AB 7175 S. 717.)

- 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.“

(2) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen hat sicherzustellen, dass die Arbeiten zum Aufbau, zur Weiterentwicklung, zur Sicherung und Evaluierung eines flächendeckenden österreichischen Qualitätssystems bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend erfolgen. Dabei sind im Sinne des Qualitätssystems die Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu berücksichtigen.

(3) Zum Zweck der Sicherstellung der in Abs. 1 und 2 festgeschriebenen Grundsätze hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen für eine entsprechende Abstimmung der am gesamtösterreichischen Qualitätssystem beteiligten Akteurinnen und Akteure Sorge zu tragen. Darüber hinaus hat die Bundesministerin / der Bundesminister für Gesundheit und Frauen die bundesweite Koordinierung von Qualitätsmaßnahmen zum Zweck der nationalen und internationalen Vergleichbarkeit von Gesundheitsleistungen zu gewährleisten.

(4) Die für die kontinuierliche Qualitätsarbeit erforderlichen Daten müssen, sofern sie nicht für konkrete Ziele und Zwecke personenbezogen benötigt werden, im Wege einer Vertrauensstelle zumindest pseudonymisiert werden.

- Qualitätsstandards

§ 4. (1) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Erbringung bestimmter Gesundheitsleistungen unter Einbeziehung der jeweils Betroffenen, insbesondere der relevanten Gesundheitsberufe sowie der Patientinnen und Patienten, unterstützen.

(2) Die Bundesministerin / Der Bundesminister für Gesundheit und Frauen kann im Zusammenhang mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen Qualitätsstandards als Bundesqualitätsleitlinien empfehlen oder als Bundesqualitätsrichtlinien durch Verordnung erlassen, wobei insbesondere auf Folgendes zu achten ist:

1. Bundeseinheitlichkeit,
2. Bedachtnahme auf sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise,
3. Patientinnen- und Patientenorientierung,
4. Grundprinzipien der Gesundheitsförderung,
5. Transparenz,
6. gegenwärtiger Stand des Wissens und der Erfahrung bezüglich der Effektivität und der Effizienz.

Die Bundesqualitätsstandards enthalten Vorgaben für eine oder mehrere der in § 5 genannten Dimensionen der Qualitätsarbeit (Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität). Zur Umsetzung der Bundesqualitätsrichtlinien kann der Bund neben verbindlichen Instrumenten auch unverbindliche Instrumente, die durch gleichwertige Maßnahmen – bei Nachweis der Erfüllung der Anforderungen – ersetzt werden können, vorsehen.

(3) An Bundesqualitätsleitlinien oder Bundesqualitätsrichtlinien können Qualitätsindikatoren gekoppelt werden, deren Inhalte auch Elemente der österreichischen Qualitätsberichterstattung darstellen. Bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist auf internationale Vergleichbarkeit zu achten“. (<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883&ShowPrintPreview=True>), 18. Juni 2012, 10:55Uhr).

3. QM BETRIFFT UNS ALLE

Qualitätsmanagement und Risikomanagement im Gesundheitswesen ist eine Gemeinschaftsaufgabe, also geht es uns alle was an. Es ist notwendig, alle Beschäftigten, von der Führung bis zum Auszubildenden zu integrieren. Um diese Systeme umzusetzen muss es Mitarbeiter geben, welche bereit sind neue Ziele mit Überzeugung anzustreben. Die Leistung von den Beschäftigten wird von vielen Faktoren wie zum Beispiel das Können, Wollen und Dürfen beeinflusst. Eine Variante der Leistungsbeeinflussung ist die Beeinflussung des Wollens durch Motivation. Dies kann eine schwierige Aufgabe im Einführungsprozess eines Qualitätsmanagements und RM. Wenn sie Mitarbeiter begeistern, werden sie Engagement erhalten, hierzu muss aber auch die Führung von der Sache überzeugt sein und klare Zielvorstellungen haben (vgl. Kahla-Witzsch H. 2009, S. 99). Kahla-Witzsch zitiert in ihrem Buch nach Reinhard K. Sprenger:

„Wer sagt ich kann nicht, der will nicht!“

3.1. Was ist Motivation

Motivation ist der momentane Zustand eines Individuums, welcher zur Aufnahme einer wesentlichen Handlung führt und die Richtung, Intensität sowie Ausdauer dieser Handlung mit beeinflusst. Zum Bereich der Motivation zählen Fragen der zu beobachtenden Zielgerichtetheit im Verhalten, des Beginns und des Abschlusses einer Handlung, der Wiederaufnahme einer Handlung nach einer Unterbrechung, es Wechsels zur Handlung mit anderen Zielen sowie der Entscheidung zwischen verschiedenen Verhaltenstendenzen. Es werden zwei Formen der Motivation unterschieden, die extrinsische oder äußere Motivation und die intrinsische oder innere Motivation. Eine Motivation eines Angestellten

ist eine Verknüpfung aus beiden. Extrinsische Motivation beschreibt zum Beispiel das verdiente Geld als Motivation. Mehr Privilegien wie einen Dienstwagen könnten äußere Motivation auch beeinflussen. Auf das Verhalten des Mitarbeiters wirkt sich diese Form der Motivation nur kurzfristig aus. Die innere oder intrinsische Motivation jedoch beruht auf innere Beweggründe wie Freude und Spass welche zum Handeln bewegen. Sie entsteht, wenn eine Idee oder Aufgabe als lohnend und sinnvoll erlebt wird und die handelnde Person fühlt sich verantwortlich und erkennt Ergebnisse und Auswirkungen. Diese Motivationsform wird durch Überzeugung aufgebaut und führt zu einer dauerhaften Änderung des Verhaltens. Auch intrinsische Motivation kann von Faktoren wie zum Beispiel Vorbild der Führung, Förderung, Information und Kommunikation beeinflusst werden. Die Teilnahme an Entscheidungen erhöht die Identifikation der Beteiligten mit den Veränderungszielen und führt so zu einer besseren Akzeptanz der Entscheidung (vgl. Kahla-Witzsch H. 2009, S. 100).

Die 10 wichtigsten Faktoren der Mitarbeitermotivation

- Die Führung zeigt Interesse am Wohlbefinden der Mitarbeiter
- Die berufliche Fähigkeit fördern
- Die Unternehmensführung handelt als Vorbild im Sinne der Werte
- Ausreichend Freiheit für Entscheidungen
- Ruf des Hauses als Arbeitsgeber
- Teamarbeit
- Anspruchsvolle Aufgaben
- Patientenorientierung des Unternehmens
- Arbeitsklima
- Angepasstes Gehalt

Auch die Führungskraft muss motiviert sein QM durchzuführen, widersprüchliche Haltungen in der Führungsebene führen zur Verunsicherung bei Mitarbeiter. Führen heißt, Entfaltungsmöglichkeiten für die vorhandene Motivation des Mitarbeiters zu schaffen (vgl. Kahla-Witzsch H. 2009, S. 101f). Information und Kommunikation sowie Schulung und Qualifizierung sind wichtige Aspekte zur Motivation (vgl. Kahla-Witzsch H. 2009, S. 104ff). Kahla-Witzsch zitiert in ihrem Buch „Wo Nachrichten fehlen, wachsen die Gerüchte“ (Alberto Moravia).

3.2. Motivation durch ein gemeinsames Ziel

Das gemeinsame Ziel, eine Zertifizierung zu erhalten, kann einen großen Motivations Schub in einem Krankenhaus bewirken. Da sich ein Zertifikat nur durch die optimale Ko-

operation aller Berufsgruppen erreichen lässt, führt dies zu einem Zusammenwachsen der Mitarbeiter. Das Gefühl, gemeinsam für den Erfolg verantwortlich zu sein, fördert die Interdisziplinarität. Ein erreichtes Zertifikat nach einem internationalen Standard bewirkt Anerkennung von Außen und Innen. Nach Außen kann Gesellschaft, Patient, Medien und Kostenträgern gezeigt werden, dass in der Einrichtung ein sehr gutes QM System existiert. Nach Innen fördert es den Stolz der Beschäftigten auf ihr Haus. Eine Zertifizierung hält den Betrieb auch lebendig und fordert eine ständige Verbesserung und Anpassung. Für Ärzte ist eine Zertifizierung auch ein zunehmendes Entscheidungskriterium für die Auswahl von Behandlungspartnern. Es wird in Bezug auf zertifizierte Brustzentren festgestellt, dass Interdisziplinarität und Qualitätssicherung zur Verbesserung der onkologischen Ergebnisse beitragen (vgl. Kahla-Witzsch H. 2009, S. 162f).

4. DIE ZERTIFIZIERUNG/AKKREDITIERUNG

Die Zertifizierung bzw. Akkreditierung ist ein Verfahren, indem ein neutraler Dritter bestätigt, dass ein Erzeugnis, eine Dienstleistung, ein Verfahren oder eine Organisation in ihrer Gesamtheit vorgeschriebene Anforderungen (Standards) erfüllt und nach erfolgreicher Begutachtung ein Zertifikat ausstellt. Eine unabhängige Begutachtung ist somit Grundlage für das Krankenhaus. Je nach Verfahren wird diese Begutachtung externe Audit oder Visitation genannt. Die zu erfüllenden Vorgaben liegt einem bestimmten Regelwerk der Begutachtung zugrunde. Also wird bewertet ob das Krankenhaus und das QM System einer Norm konform ist. Die Begutachtung von Stichproben vermittelt ein Bild vom QM zu einem bestimmten Zeitpunkt und im weiteren Verlauf auch von dessen Entwicklung und beruht somit auf jedes Zertifizierungsverfahren. Aufgrund dessen kann man davon ausgehen, dass in einer akkreditierten Einrichtung festgelegte Abläufe existieren und deren Einhaltung auch überprüft wird. Trotzdem können Fehler auftreten, dafür gibt es Mechanismen, wie mit diesen umzugehen ist und wie in Zukunft sichergestellt wird, dass sich bestimmte Fehler nicht mehr wiederholen (vgl. Kahla-Witzsch H. 2009, S. 160f). Die Akkreditierung gilt mittlerweile international als effektives Instrument für Qualitätsevaluierung und –management. Standards sind üblicherweise optimal und umsetzbar, und somit zur Verbesserung der Sicherheit und Qualität der Patientenbehandlung gültig. Auch Risiken für Patienten und Mitarbeiter werden kontinuierlich reduziert (vgl. JCI 2011, S. 9). Es gibt mehrere Verfahren eine Zertifizierung zu erhalten, Quality Austria nach ISO als Beispiel im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee und ein internationales Verfahren speziell für Krankenhäuser „Joint Commission“ im LKH Villach, welches im nächsten Punkt genauer beschrieben wird (Anm. des Verfassers).

4.1. Joint Commission International

Die Organisation aus Amerika „Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization“ JCAHO wurde 1951 in Chicago gegründet. Sie ist international die erfahrenste, unabhängige, gemeinnützige private Institution zur Akkreditierung von Gesundheitsorganisationen. Mehr als 20.000 Einrichtungen im Gesundheitswesen wurden weltweit von dieser Organisation überprüft und akkreditiert. 1999 erfolgte die Gründung der JCI zur Akkreditierung für Krankenhäuser außerhalb der USA, 80% aller Einrichtungen in den USA und ca. 400 private und öffentliche Krankenhäuser in 39 Länder werden somit weltweit überprüft und akkreditiert (vgl. www.jointcommissioninternational.org, 20.4.2011, 15:00 Uhr). Ziele der JCI sind einheitliche medizinische-, pflegerische- und organisatorische Standards zu sichern. Dies unter Beachtung folgender Aspekte:

- Bedürfnisse der Patienten und der Angehörigen
- Sicherheit der Patienten
- Rechte der Patienten

Diese Standards legen Prozesse und Prinzipien zur Wertung der Hauptfunktionen einer Gesundheitsversorgung dar. Sie tragen zur Vereinheitlichung, Koordinierung, Nachvollziehbarkeit und mehr Transparenz von Prozessen bei. Somit wird die Sicherheit im täglichen Handeln und vor allem in kritischen Situationen erhöht. In der vierten Ausgabe der JCI werden mehr als 350 Standards mit über 1000 messbaren Elementen formuliert. Diese messbaren Elemente listen Maßnahmen welche erfüllt werden müssen auf, damit die Standards als vollständig eingehalten werden. Standards werden laufend weiterentwickelt (vgl. JCI 2011, S.11). Unterschieden werden patientenorientierte- und organisationsorientierte Standards. Patientenorientierte Standards werden aufgeteilt in:

- **ACC:** Access to Care and Continuity of Care
Zugang zur und Kontinuität der Behandlung
- **PFR:** Patient and Family Rights
Patienten und Familienrechte
- **AOP:** Assessment of Patients
Assessment von Patienten
- **COP:** Care of Patients
Pflege von Patienten
- **ASC:** Anesthesia and Surgical Care
Anästhesie und operative Behandlung
- **MMU:** Medication Management and Use
Management und Gebrauch von Medikamenten
- **PFE:** Patient and Family Education

Schulung von Patienten und deren Angehörigen

- **IPSG:** International Patient Safety Goals
Internationale Patientensicherheitsziele

Organisatorische Standards teilen sich auf in

- **QPS:** Quality Improvement and Patient Safty
Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit
- **PCI:** Prevention and Control of Infections
Prävention und Kontrolle von Infektionen
- **GLD:** Governance, Leadership and Direction
Aufsicht, Führung und Leitung
- **FMS:** Facility Management and Safty
Facility Management und Sicherheit
- **SQE:** Staff Qualifiaktion and Education
Mitarbeiterqualifikation und Weiterbildung
- **MCI:** Management of Communication and Information
Informations- und Kommunikationsmanagement

Die Sicherheit des Patienten ist somit oberstes Gebot, auch die Bedürfnisse der Patienten und Angehörigen werden als Ziel der JCI besonders geachtet. Die Anwendung der Standards in der Praxis wird wissenschaftlichen Tests und Untersuchungen unterzogen (vgl. JCI 2011, S11). Die Anzahl unerwünschter Ereignisse, in welchen Patienten zu Schaden kommen werden durch Indikatoren in einer Datensammlung dargestellt, daraus wurden in Zusammenarbeit mit der WHO die internationalen Patientensicherheitsziele abgeleitet. Im Jahr 2004 wurde dann die „World Alliance for Patient Safety“ gegründet, wo die Förderung von Verbesserungen im Bereich der Patientensicherheit evaluiert wird (vgl. JCI 2011, S. 41).

4.1.1. Internationale Patientensicherheitsziele

Die internationalen Patientensicherheitsziele beziehen sich auf Bereiche im Krankenhaus, wo aus Erfahrung und aufgrund von Fehlermeldungen ein hohes Risiko und eine vermehrte Fehlerhäufigkeit vorliegen. Diese Ziele beziehen sich auf Problembereiche im Gesundheitswesen und beschreiben auf Expertenmeinung und evidenzbasierte gestützte einvernehmliche Lösungen dieser Probleme. Eine fehlerfreie Systemgestaltung ist wesentlich für die Erbringung von sicheren und hochwertigen qualifizierten Behandlungsleis-

tungen. Sie fokussieren die Ziele auf eine systemweite Lösung so gut als möglich (vgl. JCI 2011, S. 41).

Patientensicherheitsziele:

- Korrekte Identifizierung des Patienten
- Verbesserung der Kommunikationseffizienz
- Verbesserung der Sicherheit bei Medikamente, welche einer erhöhten Aufmerksamkeit erfordern
- Sicherheit der Durchführung von Operationen an der richtigen Stelle, mittels richtigen Verfahrens und am richtigen Patienten
- Verringerung des Risikos von behandlungsassoziierten Infektionen
- Verringerung des Verletzungsrisikos der Patienten durch Stürze

Speziell für den Intensivbereich gibt es Standards welche im nächsten Punkt kurz beschrieben werden (Anm. des Verfassers).

4.1.2. JCI Standards im Intensivbereich

Die Standards der JCI nehmen auch Bezug auf ein erhöhtes Risiko eine Infektion zu erhalten. Das wie oben beschriebene internationale Patientensicherheitsziel „Verringerung des Risikos von behandlungsassoziierten Infektionen“ besteht in der Entwicklung einer Methode, um die Risiken von behandlungsassoziierten Infektionen zu reduzieren. Zu den häufigsten im Krankenhaus erworbenen Infektionen gehören katheterassoziierte Harnwegsinfekte, Infektionen der Blutbahn und beatmungsassoziierte Lungenentzündungen. Die richtige Händehygiene wird somit als die wichtigste Präventionsmaßnahme dieser Infektionen gesehen. Das Krankenhaus wird aufgefordert anhand eines gemeinsamen Prozesses Richtlinien zu entwickeln, welche den allgemein anerkannten Guidelines für Händehygiene entsprechen und muss diese innerhalb der Organisation umsetzen (vgl. JCI 2011, S. 45). Ein weiterer Standard speziell auf ICU ist der ACC Standard „Zugang zur Kontinuität der Behandlung“. Das heißt Notfallpatienten werden identifiziert, ersteingeschätzt und bei dringender Behandlungsnotwendigkeit so schnell als möglich untersucht und behandelt (vgl. JCI 2011, S. 49f). Im Standard „Assessment von Patienten“ besteht das Erstassament aus der Beurteilung von psychischer, physischer, sozialer und wirtschaftlicher Faktoren und schließt eine Anamnese und eine körperliche Untersuchung mit ein, welche innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme durchgeführt wird. Gerade bei Notfallpatienten wird ein großes Augenmerk auf spezielle Bedürfnisse und den Zustand des Patienten gelegt (vgl. JCI 2011, S. 79). Ein weiterer relevanter Standard für den Intensivbereich ist der Standard „Behandlung von Patienten“. Dazu gehören zum Beispiel

eine einheitliche Reanimationsmaßnahme innerhalb des Krankenhauses oder das Verfahren zum Umgang mit Hochrisikomedikamenten. Weiters werden in diesem Standard die Ernährungstherapie, die Betreuung von Sterbenden und die Schmerztherapie berücksichtigt (vgl. JCI 2011, S. 104). Ein relevanter Standard ist auch der ASC Standard, „Anästhesie and operativ Standard“ sowie das Kapitel „Prävention und Kontrolle von Infektionen“ welcher im nächsten Punkt genauer beschrieben wird. Der Anhang zeigt eine aktuelle Leitlinie der Intensivstation im LKH Villach als Beispiel (Anm. des Verfassers).

4.1.3. PCI Standard

Der Standard „Prävention und Kontrolle von Infektionen“ der JCI hat das Ziel ein weitgreifendes Programm zur Infektionsvorsorge und Kontrolle, das Erkennen und die Reduzierung von Risiken zur Ansteckung und Übertragung von Infektionen zwischen Patient, Mitarbeiter und Angehörige durchzusetzen. Voraussetzung der Infektionskontrollprogramme sind spezielle Führungskräfte und gut ausgebildete Mitarbeiter. Weiters Methoden zur Identifizierung und Bewältigung von Infektionsrisiken, angepasste Leit- und Richtlinien und Verfahren, Mitarbeiterschulungen sowie Koordinationsmaßnahmen im gesamten Krankenhaus. Die Organisation verfolgt Infektionsrisiken, Infektionsraten und Statistiken von behandlungsassoziierten Infektionen und schult Mitarbeiter, Patienten, Angehörige und andere Berufsgruppen im Krankenhaus in den Methoden der Infektionsprävention und Kontrolle (vgl. JCI 2011, S. 163). Überleitend zum Risikomanagement wird im nächsten Punkt die Kooperation von RM und QM nähergebracht (Anm. des Verfassers).

5. EINGLIEDERUNG DES RISIKOMANAGEMENT IN DAS QUALITÄTSMANAGEMENT

In der Unternehmenspraxis ist das Qualitätsmanagement nicht selten vom Risikomanagement getrennt aufgebaut. Es ist jedoch Faktum, dass sich beide Managementsysteme ergänzen und deshalb nicht getrennt von einander gelebt werden sollten. Ziel des QM ist, eine sichere Prozessfähigkeit durch Vermeidung von Planabweichungen sicherzustellen, das RM setzt das Ziel, Abweichungen von den Plan- bzw. Erwartungswerten zu reduzieren (vgl. Gleissner 2005, S. 164f). Es hat keinen Sinn Risikomanagement und Qualitätssicherung getrennt anzuwenden bedenke man die wirtschaftliche Situation. Gibt es in einem Betrieb bereits eines der beiden Systeme sollte es durch das andere ergänzt werden um spezielle Methoden anzuwenden. Ein bestehendes Risikomanagement kann als Grundstein für eine spätere Einführung des Qualitätsmanagement sein (vgl. Paula 2007, S. 137). Ist ein QM System bereits aufgebaut, so ist der Weg zum Risikomanagement

nicht weit. Beide Systeme funktionieren nach der Logik des Regelkreises, dies bedeutet, dass jeder Schritt periodisch wiederholt werden muss (vgl. Gleissner 2005, S. 165). Fehlsteuerungen zu vermeiden und Arbeitsprozesse zu verbessern sind Prozesse welche in beiden Systeme zu finden sind, dadurch wird die Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistung gesteigert (vgl. Gausmann 2005, S. 203). Auch die Begriffe Qualität und Sicherheit sind in beiden Systemen zu finden.

Optimale Qualität ergibt mehr Sicherheit, ebenso führt mehr Sicherheit zu einer besseren Qualität (vgl. Paula 2007, S. 137).

6. GRUNDLAGEN DES RISIKOMANAGEMENT

In der Vergangenheit wurde Risikomanagement unter der Ansicht der Absicherung von finanziellen Risiken und Haftungsansprüchen gesehen. Es geht aber um den Schutz des anvertrauten Patienten, dies wurde erst mit einem Bericht, welcher in Amerika vom Institut of Medicine zu dieser Thematik veröffentlicht wurde der Bevölkerung bewusst. Dieser Bericht zeigt vielschichtige Ursachen und Sicherheitsstrategien auf. Laut dieser Darstellung genügt es nicht nur die Daten zu kennen, sondern auch das Verständnis für die Problematik zu entwickeln und die daraus resultierenden Konsequenzen zu ziehen. Vor allem aber die hochgerechneten Todesfälle erschütterte die Öffentlichkeit. Die Schätzung ergab, dass sehr viele Menschen durch Fehler bei der Behandlung ums Leben kamen (vgl. Paula 2007, S. 2f).

6.1. Definition Risiko/Gefahr

In der Gesellschaft wird das Wort Risiko mit Gefahr verbunden, doch gibt es einen Unterschied. Um ein einheitliches Sprachverständnis zu gewährleisten, wird diese Frage im folgenden Absatz beschrieben. Unter Risiko wird die Folge einer eigenen Entscheidung verstanden, Gefahr jedoch liegt außerhalb des eigenen Einflussbereiches. Ein Beispiel dafür ist, Motorradfahren stellt ein Risiko dar, das einer Eigenentscheidung unterliegt und dessen Konsequenzen selbst zu tragen sind, im Gegensatz zu einem Erdbeben, welches eine Gefahr darstellt, da es nicht durch eine Eigenentscheidung beeinflussbar ist. Je höher der eigene Einfluss, desto eher wird es als Risiko bezeichnet. Zusammengefasst bedeutet dies, ein Risiko entsteht als Folge einer Selbstentscheidung wo potentielle Schäden entstehen können, Gefahr ist abhängig von Fremdzuschreiben, ist somit nicht beeinflussbar und liegt außerhalb der eigenen Entscheidung Gerade im Gesundheitswesen wird es relevant Risiko und Gefahr zu unterscheiden. Mitarbeiter der Pflege sind bei der

Ausübung ihrer täglichen Arbeit einem Risiko ausgesetzt sind, da sie selbst entscheiden wo, wie und wann sie Tätigkeiten erledigen. Dagegen unterwirft sich der Patient bei einer Behandlung der Gefahr, im Vertrauen, dass Mitarbeiter der Pflege ihrer Risiken bewusst sind. Grundsatz dafür ist das Bekanntsein der Risikoursache (vgl. Saßen et al 2007, S. 19).

6.2. Das ganzheitliche Risikomanagement

Ganzheitlich und umfassend sollte ein Risikomanagement im Krankenhaus betrachtet werden und somit alle Bereiche und Abteilungen, sowie externe und interne Einflüsse, welche auf ein Krankenhaus einwirken, berücksichtigen. Dies bedeutet für ein Krankenhaus, dass zwar in erster Linie Risiken innerhalb der Versorgung zu betrachten sind, aber dabei Risiken in anderen Bereichen nicht vernachlässigt werden dürfen. Neben den medizinischen Risiken, bestehen auch betriebswirtschaftliche Risiken, Risiken aus der Personaladministration und aus der Personalgewinnung. Weiters Risiken aus dem Einkauf oder aus der Medizintechnik. Dies bedeutet klinisches und betriebswirtschaftliches RM sollte zusammengeführt werden und somit als ganzheitliches System betrachtet werden. Dies lässt ein Erkennen von Wechselwirkungen zwischen Risiken zu und kann Synergieeffekte im Rahmen der Risikobewältigung nutzen. Insbesondere im Bereich der Organisation und Prozessoptimierung sollten primär Risikoursachen stehen, bei denen sich durch Verbesserungsmaßnahmen, die Risiko- bzw. Fehlerhäufigkeit oder das Risikopotenzial reduzieren lassen. Viele Bereiche des KH können durch frühzeitige Risikoidentifizierung genutzt werden, wenn RM nicht von anderen Managementsysteme getrennt betrachtet wird – daher der Begriff integriertes Risikomanagement. In vielen bestehenden Verfahren schlummern Hinweise auf Risiken, die eine Gesundheitseinrichtung an seiner zuvor definierten Zielsetzung hindern können. Diese Zeichen müssen systematisch erfasst, analysiert und bewertet werden. Infolgedessen hat sich gezeigt, dass ein ganzheitliches RM durch Berücksichtigung folgender Punkte bewährt hat:

- Ganzheitliche Betrachtung des Krankenhauses sowie frühzeitige Einbeziehung der Krankenversorgung.
- Bereiche wie z.B. QM, Beschwerdemanagement, Schadenmanagement u.a. werden in die Risikoidentifikation mit einbezogen
- Zusammenfassende Analyse von Risiken, Schäden, Beschwerden, etc.;

- Abgestimmte sowie bereichsübergreifende Maßnahmenimplementierung (vgl. Schweppe et al 2011, S. 107f).

Vom ganzheitlichen Konzept zum einheitlichen Prozess, aufbauend auf dieses Konzept wurde über die Jahre ein ganzheitlicher Prozess entwickelt, welcher ermöglicht alle Managementsysteme abgestimmt aufeinander zu gestalten und im KH zu implementieren. In diesem Zusammenhang wird zunehmend vom integrierten RM gesprochen (vgl. Schweppe et al. 2011, S. 109).



Abb. 3 Integriertes Risikomanagement

http://www.uksh.de/uksh_media/Dateien_Verwaltung/QRM/IRM/IRM+Logo-width-250-height-247.jpg, 20.5.2012, 12:30Uhr

6.3. Der Risikomanagementprozess

Auf einer Risikostrategie sollte aufbauend ein Risikomanagement in Form eines durchgehenden Prozesses in einer Gesundheitseinrichtung eingeführt werden. Dieser sich wiederholende Prozess durchläuft die Prozessschritte Risikoidentifikation, Risikoanalyse, Risikobewertung, Risikobewältigung und Risikoberichterstattung welche nachfolgend zitiert nach Ulrich Palmer im Buch „klinisches Risikomanagement“ Schweppe, Neuper, Kröll 2011 kurz erläutert werden.

6.3.1. Identifizierung

Obwohl sich sehr viele Definitionen hinter dem Wort Risiko verstecken, wird es sehr häufig im täglichen Sprachgebrauch verwendet. Deshalb ist es besonders in einem Unter-

nehmen relevant eine einheitliche Risikodefinition zu erstellen. Ein Risiko beeinträchtigt das Krankenhaus in seiner Zielerreichung. Aus diesem Grund sollte jeder Mitarbeiter über die unternehmensweiten Ziele aufgeklärt werden. Durch zwei Ausprägungen zeichnet sich ein Risiko aus. Zum einen eine Eintrittswahrscheinlichkeit (zukünftige Unsicherheit) und zum anderen eine Auswirkung, welche beispielsweise im Bezug zum Eigenkapital berechnet werden kann. Ein Risiko definiert sich als etwas Unsicheres, ein Ereignis, das heute noch nicht eingetreten ist. Die Ursachen jedoch können durch bereits bestehende Probleme oder mehrfach eingetretene unerwünschte Ereignisse liegen (vgl. Schweppe et al 2011 S. 111f).

Die Differenzierung zwischen Risiko und Ursache vereinfacht die Risikobewertung. Strukturiert sollte die Identifikation des Risikos durchgeführt werden. Voraussetzung ist ein gutes Hintergrundwissen der Beauftragten um eine Flut von Problemen im Team zu vermeiden. Mit Hilfe eines Risikoatlasses innerhalb eines Workshops kann Risikoidentifizierung erleichtert werden. Es können aber auch bestehende Risiken oder bereits gemeldete unerwünschte Ereignisse im Beschwerdemanagement identifiziert werden. Ebenso durch eine rückblickende Analyse der Haftpflichtfälle oder die Analyse bereits vorhandener Gutachten zur Identifizierung. Es gibt eine Vielzahl an Systemen in Krankenhäuser, welche zur Risikoidentifizierung, gesetzeskonform und ethisch einwandfreies Arbeiten durch Richtlinien und Vorgaben, herangezogen werden können (vgl. Schweppe et al 2011 S. 111f).

6.3.2. Analysieren

Die Risikoanalyse folgt nach der Risikoidentifizierung. Zur dieser Analyse gehören die Darstellung der Ursache sowie die ausführliche Beschreibung des Risikos. Eine exakte Beschreibung trägt dazu bei, gleichartige Risiken zu erkennen, denen unterschiedliche Ursachen zu Grunde liegen. Dadurch wird die Risikoanzahl im KH reduziert, außerdem trägt eine genaue Schilderung des Risikos zu einem unternehmensweiten Verständnis des Sachverhaltes bei. Es sollte bei der Beschreibung des Risikos auf eine einfache Terminologie geachtet werden (vgl. Schweppe et al 2011, S. 113).

6.3.3. Bewerten

Eine einheitliche Risikobewertung sollte im Krankenhaus Priorität haben. Durch die Einstufung der Risiken in eine Risikomatrix können bei der anschließenden Risikobewältigung die wichtigen oder roten Risiken zuerst besprochen werden. Auch Indikatoren können eine Risikobewertung unterstützen, sie legen Grenzen zwischen dem Vertretbaren und Unvertretbaren fest. Weiters können sie beispielsweise für Sturzstatistiken oder allgemeine Planabweichungen festgelegt werden. Ein mögliches Risiko besteht, wenn sich ein Indikator von einem grünen Bereich entfernt. Somit tragen Indikatoren auch zur Identifizierung des Risikos bei (vgl. Schweppe et al 2011, S. 113f).

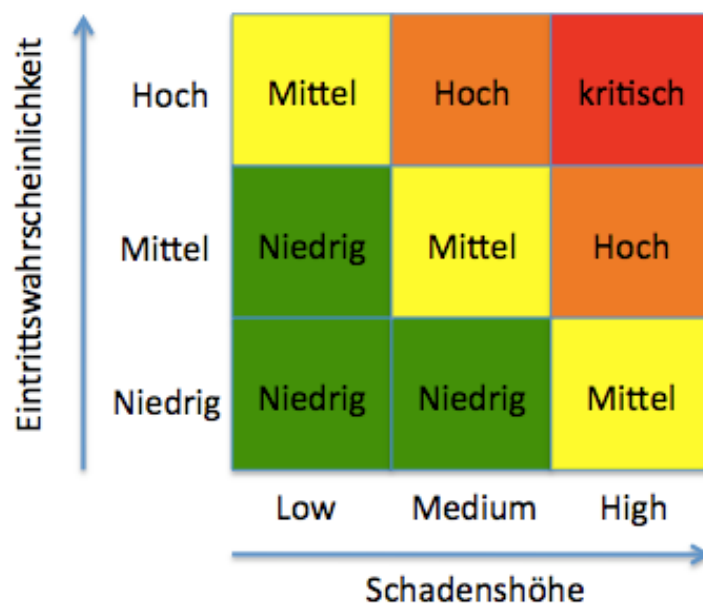


Abb. 4 Risikomatrix

<http://blog.setzwein.com/wp-content/uploads/2008/10/bild-3.png> 2.5.2012, 11:00Uhr;

6.3.4. Bewältigen

Durch die Überwachung eingeleiteter Maßnahmen und die kontinuierliche Überprüfung der Risikobewertung erfolgt die Steuerung des Einzelrisikos. Frühwarnindikatoren sind somit sinnvoll, welche gleichermaßen zu einer Plausibilisierung der Risikobewertung beitragen können. Jede Maßnahme zur Risikobewältigung sollte die exakte Beschreibung der Maßnahme und einen Maßnahmenverantwortlichen beinhalten. Weiters wichtig ist eine Strategie zur Durchführung, ein Maßnahmenstatus und den Umsetzungstermin (vgl. Schweppe et al 2011, S. 114f).

6.3.5. Berichten

Je nach Empfängerkreis sollte Art und Umfang der Berichterstattung abhängig sein und unterschiedlich gestaltet werden. Beispielsweise kann das Risikomanagement für den Empfängerkreis der sogenannten Risikoverantwortlichen als ständiger Tagesordnungspunkt in den Besprechungen integriert werden, so dass dieser Kreis in kurzen zeitlichen Abständen, über das Risiko und eventuelle Veränderungen zu diskutieren. Die Direktion kann in Form von einem ausführlichen Risikoberichtes pro Quartal informiert werden. Zusätzlich sollten Meldegrenzen eingerichtet werden. Der Aufsicht wiederum können zum Beispiel halbjährlich die häufigsten Risiken des KH und deren Veränderungen strukturiert berichtet werden (vgl. Schweppe et al 2011 S. 115).

6.4. RM im LKH Villach

„Risikomanagement ist im Krankenhaus immer im Zusammenhang mit Qualitätsmanagement zu sehen und muss daher auch von zwei Seiten, der Risikoseite und der Qualitätsseite betrachtet werden“ (Villacher Modell 2004, S. 16). Die Seite der Qualität umfasst alle prophylaktischen Maßnahmen. Ziel ist, Probleme bereits bei Entstehung zu erkennen um frühzeitig Gegenmaßnahmen einleiten zu können. Die Seite des Risikos umfasst alle Maßnahmen, welche den Umgang mit vorhersehbaren Risiken regeln. Es beinhaltet Maßnahmen zur Vorbeugung von Risiken und Schadensfälle im Krankenhaus, sowie ein vorbeugendes Konzept (HACCP – Gefahrenanalyse und kritische Lenkungspunkte) welches die Sicherheit von Lebensmittel und Verbrauchern gewährleisten soll. Weiters beinhaltet es Maßnahmen um im Schadensfall rasch reagieren zu können (vgl. Villacher Modell 2004, S. 16f).

6.5. Rechtliche Grundlagen und Anforderungen im Gesundheitswesen

In den Mittelpunkt gerückt sind Schwachstellen und Fehler bei der Behandlung von Patienten im Gesundheitssystem in Österreich und auch in anderen europäischen Ländern. Ärzteserien wie z.B. Dr. House beschäftigen sich immer wieder mit der Situation von sogenannten „Pfuscher“, spektakulären Schadensfällen, aber auch bedauerliche Schicksale von Patienten. Die Meinung in der Gesellschaft pendelt zwischen den Erfahrungen der Patienten, dass in der Medizin alles machbar wäre und den tatsächlichen Gegebenheiten in der Behandlung mit allen Risiken. Der Entscheidungsträger im Gesundheitswesen sind nicht nur die Leistungserbringer, sondern werden durch die Politik hinsichtlich der Finan-

zierung des Gesundheitssystems und der Versorgung getroffen. Der Patient ist normalerweise sozialversichert, diese Versicherung übernimmt die Kosten der Behandlung. Viele Leistungen werden aber nur zum Teil abgedeckt, die Spitalsträger von öffentlichen Krankenhäusern sind meistens Gebietskörperschaften (Bund, Länder), welche die Abgangsdeckung für den Spitalbetrieb aus Steuermitteln zu finanzieren haben. Der Staat sowie die Politik treten auch als Gesetzgeber auf. Um eine zielgerichtete Versorgung der Patienten in Österreich mit Leistungen sicherzustellen, ist auch nach außen dokumentiert, dass viele Interessen aufeinander abgestimmt werden müssen (Staatsvertrag zwischen dem Bund und den Ländern). Dies geschieht durch das „Krankenanstaltenrecht“ mit einem Bundesgrundsatzgesetz und neun Landesgesetzen. Durch das Gesundheitsqualitätsgesetz ist auch die Qualitätsvorgabe geregelt mit dem Ziel der flächendeckenden Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen (vgl. Schweppe et al 2011, S.17).

Anlassfälle führen häufig dazu, dass gesetzliche Vorgaben stark ordnend in die medizinische Behandlung von Patienten eingreifen, die sogenannte „Anlassgesetzgebung“. Durch die Weiterentwicklung des Medizinrechtes in Österreich wurden die Patientenrechte ausgebaut, weiters wurden viele Bestimmungen aus dem Konsumenten- und Kundenschutzrecht eingesetzt, welche die Position des Patienten gestärkt haben. Dadurch stehen Ärzte, betreuende Personen sowie Krankenanstalten und Rechtsträger von Gesundheitsorganisationen erhöhten Anforderungen der Patientensicherheit in den Gesetzen und Verordnungen gegenüber. Die Meinung der Öffentlichkeit, politische Diskussionen, entstandene Selbsthilfegruppen, Patientenanwälte u.a. haben zur Weiterentwicklung der Rechtsprechung geführt, diese Weiterentwicklung hat eine Verschärfung der Haftungsmaßstäbe, eine Erhöhung der Schadenssummen, aber auch einen erhöhten Anspruch an Schadensersatz in Behandlungsfehlerprozessen bewirkt (vgl. Schweppe et al 2011, S.17f).

Der Fokus der Rechtsprechung und der Gesetzgebung zielt dabei in Richtung Verbesserung der Organisation, infolgedessen eine Optimierung der Aufbau- und Ablauforganisation. Gesetzgebung und Rechtsprechung hat das Ziel, eine Verbesserung der Kommunikation und Interaktion zwischen den einzelnen Gesundheitseinrichtungen zu erreichen. Um erhöhte Strafen und mögliche Verurteilungen von Krankenhäusern durch Gefahren und Risiken zu reduzieren, gilt, diese zu bewerten und zu bewältigen, sowie frühzeitig zu identifizieren um die Sicherheit des Patienten zu gewährleisten. Im Unternehmens- und Gesellschaftsrecht verpflichtet der Gesetzgeber, systematisches Risikomanagement im Unternehmen sicherzustellen. Jedoch nicht, welche Elemente dieses System zu enthalten hat, dies ist dann in der Praxis nicht leicht umsetzbar. Auch Behandlungsverträge zwischen Arzt und Patienten sind zu beachten. Die Patientensicherheit soll in standardisier-

ten Ausbildungsprogrammen für Mitarbeiter im Sinne der ständigen Verbesserung unter Anwendung systematischer Methoden und Prozessen gefördert werden. Einen Arbeitskreis außerhalb der staatlichen Regulierung durch den Gesetzgeber hat sich besonders in Österreich (Austrian Standards) gebildet, welcher Regeln für Risikomanagement erarbeitet hat. Zum Beispiel die ONR 49000ff. Diese erwähnt einheitliche Begriffsdefinitionen und Grundlagen, diese ON-Regeln haben sich in Österreich, der Schweiz und in Deutschland durchgesetzt. Entsprechend der ÖNORM ISO 31000, nach der Neuauflage 2008, umfasst Risikomanagement „koordinierte Aktivitäten zur Lenkung und Steuerung einer Organisation im Bezug auf Risiken“ (vgl. Schweppe et al 2011, S.17ff).

7. PATIENTENSICHERHEIT

Moderne Patientensicherheit muss darauf abzielen, ein System zu etablieren, das Fehler vermeidet oder entdeckt, als darauf, den „idiotensicheren“ Mitarbeiter zu kreieren. So können Fehler bei Routinetätigkeiten oder Ausrutscher am besten dadurch vermieden werden, dass wiederholte Kontrollen in Form von Checklisten, mündliche Wiederholungen von Anordnungen und andere standardisierte Maßnahmen etabliert werden. In der jetzigen Zeit wird vermehrt versucht, Fehler bei der Interaktion Mensch-Maschine durch Vorgabe- oder Zwangsfunktion zu reduzieren – eine technische Lösung zur Reduzierung der Wahrscheinlichkeit menschlicher Fehler. Solche Zwangsfunktionen von zum Beispiel Perfusoren oder Defibrillatoren werden in Zukunft von entscheidender Bedeutung für die Sicherheit vom Patienten sein. Zusätzlich wird immer mehr die Bedeutung von optimierter Kommunikation und Teamwork zu Systemverbesserungen wahrgenommen.

Der Überbegriff „Sicherheitskultur“ steht für ein Arbeitsklima, welches auf Teamwork, Offenheit bei Fehlern und klare Kommunikation setzt. Das Lernen aus Fehlern ist ein weiteres wichtiges Prinzip für Patientensicherheit. Dies geschieht zum Beispiel mit einem Fehlerberichtssystem. Schließlich gibt es ein verstärktes Bewusstsein, dass für eine sichere medizinische Versorgung gut ausgebildete und gut ausgeschlafene Arbeitskräfte von wichtiger Bedeutung sind. Auch für die Patientenversorgung ist mittlerweile wissenschaftlich belegt, dass ein niedriger Pflegeschlüssel, lange Arbeitszeiten der Assistenzärzte und ein Mangel an qualifizierten Mitarbeiter zu schlechten Ergebnissen führen. Diese Forschungsarbeiten tragen zu einem ganzheitlichen Begriff von Patientensicherheit bei, denn auch die Einführung der sichersten Systeme gewährt keine Sicherheit wenn die dort tätigen Mitarbeiter überfordert oder schlecht ausgebildet sind. Viele der Bestrebungen der Qualitätsverbesserung wie Computerisierung und Standardisierung führen zu Fortschrit-

ten im Sicherheitsbereich. Das Schaffen einer echten Kultur der Sicherheit ist schwierig und schwer messbar, sowie schlecht an die Öffentlichkeit zu bringen. Dies könnte dazu führen, dass solche Ansätze in den Hintergrund treten, obwohl sie von wichtiger Bedeutung für die Patientensicherheit sind (vgl. Wachter 2010, S. 15f).

7.1. Sicherheit und Qualität - Gemeinsamkeiten oder Unterschiede

Patientensicherheit wird als Teilbereich des umfassenden Themas der Qualität angesehen, trotzdem ist es wichtig, die teilweise etwas verschwommenen Unterschiede zwischen diesen Bereichen zu berücksichtigen. Insbesondere für die Messung von Wirksamkeit und für die system- und praxisbezogenen Änderungen. Der folgende geschilderte Fall beinhaltet sowohl ein Sicherheitsproblem als auch ein Qualitätsproblem.

Herr P. 75 Jahre, wird mit Symptomen eines Herzinfarktes in das Krankenhaus eingeliefert. Ein EKG zeigt eine ST – Hebung welche als Notfall gilt und mittels Ballondilatation innerhalb einer gewissen Zeit versorgt werden muss. Im Fall von Herrn P. kann der diensthabende Kardiologe erst verspätet erreicht werden und trifft somit erst nach einer Stunde ein, das Herzkathederlabor war nicht vorbereitet auf den Eingriff, somit kam es auch hier zu einer Zeitverzögerung. Der Kardiologe verordnete die Gabe des Betablockers Metoprolol. Seine handschriftliche Anordnung ist zwar nur schwer zu entziffern, die Pflegekraft vermeidet es jedoch den Arzt anzurufen, da sie dessen schwierigen Charakter kennt. Da sie meint, Metformin zu lesen, bereitet sie dieses Diabetesmedikament vor. Der Fehler wird entdeckt und der Patient erhält schließlich das richtige Medikament, als er sich auf dem Weg ins Kathederlabor befindet. Der angestrebte Zeitrahmen von ca. 90 Minuten ist jedoch mit 150 Minuten schon weit überzogen. Herr P. überlebt, allerdings mit einer mittelgraden Herzschädigung und somit auch einer leichtgradigen Herzinsuffizienz.

Ein eindeutiger Fehler ist die Ausgabe des falschen Medikaments, der durch Computerisierung, Standardisierung und Änderung der Sicherheitskultur vermieden werden könnte. Die zulange Zeitspanne deutet auf Fehler innerhalb des Prozesses der medizinischen Versorgung hin und ist zudem ein Qualitätsproblem, was an Mängel in Koordinierung, Planung und Training lag. Das Ergebnis dieser Kombination von Problemen spiegelt sich in mangelnden Behandlungsergebnisse wieder (vgl. Wachter 2010, S. 25).

Bei der Analyse der Ursache und auch bei der Prävention ist es also vom Vorteil, zwischen Qualitäts- und Sicherheitsproblemen zu unterscheiden. Der Prozess zur Lösung

beider Probleme ist ziemlich ähnlich, beide erfordern Änderungen in den Abläufen, eine bedachte Anwendung von Technologie (ein elektronisches Verordnungssystem) sowie Änderung in der Sicherheitskultur (Teamwork-Training zur Verbesserung der Kommunikation). Das Fazit ist, Patienten haben ein Recht darauf, sowohl sicher als auch hochqualitativ versorgt zu werden. Ein Bericht zu medizinischen Fehlern gab den Impuls für nationale und internationale Leistungen zur Verbesserung der Sicherheit und hat auch zu wichtigen Änderungen in Sicherheitskultur, Ausbildung, rechtliche Bestimmungen und Technologie geführt. Da jedoch die Quantifizierung von Sicherheit üblich von den Meldungen der medizinischen Einrichtungen abhängt, ist die Doppelstrategie von Transparenz und abgestufter Bezahlung eher für den Qualitäts- als den Sicherheitsbereich relevant. Doch trotzdem gibt es bei beiden Bestrebungen genügend Gemeinsamkeiten, beide profitieren von vermehrter Informationstechnik, Standardisierung, Vereinheitlichung, zyklische Verbesserungsstrategien und interdisziplinären Teams. Aktivitäten zum QM führen somit auch zu einer besseren Sicherheit (vgl. Wachter 2010, S. 26f).

7.2. Die Einbindung des Patienten als Sicherheitsstrategie

Die Möglichkeit von Patienten sich vor medizinischen Fehlern zu schützen, sind limitiert, es kommen auch noch andere Probleme dazu. Ärzte sehen gerne informierte Patienten und Familienangehörige, welche Fragen haben und die Behandlung aufmerksam verfolgen. In vielen Fällen handelt es sich aber weniger um ein vorsichtiges Nachfragen, als um eine Konfliktsituation, welche zu Konfrontationen mit medizinischen Mitarbeitern führt und somit der Sicherheit des Patienten schadet. Folglich denken Ärzte und Pflegekräfte zweimal nach, bevor sie das Zimmer eines solchen Patienten betreten. Sollten Patienten und deren Familien bei der Vermeidung von Fehlern mitwirken, bedeutet dies auch, dass man den im medizinischen Bereich Mitarbeitern und den beteiligten Einrichtungen die Verantwortung entzieht. Warum aber soll der Patient verantwortlich dafür sein, ob er das korrekte Medikament erhalten hat. Wenn wir ein Flugzeug besteigen, müssen wir uns auch auf die Luftgesellschaft verlassen, damit wir sicher fliegen können. Ein Patient, welcher ein Krankenhaus betritt, muss das gleiche Gefühl der Sicherheit haben (vgl. Wachter 2010, S. 178).

8. ZUSAMMENFASSUNG DER ARBEIT

Diese Arbeit beschreibt unter anderem Grundlagen des Qualitätsmanagements. Erläutert wird in diesem Kapitel das Qualitätsmodell nach Donabedian, welches häufig in der Praxis eingesetzt wird. Außerdem wird kurz auf das QM im LKH Villach eingegangen. Weiters wird das Gesetz des QM erläutert. Im darauf folgenden Kapitel wird ein wichtiger Teil der Motivation von Mitarbeitern gewidmet, da Managementsysteme auf gute Zusammenarbeit aufbauen. Als gemeinsames Ziel kann eine externe Überprüfung motivierend sein, welche im nächsten Punkt beschrieben wird. Hier wird die internationale Qualitätssicherung „Joint Commission“ vorgestellt. In den nächsten Punkten wird die Fragestellung „Wie Risiken auf einer Intensivstation vorgebeugt werden“ durch speziell entwickelte Standards für den Intensivbereich, beantwortet. Somit ergibt sich die Bestätigung der These, dass durch Standards und Checklisten die Sicherheit am Patientenbett in hohem Masse gegeben ist. Im Anhang wird als Beispiel eine aktuelle Richtlinie als Beispiel gezeigt. Ebenfalls bestätigt sich, dass Risikomanagement ins Qualitätsmanagement integriert wird, auch wenn es in der Theorie meistens getrennt behandelt wird. Diese Systeme werden ganzheitlich betrachtet und tragen so zur Patientensicherheit bei. Vorweg werden theoretische Grundlagen des Risikomanagement näher gebracht, wo der Managementprozess strukturiert erklärt wird. Als weiteren wesentlichen Punkt wird das Fundament der Systeme, Rechtliche Grundlagen und Anforderungen im Gesundheitswesen, bearbeitet. Einer der letzten Punkte beschäftigt sich mit dem Unterschied von Qualität und Sicherheit, Grundlagen der Patientensicherheit, welche an oberster Stelle der JCI steht, sowie die Einbringung des Patienten selbst als Sicherheitsstrategie.

9. LITERATURVERZEICHNIS

Bücher:

BUCHARDI H. (2011): Die Intensivmedizin, 11. Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.

GLEISSNER W. ROMEIKE F. (2005): Risikomanagement, Rudolf Haufe Verlag GmbH&Co, KG München.

HARTL F., WERNISCH D. (2011): Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen, 3 aktualisierte Auflage, Verlagshaus der Ärzte, Wien.

JOHANNES H., WÖLKER T. (2011): Arbeitshandbuch Qualitätsmanagement, 2. Auflage, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.

KAHLA-WITZSCH H. (2009): Praxiswissen Qualitätsmanagement im Krankenhaus, 2. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart.

PAULA H. (2007): Patientensicherheit und Risikomanagement im Pflege- und Krankenhausalltag. Springer Medizin Verlag: Heidelberg.

SCHWEPPE P., NEUBAER O., KRÖLL W. (2011): Klinisches Risikomanagement, rechtliche Anforderungen, Methoden, Anwendung und Umsetzung im Gesundheitsbereich, 1 Auflage, neuer wissenschaftlicher Verlag GmbH nfg KG: Österreich.

SASSEN S., BORUTTA M., LENNEFFER J. (2007): Risikomanagement. Führungsstrategien für pflegerische Kernbereiche. Vincentz Network: Hannover.

WACHTER R.M. (2010): Fokus Patientensicherheit. Fehler vermeiden, Risiken managen. Herausgegeben von Joachim Koppenberg, Peter Gausmann und Michael Henninger. Wissenschaftsverlag GmbH: Deutschland.

Fachzeitschriften:

DAS VILLACHER MODELL des patientenorientierten Qualitätsmanagement – Kurzversion 2004.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (2011): Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser, 4. Auflage, deutsche Übersetzung. Sanicademia – Internationale Fortbildungsakademie für Gesundheitsberufe: Villach – Trieste – Venezia.

Internet:

www.jointcommissioninternational.com

www.ris.bka.gv.at

www.lkh-villach.at

10. ANHANG