

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR  
FÜHRUNGSAUFGABEN (BASISAUSBILDUNG)  
„Basales und mittleres Pflegemanagement“  
07.11.2011 bis 04.10.2012**

# **ABSCHLUSSARBEIT**

zum Thema

**Die KTQ – Zertifizierung  
im  
EKH**

vorgelegt von: Gertrude Lobnig  
Krankenhaus der Elisabethinen  
Ambulanter Bereich und Aufnahme

begutachtet von: Mag. Horst Sadovnik  
KABEG Management

September 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.

Lobnig Gertrude

Klagenfurt a.W., August 2012

## **Abkürzungsverzeichnis**

a.W.	am Wörthersee
bzw.	beziehungsweise
chir.	chirurgisch
chron.	chronisch
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EKG	Elektrokardiogramm
EKH	Elisabethinen Krankenhaus
ggf.	gegebenenfalls
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Insb.	insbesondere
ISO	Internationale Organisation für Normung
IT	Informationstechnik
kons.	konservativ
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität
pCC	Pro Cum Cert
vgl.	Vergleiche
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	Zum Beispiel

# Inhaltsverzeichnis

VORWORT .....	6
1 EINLEITUNG .....	7
2 KRANKENHAUS DER ELISABETHINEN KLAGENFURT .....	8
2.1 Managementaufbau des EKH .....	8
2.2 Kompetenzbereiche der Pflege und Ärzte .....	9
3 QUALITÄTSMANAGEMENT .....	11
3.2 Qualitätsmanagement-Modelle .....	13
3.2.1 ISO-9000 Normen-Familie .....	18
3.2.2 Joint Commission .....	19
3.2.3 KTQ .....	20
3.2.4 pCC .....	23
4 KTQ IM EKH .....	24
4.1 KTQ im Ambulanz- Aufnahmebereich und in der Funktionsdiagnostik .....	28
5 RESÜMEE .....	30
6 ZUSAMMENFASSUNG .....	32
LITERATURVERZEICHNIS .....	33
ANHANG .....	35

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1. Organigramm Elisabethinen Krankenhaus .....	9
Abbildung 2. Organigramm Ärzte und Fachbereich EKH.....	10
Abbildung 3. Organigramm Pflegebereich des EKH.....	10
Abbildung 4. PDCA-Zyklus.....	22
Abbildung 5. Projektaufbauorganisation.....	25

## **VORWORT**

Als langjährige Mitarbeiterin im Ambulanz- und Internen Aufnahme Bereich des Elisabethinen-Krankenhauses wurde es mir ermöglicht, den Weiterbildungslehrgang für Führungsaufgaben „Basales und mittleres Pflegemanagement“ 2011/2012 zu absolvieren. In dieser Weiterbildung verfolgte ich u.a. den Themenbereich Qualitätsmanagement und –sicherung – aufgrund der bevorstehenden KTQ/pCC Zertifizierung im Oktober 2012 – mit großem Interesse. Als Mitarbeiterin einer Projektgruppe und Verantwortliche des Ambulanz- und Internen Aufnahme Bereiches habe ich mich daher entschlossen, den Fokus meiner Abschlussarbeit, auf diesen Themenbereich zu legen – mein theoretisches Hintergrundwissen zu erweitern – und bestehende Qualitätsmodelle zu erläutern. Einen Schwerpunkt dabei stellt das KTQ und pCC Modell dar.

An dieser Stelle möchte ich mich bei meinem Betreuer Hr. Mag. Sadovnik Horst für seine Unterstützung und Geduld recht herzlich bedanken.

Gertrude Lobnig

Klagenfurt a.W., August 2012

## **1 EINLEITUNG**

Das Thema Qualitätsmanagement ist seit Jahren im Gesundheitswesen zu einem wesentlichen Management-Aspekt geworden. Die drei typischen Säulen eines Krankenhauses – Ärzte, Pflege und Verwaltung – werden damit, unter den Ansprüchen Qualität, Wirtschaftlichkeit und Humanität miteinander verbunden, denn Qualitätsmanagement stellt den Kunden bzw. Patienten in den Mittelpunkt. Die Vielzahl von Angeboten ist mittlerweile unüberschaubar geworden. Oft wird ein Verfahren gewählt, das scheinbar einfach und schnell zu einem Zertifikat führt, welches andere Krankenhäuser auch haben. (vgl. Hahne, Bettina; Qualitätsmanagement im Krankenhaus, 2011, Kapitel 9)

Somit stellt sich für mich die Frage nach Unterschieden. Welche Qualitätsmanagementsysteme kommen grundsätzlich – für ein Krankenhaus – in Frage und welchen Wert hat, im Sinne einer nachhaltigen Entwicklung, die pragmatische Umsetzung.

Dazu möchte ich in meiner Abschlussarbeit als erstes das Elisabethinen Krankenhaus vorstellen. Im Hinblick auf die bevorstehende Zertifizierung des Elisabethinen – Krankenhauses beschreibe ich das Thema Qualitätsmanagement allgemein und gehe auf einige bekannte Qualitätsmodelle, welche in Österreichischen Krankenhäuser ihre Anwendung finden Näher ein.

Als zentrales Thema der Abschlussarbeit wird das KTQ inklusive pCC Modell erläutert. Im letzten Teil habe ich den Fokus insbesondere auf den Bereich der Ambulanz-Aufnahme und der Funktionsdiagnostik gelegt um damit die Literaturempfehlungen mit meinen Praxiserfahrungen in Verbindung bringen zu können.

Die Inhalte dieser Arbeit entstammen einer Literaturanalyse und der Analyse des konkreten Vorgehens im Elisabethinen-Krankenhaus.

## **2 KRANKENHAUS DER ELISABETHINEN KLAGENFURT**

Der Leitsatz der geistlichen Schwestern: „**unser Dienst an den Kranken geschehe allzeit aus Liebe** (Leitbild Elisabethinen Krankenhaus S.1).“

Die Ursprünge des Hauses gehen bis in das Jahr 1710 zurück. Damals wurden Schwestern des Elisabethinen-Ordens aus Graz nach Klagenfurt geholt um mit Hilfe einer Stiftung und durch die Förderung von Erzherzogin Marianna von Habsburg, Tochter Maria Theresias, ein Krankenhaus zu gründen. Die Schwestern betreuten damals vier Patienten. Durch den Fleiß der Schwestern und die finanzielle Unterstützung der Erzherzogin konnte das Krankenhaus auf 50 Betten erweitert werden. Bis in das Jahr 1920 wurden die Patienten unentgeltlich gepflegt. 1929 erhielt das Krankenhaus das Öffentlichkeitsrecht. Im zweiten Weltkrieg diente das Krankenhaus als Lazarettspital. In den Nachkriegsjahren wurde das Haus nach und nach aufgebaut und erweitert. Wichtige Meilensteine hierbei waren 1947 die Eröffnung einer internen Abteilung, 1952 die Wiederaufnahme der chirurgischen Abteilung mit 100 Betten. Bis zum Jahr 1985 wurde der Bettenstand auf 160 Betten angehoben. Im Jahr 1995 wurde ein neuer interner und chirurgischer Bettentrakt angebaut mit insgesamt 205 Betten, dieser wurde 1998 eröffnet (vgl. Leitbild Elisabethinen Krankenhaus S.5 – 6).

Im Jahr 2000 wurden Ambulanzen für den chirurgischen, orthopädischen und internen Bereich eröffnet. Die Endoskopie wurde 2004 neu adaptiert und eröffnet. 2007 wurde noch eine Prämedikationsambulanz eingerichtet. Ein wichtiger Wendepunkt in der Geschichte des bislang geistlichen Spitals war das Jahr 2003. In diesem Jahr wurde das Spital in eine GmbH umgewandelt und somit wechselte auch die Führung. Von nun an gab es nicht mehr eine rein geistliche sondern eine weltliche Führung. Damit verbunden war eine große nachhaltige Veränderung des Krankenhauses i.S. der Etablierung eines neuen Führungsstils. Sämtliche Bereiche wurden ausgelagert, neu organisiert und umstrukturiert. Diese Neuorientierung stellte für die Mitarbeiter eine große Herausforderung dar (vgl. 300 Jahre Elisabethinen in Klagenfurt, S.115 -117).

### **2.1 Managementaufbau des EKH**

2006 entstand eine Kooperation mit dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit. Die GmbH ist im Besitz des Ordens der Barmherzigen Brüder Österreichs und des Konvents der Elisabethinen Klagenfurt. Aus diesem Zusammenschluss ergab sich eine neue Aufteilung des Managements, in deren Mittelpunkt die kollegiale Führung steht. Ihr übergeordnet sind die Geschäftsführung, der Aufsichtsrat und die Eigentümerversammlung. Als beratende Abteilungen wurden die Stabstellen Hygiene und Qualitätsmanagement eingeführt. Die kollegiale Führung besteht aus dem medizinischen Direktor, welcher für

die Fachbereiche des Krankenhauses und das dazugehörige medizinische Personal verantwortlich ist. Der Pflegedirektorin sind das gesamte Pflegepersonal, Therapeuten, Schüler, Praktikanten und ein Teil des Reinigungspersonals zugeordnet. Die kaufmännische Direktion ist für die gesamten administrativen, baulichen und wirtschaftlichen Bereich zuständig.

## ORGANIGRAMM

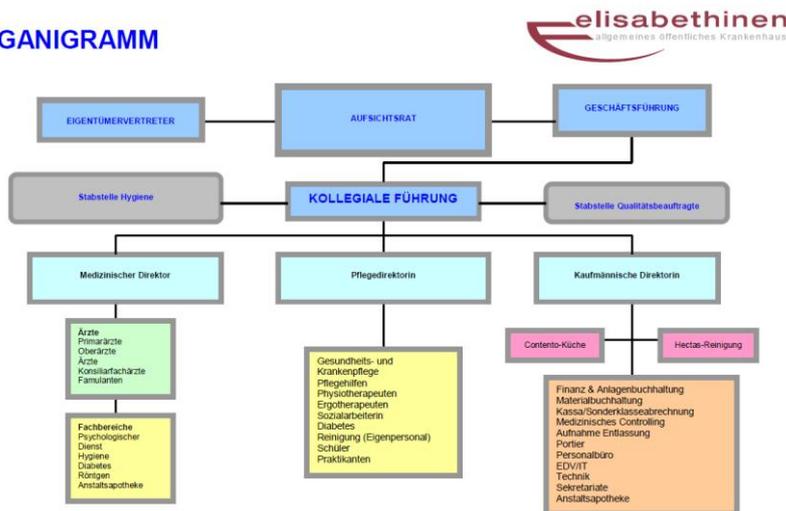


Abbildung 1. Organigramm Elisabethinen Krankenhaus (Intranet EKH)

## 2.2 Kompetenzbereiche der Pflege und Ärzte

Das Krankenhaus beschäftigt 285 Mitarbeiter, 23 geistliche Schwestern die zum Teil noch aktiv in der Pflege und im Krankenhausbereich mitarbeiten. Zurzeit verfügt das Krankenhaus über 178 Betten die auf folgende Abteilungen aufgeteilt werden:

- Innere Medizin
- Department für Akutgeriatrie und Remobilisierung
- Chirurgie
- Orthopädie
- Anästhesie & Intensiv
- Radiologie (nicht bettenführend)

Für die Betreuung ambulanter Patienten stehen folgende Ambulanzen zur Verfügung:

- Interne Ambulanz mit Schwerpunkt Diabetes und Rheumatologie
- Chirurgische Ambulanz mit spezieller Wundversorgung von chron. Wunden
- Stoma – Betreuung
- Orthopädie Zentrum für den Bewegungsapparat
- Onkologie
- Geriatrie

Im Krankenhaus der Elisabethinen werden jährlich rund 6.600 Patienten stationär, 10.000 ambulante Patienten betreut und ca. 2.400 Operationen durchgeführt.

Um eine optimale Versorgung der Patienten zu gewährleisten sind ein kompetentes Team von Ärzten, diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegefachkräften, Pflegehelfern, Röntgenassistenten, Laborassistenten, Diätberatern, diplomierten Sozialarbeitern, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Psychologen verantwortlich.

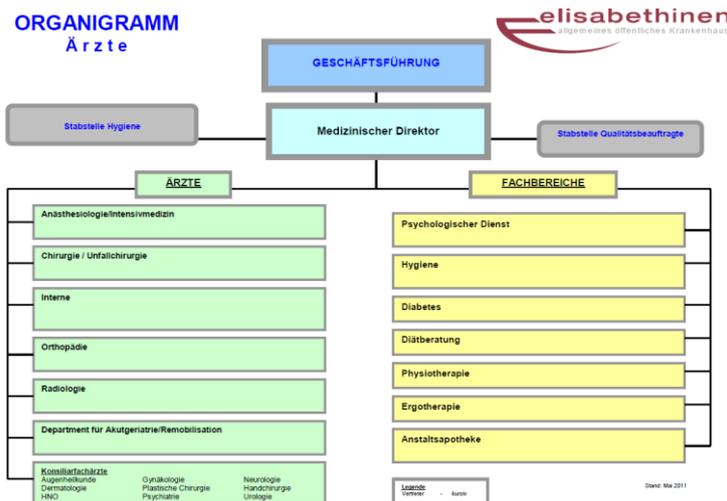


Abbildung 2. Organigramm Ärzte und Fachbereich EKH (Intranet EKH)

Diese beiden Organigramme zeigen nochmals die Kompetenzverteilung im Bereich der Ärzte und Pflege im Detail, welche oben bereits kurz erwähnt wurden.

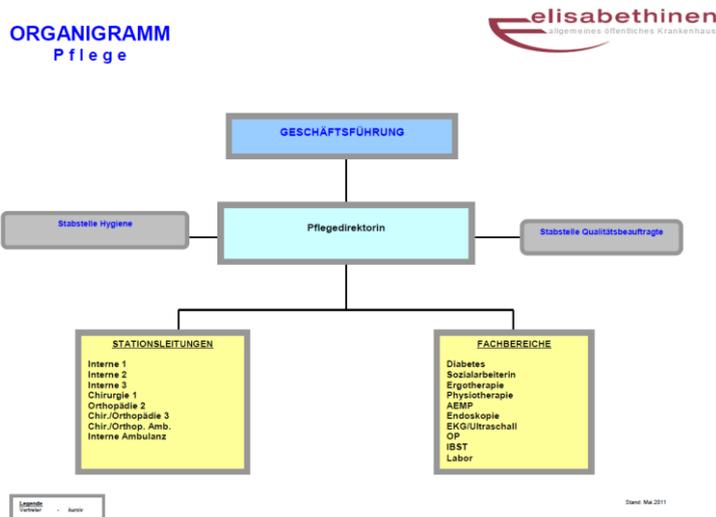


Abbildung 3. Organigramm Pflegebereich des EKH (Intranet EKH)

### 3 QUALITÄTSMANAGEMENT

Qualitätsmanagement bzw. -sicherung ist seit 1994 eine gesetzliche Vorschrift des österreichischen Bundesministeriums. Seit 2005 sind Krankenhäuser verpflichtet ein Qualitätsmanagement aufzubauen und laufend weiter zu entwickeln. Ziel der Maßnahmen zur Qualitätssicherung muss sein, dass vorhandene Defizite in der Qualität erkennbar gemacht werden um damit kontinuierliche Verbesserungsprozesse in Gang zu setzen. Jedes Krankenhaus strebt damit eine den Patientenanforderungen entsprechende Qualität an (vgl. Leitfaden zur Qualitätssicherung in Krankenanstalten, S. 8).

Die Grundprinzipien der Qualitätssicherung sind

- die Patientenorientierung,
- Transparenz,
- Effizienz,
- Effektivität und
- Patientensicherheit.

Die Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung. Patienten beurteilen Qualität von Dienstleistungen oder von Produkten durch ihre Wahrnehmungen. Jeder Patient hat für sich ein eigenes Erwartungs- und Anspruchsniveau. Für den Patienten ist die Qualität der medizinischen Leistung, die Qualifikation der Ärzte, des Pflegepersonals und den Therapeuten, der Ablauf des Diagnose- und Behandlungsprozesses und von der Heilung oder der Besserung des Krankheitszustandes nach der Entlassung wichtig.

Ebenso als wichtig erscheint dem Patienten die Ausstattung mit den Hotelleistungen des Krankenhauses, die Freundlichkeit des Personals und die Information und Kommunikation. Laut der WHO ist es das Recht eines jeden einzelnen das höchsterreichbare Ausmaß an Gesundheit und auch das Recht auf die bestmögliche Gesundheitsversorgung als oberstes Ziel zu erhalten. Es muss für jeden einzelnen der Zugang zu den Gesundheitsleistungen möglich gemacht werden und die Leistungen auch qualitativ angeboten werden. Darum sollten die verschiedenen beschäftigten Berufsgruppen im Krankenhaus an einem hohen Qualitätsniveau interessiert sein und dieses ständig verbessern. Es müssen die Befähigungen zur Arbeit im Krankenhaus mittels Zeugnissen und Zertifikaten nachgewiesen werden. Um eine qualitative Versorgung des Patienten gewährleisten zu können, müssen die Ausstattung und die Betriebsmitteln eines Krankenhauses qualitativen Eigenschaften und bestimmten Sicherheitsbestimmungen entsprechen. Ein wichtiges Argument für die Qualitätssicherung ist, dass man aus Fehlern lernen sollte, dazu benötigt man ein ausreichendes Problembewusstsein. Eine Beurteilung der eigenen Leistungen sollte mögliche Schwächen und Fehler aufzeigen,

diese sollten für die Weiterentwicklung eines jeden einzelnen genutzt werden um ein professionelles Handeln bei allen Beteiligten zu erreichen (vgl. Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus, S. 13).

Eine international anerkannte Einteilung des Qualitätsbegriffes erfolgt nach Avelis Donabedian. 1966 hat er diese Einteilung, basierend auf das amerikanische Gesundheitswesen, veröffentlicht. Laut Donabedian teilt sich der globale Qualitätsbegriff in die drei folgenden Kategorien

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität (vgl. Gerull 2006, S. 73)

Der Begriff **Strukturqualität** umfasst alle strukturellen betrieblichen Bedingungen, wie räumliche und materielle Ausstattung, personelle Besetzung sowie die Kompetenzen des Pflegepersonals. Betriebliche Bedingungen können für den Prozess der Leistungserbringung förderlich aber auch hemmend sein. Hemmend sind betriebliche Bedingungen im Gesundheitswesen dann, wenn sie für das Pflegepersonal berufsfremde Tätigkeiten darstellen. Dies können administrative Aufgaben, Hol- oder Bringdienste oder Unklarheiten bei der Zuteilung von Tätigkeiten. Wenn es im Bereich der strukturellen Bedingungen Schwächen gibt, wird die Pflegedienstleistungserstellung behindert und deshalb sollte dieser Bereich bei der Implementierung von qualitätssicherenden Maßnahmen mit eingebunden werden (vgl. Graudenz 2008, S. 12).

**Prozessqualität** umfasst alle Maßnahmen, die während einer Behandlung eines Patienten getätigt werden. Die Ebene Prozessqualität umfasst alle pflegerischen Handlungen und die dazugehörigen Maßnahmen zur Qualitätserreichung. Ziel ist es, die Handlungen und Maßnahmen so zu optimieren, dass sie den vereinbarten Kriterien entsprechen (vgl. Graudenz 2008, S. 12).

Bei der **Ergebnisqualität** geht es um das Endergebnis. Hier tun sich bei der Messung jedoch einige Schwierigkeiten auf, da das Endergebnis nicht nur von den pflegerischen Maßnahmen abhängig ist. Faktoren wie medizinische Betreuung und persönliche Bedingungen des Patienten wie Alter, Erkrankung, Lebensperspektive im Anschluss, beeinflusst sehr stark das Endergebnis. Erst durch die objektive und strukturierte Erfassung des Patientenzustandes beim Eintritt in den Pflegebetrieb kann die Beurteilung des Endergebnisses verbessert und genauer werden. Dies trifft auch auf die Ergebnisqualität zu (vgl. Graudenz 2008, S. 13).

Von Qualitätsmanagement im Krankenhaus kann dann gesprochen werden, wenn möglichst alle Mitarbeiter sich so verhalten, wie es eine hohe qualitative

Patientenversorgung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsprinzips und der vorhandenen Ressourcen erfordert. Konsequente und kontinuierliche Qualitätssicherung sollte zu einer ständig steigenden Qualität führen (vgl. Qualitätsmanagement im Österr. Gesundheitswesen).

Davon ausgehend, dass sich dieser Qualitätsgedanken bei allen Mitarbeitern durchsetzen und sich zu einem handlungsleitenden Prinzip entwickelt, stellt die vorbildliche Mitarbeit aller Hierarchieebenen eine Grundvoraussetzung dafür dar.

*„Es gibt kein Limit für die erreichbare Qualität – nicht einmal bei den leichtesten Arbeiten.“* (Bone/Griggs 1993, S.10).

Themen wie soziale Gerechtigkeit und Gleichheit beim Zugang unseres Gesundheitssystems sind in unserer Gesellschaft von hoher Bedeutung (vgl. Eugen Hauke im Vorwort von Offermanns 2011, S. 2).

Deshalb wird es in den Krankenhäusern zukünftig immer mehr ein wesentlicher Bestandteil sein, die Qualität transparent zu machen. Das heißt ständig an der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Qualität, sowie an der Wirksamkeit der gesamten Organisation zu arbeiten. Eine erfolgreiche Umsetzung der Qualitätsmanagementansätze ermöglicht die Qualität der Organisation (vgl. Offermanns 2011, S. 175).

Der Gesetzgeber und die Länder müssen entsprechende Rahmenbedingungen für das interne Qualitätsmanagement schaffen (Makro-Ebene), andererseits werden Krankenhäuser das Thema Qualität in den Mittelpunkt der Strategieentwicklung rücken müssen (Meso-Ebene). Nur dann kann eine messbare Qualitätssteigerung in der Behandlung, Pflege und Therapie der Patienten Wirklichkeit werden (Mikro-Ebene). Zukünftig wird es nicht mehr ausreichen gute Qualität zu erbringen, sondern man wird diese gegenüber einem erweiterten Kreis von Anspruchsgruppen auch darlegen müssen (Patient, Länder, Kassen, Trägern, Gesetzgeber etc.) (vgl. Offermanns 2008b, S. 380).

Um diesen Anspruchsgruppen gerecht zu werden, ist es notwendig ein Qualitätsmodell zu implementieren. Hier geht es um das Sichtbarmachen der Qualität und der Sicherung der Leistung sowie die Weiterentwicklung einer Organisation (vgl. Offermanns 2011, S. 188).

### **3.2 Qualitätsmanagement-Modelle**

Qualitätsmanagement-Modelle sind Instrumente zur Steigerung von Effektivität und Effizienz in der allgemeinen Versorgung und Behandlung eines Patienten in einem Krankenhaus. Qualitätsmodelle eignen sich dazu, die verschiedenen etablierten Methoden der bisher schon üblichen Qualitätssicherung in den Abläufen des Krankenhauses zu integrieren und das Augenmerk auf die formalen Mechanismen zum internen Feedback zu legen. Bisherige Arbeiten und Vorgangsweisen gehen nicht verloren, sondern erhalten

neue Impulse zur Weiterentwicklung. Es ist unabdingbar einen Bezugsrahmen zu entwerfen, der zur Bewertung der Wirksamkeit verschiedener Qualitätsmodelle seinen Anforderungen gerecht wird. Es ist auch von großer Wichtigkeit Grundkonzepte wie die Qualitätsdimension von Donabian zu integrieren und zu verankern. Um den Blick auf die Qualität eines Krankenhauses zu richten, werden Steuerungsansätze und -modelle benötigt, welche in den verschiedenen Qualitätsmodellen ihren Niederschlag finden. Auf unterschiedlichste Perspektiven ist zu achten und es ist zu berücksichtigen, dass eine Passung zwischen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Perspektiven hergestellt wird (vgl. Offermanns, 2011 S.189).

Erzielt wird Qualität dann, wenn eine optimale Balance zwischen den realisierbaren Möglichkeiten und von der Organisation zu definierenden Bezugsrahmen mit relevanten Messgrößen, aber auch ethischen Aspekten besteht. Für ein wirksames Qualitätsmanagement können Qualitätsmodelle nur ein Teil sein, um die Umsetzung der Ziele des Qualitätsmanagements insgesamt zu unterstützen. Durch die Einführung eines Qualitätsmodelles allein kann die Situation im Bereich des Qualitätsmanagement noch nicht verbessert werden. Das Qualitätsmanagement stellt einen Teil des Steuerungssystems eines Krankenhauses dar und deshalb soll die grundlegende methodische Orientierung konsequenterweise am Systemansatz erfolgen. Der Bezugsrahmen sollte „bottom up“ wirken, stufenweise entwickelbar sein und vorhandene Initiativen integrieren sowie eine Kultur des Messens und der Informationsverarbeitung berücksichtigen. „Bottom up“ bedeutet hier, dass die bestehenden Initiativen im Bereich eines Qualitätsmanagements in den Bezugsrahmen einschließlich der dort involvierten Mitarbeitern integriert werden (vgl. Offermanns 2011, S.192).

Wichtige Elemente von Qualitätsmodellen sind Indikatoren für die Qualität der Leistungen, welche in dem Bezugsrahmen eine bedeutende Rolle einnehmen müssen (vgl. Schellekens 2006, S. 193; Walburg 2006c, S.196 et al).

Qualitätsindikatoren können durch erhobene Daten und Strukturen einen integralen Bestandteil eines Qualitätskonzeptes bilden, und somit für das Qualitätsmanagement eine relevante Informationsquelle über erbrachte Leistungen eines Krankenhauses sein. Ziel eines solchen Qualitätskonzeptes ist es, die Sichtweisen der unterschiedlichsten Anspruchsgruppen im Modell wieder finden zu können. Die Struktur eines solchen Qualitätskonzeptes muss sich an einem relevanten Qualitätsbegriff orientieren, welcher sich wieder an aktuellen Anforderungen, Erwartungen und professionellen Erfordernissen orientiert. Neue wissenschaftlich, abgestützte Steuerungsinstrumente, wie unter anderem Standards, Richtlinien, Leitlinien und klinische Pfade, müssen dabei integriert werden (vgl. Offermanns 2011, S. 192).

Die Bedingung eines funktionierenden Qualitätsmodells ist, dass die Informationen und Messergebnisse - um eine nützliche Qualitätsinformation liefern zu können - sich im Bezugsrahmen wieder spiegeln müssen. Dazu können Qualitätsindikatoren entwickelt werden, welche es ermöglichen aus den erfassten Daten Informationen über die Qualität des Kernprozesses in den klassischen Kernbereichen (Medizin, Pflege und Therapie) zu gewinnen. Diese werden dann mit der Gesamtorganisation zusammengeführt (vgl. Offermanns 2001, S.201).

Qualitätsmodelle dienen dazu unterschiedliche Instrumente und Methoden der Qualitätssicherung zu integrieren, interne Feedbacksysteme einzuführen, sowie nach außen Rechenschaft über die Wirksamkeit abgeben zu können. Ein Krankenhaus besteht aus mehreren Systemen. Mit der entsprechenden Auswahl eines speziellen Qualitätsmodelles, welches die unterschiedlichen Zusammenhänge koordinieren muss, richtet sich die Organisation auf bedeutendste Profession und auf die maximale Wertschöpfung und Bedürfnisse eines Patienten. Klare Strukturen und Prozesse ermöglichen klare Rollendefinitionen und können so bei den Mitarbeitern für Zufriedenheit am Arbeitsplatz sorgen (vgl. Offermanns 2011 S. 193).

Das Ziel eines Qualitätsmodelles kann es sein, gute Qualität in der Krankenversorgung zu ermöglichen und die Kernprozesse ständig zu verbessern. Diese Verbesserung ist ausgerichtet auf die Anspruchsgruppen und ist von den ökonomischen Kriterien wie Effektivität und Effizienz geprägt. Das Qualitätsmodell nimmt dabei auch auf die Organisation selbst Bezug, nämlich an die Interaktion zwischen den arbeitenden Menschen und in den einzelnen Bereichen (vgl. Offermanns 2011, S. 202).

Für die strategische Entscheidung eines Qualitätsmodelles muss jede Organisation zunächst einmal an dem vorgestellten Bezugsrahmen spiegeln, ob das ausgesuchte Qualitätsmodell überhaupt die relevanten Anforderungen erfüllt. Es werden im Allgemeinen vier unterschiedliche Formen der Qualitätsbewertung im Gesundheitswesen den verschiedenen Qualitätsmodellen zugeordnet (vgl. Möller 2008, S. 245).

Dabei sind zu nennen

- die Auditierung in Peer-Review-Verfahren,
- die Akkreditierung,
- die Zertifizierung und
- die Nutzung von Exzellenz-Modellen.

Ad) Auditierung das Peer-Review-Verfahren

Dieses Verfahren bietet die Möglichkeit das medizinische Leistungsspektrum von anderen gleichgestellten Experten (Peers) bewerten zu lassen. Es bezieht sich auf die Bewertung einzelner medizinischer Leistungsbereiche oder Leistungsprozesse. Ziel ist es, die

beobachtete Qualität ärztlichen Handelns zu dokumentieren und Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten zu bieten. Es sollen durch die Rückmeldungen individuelle Hinweise darauf gegeben werden, professionelles Verhalten ggf. zu überdenken und modifizieren. Es werden zum Beispiel Krankenakte, Verordnungsverhalten oder Entlassungsberichte betrachtet. Die zu bewertende Abteilung füllt in der Vorbereitungsphase eines Audits einen standardisierten Fragebogen aus. Dieser Fragebogen beinhaltet Angaben zur Einrichtung, zu den Fachabteilungen, zu den Leistungsentwicklungen, zu den Qualitätssicherungsverfahren und zur Aufnahme, Diagnostik, Therapie, Pflege, Verlegung und Entlassung von Patienten (vgl. Möller 2008, S.243).

Der ausgefüllte Fragebogen wird an die Gutachter gesendet, welche ihm vor Beginn des eigentlichen vor Ort Besuchs der Visitation auswerten. Für gewöhnlich dauert die Auditierung ein bis zwei Tage, wo anhand der Bewertungsprotokolle noch weitere Informationen gesammelt werden. Dabei werden Dokumente ausgewertet (z.B. Führung der Krankengeschichte in Akten oder in der EDV), medizinisch- pflegerische Versorgungsprozesse beobachtet (z.B. Anwendung von Behandlungsleitlinien und -standards) und gezielte Interviews geführt (z.B. Fallbesprechungen, Einschätzung der Patientenzufriedenheit). Nach Beendigung der Auditierung erfolgt ein qualifiziertes Feedback mit Vorschlägen für Verbesserungen. Es wird durch einen Gutachter ein Audit-Bericht für die besuchte Abteilung mit Handlungsempfehlungen abgegeben. Von den medizinischen Fachgesellschaften wird das Ziel verfolgt, durch Auditierungen Behandlungsqualität zu verbessern und eine hohe Leistungsfähigkeit ihrer Mitglieder zu gewährleisten.

In diesem Verfahren wird die Verbindung von direkten und individuellen Rückmeldung als Vorteil gesehen. Eventuelle Nachteile dieses Verfahrens liegen einerseits in der Akzeptanz der Urteile der Peers und auch in der geringen Verbindlichkeit und relativen Unstrukturiertheit des Verfahrens. Es gibt auch keine Möglichkeit der Nachvollziehbarkeit des Verfahrens durch dritte Anspruchsgruppen oder eine Einbeziehung von pflegerischen und therapeutischen Prozessen als wesentliche Bedingung für den Heilerfolg. Die im Bezugsrahmen geforderte Integration von Prozessen wird hier nicht vorgenommen und eine routinemäßige Messung und Auswertung von Ergebnissen ist nicht vorgesehen (vgl. Offermanns 2011, S. 205f).

#### Ad) Akkreditierung

Die Akkreditierung bildet die zweite Möglichkeit zur Darlegung der Qualität, welche ein Verfahren zur Verbesserung aller Tätigkeiten einer Organisation darstellt. In einem Krankenhaus sind das die Bereiche der Medizin, Therapie, Pflege sowie auch im Management. Die Akkreditierung erfolgt auf der Basis externer Qualitätsevaluation mit

zuvor definierten Standards. Durch unabhängige speziell geschulte Sachverständiger werden vorgegebene Standards bewertet (z.B. durch die Joint Commission oder die Accreditation Canada) (vgl. Möller 2008, S. 245).

Den Ursprung der Akkreditierung geht auf das Jahr 1918 in den USA zurück, wo eine amerikanische Gesellschaft der Chirurgen bereits das Ziel hatte, medizinisches Personal vor den Auswirkungen schlechter Arbeitsbedingungen und mangelhafter Organisation im Krankenhaus zu schützen. Zur Voraussetzung für jene Form der Anerkennung wurde die konsequente Dokumentation der chirurgischen Interventionen für den Patienten. Als Grundlage für einen vor Ort Besuch durch ausgebildete Prüfer, z.B. ein Arzt, eine Pflegefachkraft oder ein Manager, dient die Selbstanalyse bzw. die Selbstbewertung. Die Selbstanalyse/ -bewertung beurteilen inwiefern die definierten Qualitätsstandards erfüllt werden. Sie orientieren sich an Beobachtungen, ausgewerteten Dokumenten und geführten Interviews (z.B. mit Mitarbeitern, Patienten oder auch Patientenvertretern) (vgl. Offermanns 2011, S. 206).

Die Sachverständiger führen am Ende ihrer Begehung ihre Eindrücke zu einer gemeinsamen Bewertung hinsichtlich der zuvor definierten Qualitätsstandards zusammen, und entscheiden über den Akkreditierungsstatus. Dieser gibt darüber Auskunft, wie gut und in welchem Umfang die Gesundheitseinrichtung die vorgegebenen Standards erfüllt (vgl. Joint Commission 2007, S. 6).

Die Akkreditierung umfasst die gesamte Gesundheitseinrichtung in ihren jeweiligen organisatorischen Grenzen vgl. (Möller 2008, S. 246). In Amerika dürfen keine Leistungen ohne gültige Akkreditierung erbracht werden, der Marktzugang ist an eine Akkreditierung gekoppelt (vgl. Offermanns 2011, S. 207).

Das Prinzip der Selbstbewertung, welches sich in unterschiedlichen Verfahren findet sowohl im Bereich der Zertifizierung und auch bei den Akkreditierungsmodellen, ist ein zentraler Punkt im Bereich des Qualitätsmanagement (vgl. Offermanns 2011, S. 207).

#### Ad) Zertifizierung

Die Zertifizierung ist die dritte bedeutende Kategorie in der Einteilung der Qualitätsmodelle. Es ist fest zuhalten, dass es generische Zertifizierungsverfahren gibt. Dabei ist die ISO-Zertifizierung eine der Bekanntesten, welche auf unterschiedlichsten Organisationen ihre Anwendung finden kann. Immer mehr an Bedeutung gewinnt das aus Deutschland stammende Verfahren der Kooperation für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (KTQ). Im Allgemeinen betrachtet ist die Zertifizierung ein Verfahren, in dem ein unparteiischer Dritter schriftlich bestätigt, dass ein Erzeugnis, ein Verfahren oder eine Dienstleistung definierte Anforderungen (Standards) auf die dafür vorgeschriebene Art und Weise erfüllt (vgl. Offermanns 2011, S. 207).

#### Ad) Exzellenz-Modelle

Bei den Exzellenz-Modellen wird die Entwicklung in den Mittelpunkt gestellt. Organisationen wird - durch die Bereitstellung eines normativ, entwickelten Bezugsrahmen - die Möglichkeiten geboten, sich auf den Weg kontinuierlichen Verbesserungen zu begeben und höchste Qualität anzustreben. Dabei stützt man sich auf bewährte wissenschaftlich und praktisch abgesicherte Managementkonzepte. Die Orientierung an den Kunden, Mitarbeitern, Partnern, Wettbewerbern und gesellschaftlichen Interessensgruppen gehören ebenso zu solchen Konzepten wie die Orientierung an Endergebnissen. Durch empirische Forschung wurde die Wirksamkeit von Exzellenz-Modellen mehrfach belegt, so auch in Gesundheitswesen (vgl. Offermanns 2011, S. 207).

Es existieren verschiedene Wege und Modelle, sich auf den Pfad der kontinuierlichen Verbesserung zu begeben. Zwischen den unterschiedlichen Konzepten besteht aber zumindest die Gemeinsamkeit, Qualität in den Fokus der Aufmerksamkeit zu rücken. Im folgenden Abschnitt werden einige Qualitätsmodelle beispielhaft beschrieben.

#### **3.2.1 ISO-9000 Normen-Familie**

Das ISO-9000-Verfahren diente in der Vergangenheit als Ausgangspunkt vieler Qualitätsinitiativen. In vielen Bereichen und verschiedenen Branchen lehnte man sich an die Grundprämissen von ISO an, bzw. orientierte man sich an dem Grundkonzept dieses Qualitätsmodelles (vgl. Wagner/Käfer 2008, S.121).

Ein besonderes Augenmerk liegt in diesem Modell auf der Prozessorientierung. Heute findet die ISO-NORMEN-FAMILIEN der internationalen Organisation für Normung (ISO), nach ihrer Etablierung in der Industrie, verbreitet Anwendung in klassischen Dienstleistungsbereichen und im Gesundheitswesen. Zahlreiche dokumentierte Anwendungen gibt es bereits in unterschiedlichen medizinischen Fachbereichen, insbesondere in technisch orientierten Bereichen (unter anderem in der Radiologie und Labor) (vgl. Müller 2007, S.7).

Durch stark normierte Planungs- und Produktionsschritte versucht das Konzept Qualitätsverbesserung zu erzielen. Es wird verlangt, dass in einem zu zertifizierendem Krankenhaus eine Ablauforganisation (beschriebene und beherrschte Abläufe) und eine Aufbauorganisation (definierte und beschriebene Aufgaben und Verantwortlichkeiten) bestehen. Der Mittelpunkt der Zertifizierung richtet sich an eine möglichst effiziente Organisation der Prozesse in allen Bereichen eines Krankenhauses (vgl. Wagner Patzak 2008, S. 351).

Damit ein Unternehmen nach den Standards der Normserie ISO-9000: 2007 zertifiziert werden kann, ist ein funktionierendes normenkonformes System zur Qualitätssicherung

und ein Qualitätshandbuch, in dem die Funktionsweise dokumentiert wird, Voraussetzung. (vgl. Wagner/Käfer 2008, S.125).

Die Dokumentation des Qualitätssicherungssystems wird im Zuge der Zertifizierung beurteilt. Das Qualitätssicherungssystem und die dazu gehörige Dokumentation sind nach den vorgegebenen Elementen der jeweiligen Zertifizierungsnorm aufgebaut. Von Auditoren wird beurteilt, inwiefern die realen Abläufe z.B. Beratung und Begutachtung der Diagnose und Therapie in der Gesundheitseinrichtung der erstellten Dokumentation entspricht. Die Auditoren überprüfen auch, ob das Qualitätsmanagementsystem der geforderten Norm entspricht und ob im Alltag auch danach gearbeitet wird. Die Zertifizierung wird nach erfolgreichem Abschluss erteilt, welche anschließend jährlich überprüft wird und nach drei Jahren wieder komplett zu wiederholen ist (vgl. Offermanns 2011, S. 213).

### **3.2.2 Joint Commission**

Von der amerikanischen Joint Commission und ihrer internationalen Tochter Joint Commission International werden Begutachtungsverfahren angeboten. Joint Commission war weltweit die erste Institution, welche sich auf den Gesundheitsbereich spezialisiert hat. Sie befasst sich mit der Prüfung der Qualität von Organisationen und ihrer Bestätigung durch eine entsprechende Urkunde. Es erfolgen Prüfungen von Krankenhäusern und anderen Institutionen im Gesundheitswesen mit dem Ziel einer Akkreditierung (vgl. Offermanns 2011 S.222).

Die zu beurteilenden Standards umfassen alle Prozesse von der Aufnahme bis zur Entlassung. Es wird die Qualität der Krankenbehandlung vom Erscheinen des Patienten bis zu seiner Entlassung untersucht und die dabei gewonnenen Daten werden genutzt, um Veränderungen in einer optimalen Versorgung zu etablieren. Alle Aspekte des Managements eines Krankenhauses werden in die Standards mit eingeschlossen. Erwartet werden Effizienz und beste Vorgehensweisen, im Sinne eines „Best Practice“ für alle Managementaufgaben von der Verantwortung der Vorgesetzten über klare Verantwortlichkeiten für das Funktionieren des gesamten Behandlungsumfeldes bis hin zur Aufsicht und bis zur Verantwortlichkeit für die strategische Planung (vgl. Joint Commission 2007, S. 39).

Patientenorientierte Standards beziehen sich auf:

- Zugang und Kontinuität der Behandlung
- Patienten und Familienrechte
- Assessment von Patienten
- Behandlung von Patienten
- Anästhesie und chirurgische Behandlung
- Management und Gebrauch von Arzneimitteln

- Schulung von Patienten und deren Angehörigen

und es existieren auch Standards, welche sich an die Organisation selbst und das jeweilige Management richten:

- Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit
- Prävention und Kontrolle von Infektionen
- Steuerung, Führung und Leitung
- Anlagemanagement und Sicherheit
- Mitarbeiterqualifikation und Weiterbildung
- Kommunikations- und Informationsmanagement (vgl. Joint Commission 2007, S.141).

Es wird eine Reihe von Prüfkriterien, um den Nachweis bestimmter Qualitätsvoraussetzungen für die Erhaltung bestimmter Mindestanforderungen (Standards) zu gewährleisten, zusammengestellt. Von der Joint Commission bevollmächtigte unabhängige Fachleute überprüfen deren Erfüllung. In dem Verfahren der Joint Commission geht es nicht nur um einen Nachweis der Konformität an einem Mindeststandard, sondern um Belege dafür immer besser zu werden. Die Begutachtung lehnt sich auf Gespräche mit Mitarbeitern, Patienten und Dritten, auf Prozessbeobachtungen der Gutachter, auf die von der Organisation vorgelegten Dokumente sowie auf die Ergebnisse der Selbstbewertung nach den Standards. Drei Jahre gilt die Akkreditierung, wenn sie nicht von der Joint Commission vorher widerrufen wird. Eine erneute Begutachtung ist anschließend erforderlich. Eine Akkreditierung kann bei Nichtbefolgen der Standards durch die Einrichtung von der Joint Commission auch verweigert werden (vgl. Offermanns 2011, S.224).

### **3.2.3 KTQ**

KTQ – Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen, ist ein Qualitätsmanagementsystem, welches 2001 in Deutschland entstand. Durch dieses Zertifizierungsverfahren soll eine stetige Sicherung und Verbesserung der Qualität in einem Krankenhaus gewährleistet werden. Das Verfahren basiert auf einer Selbst- und einer Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien. Die KTQ GmbH ist ein Zusammenschluss von gesetzlichen Krankenkassen, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Deutschen Pflegerat und dem Verband der Ärzte Deutschlands. Die ersten KTQ-Zertifikate wurden 2002 überreicht. Im Jahr 2009 waren bereits über 600 Einrichtungen KTQ zertifiziert (vgl. KTQ-Manual 2009, S.3).

Sechs Kategorien zur Darstellung der Patientenbedürfnisse sind die zentralen Elemente des KTQ-Modells. Die Kategorien sind für die Patienten, Angehörigen, die Begleitpersonen und die Mitarbeiter einer Einrichtung von besonderer Wichtigkeit. Das

Interesse der KTQ-GmbH ist es, die Einrichtungen des Gesundheitswesens, in diesem Fall das EKH, in ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Etablierung eines Qualitätsmanagementsystems, zu unterstützen. Durch Bearbeitung der sechs Kategorien werden gute Leistungen bzw. Beispiele kontinuierlicher Verbesserungen transparent dargestellt.

Um einen reibungslosen und effizienten Ablauf der Prozesse erzielen zu können, benötigt eine Einrichtung neben **Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit, Informations- und Kommunikationswesen, Führung auch das Qualitätsmanagement** zur sinnhaften Verbindung aller mit den Kategorien verbundenen Prozesse. Durch die Zertifizierung des internen Qualitätsmanagements einer Einrichtung werden die wesentlichen Prozessschritte nach dem Motto „der Patient steht im Mittelpunkt“ abgebildet (vgl. KTQ- Manual 2009, S.10).

Wie bei vielen Qualitätsmanagement-Systemen ist auch bei der KTQ der PDCA-Zyklus (Plan/ Do/ Check/ Act) ein wesentliches Arbeitsinstrument (vgl. KTQ-Manual 2009, S. 11).

Der PDCA-Zyklus wurde von dem amerikanischen Qualitätswissenschaftler Dr. W. Edwards Deming entwickelt, mit dem er das Prinzip des ständigen Verbesserungsprozesses im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung ausgedrückt hat. Aus diesem Grund wird auch oft von der „Demingschen Reaktionskette“ gesprochen, die zu keiner Zeit als abgeschlossen angesehen werden kann. Beim PDCA-Zyklus nach Deming geht es um das Erkennen von Problemen und Schwachstelle, das Entwickeln von Problemlösungen im Team, diese systematisch zu erarbeiten, zu visualisieren und umzusetzen. Deming definierte den PDCA-Zyklus als dynamischen Prozess zur ständigen Qualitäts- und Leistungsverbesserung. Wie auch in der nachstehenden Grafik erkennbar, geht es um einen fortlaufenden und sich selbst steuernden Regelkreis, mit dessen Hilfe Neuorientierungen und -anpassungen durchgeführt werden sollten (vgl. Weigert 2005, S. 97f).

Durch die Anwendung des PDCA-Zyklus wird eine Einrichtung aufgefordert, an ihren Verbesserungspotentialen strukturiert zu arbeiten und sich dadurch auch ihrer Stärken bewusst zu werden. Der PDCA-Zyklus der kontinuierlichen Verbesserung ist wie folgt erklärt: es gibt keinen besten ersten Schritt, wichtig ist, dass jeder einen ersten Schritt in seiner Sache tut und wie folgt vorgeht. (vgl. Kamiske, G.; Qualität, Produktivität und Wettbewerbssituation, S. 8; in: Kamiske, G.; Effizienz und Qualität)

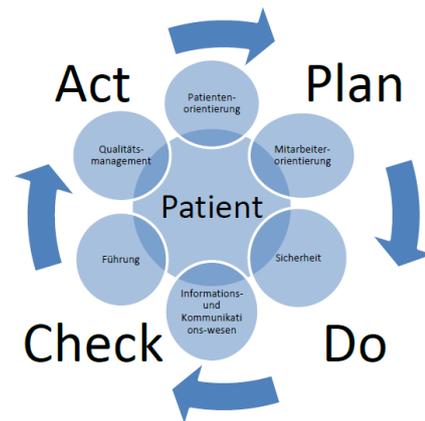


Abbildung 4. PDCA-Zyklus (eigene Darstellung)

Die Schritte des PDCA-Zyklus sind:

- **PLAN:** stellt die Planung und die Verantwortlichkeit eines Prozessablaufes dar
- **DO:** stellt die Umsetzung der Planung in der Praxis dar
- **CHECK:** legt die sinnhafte, regelmäßige und nachvollziehbare Überprüfung der Umsetzung/ Wirksamkeit dar
- **ACT:** hier werden anhand der Messergebnisse die erkannten und abgeleiteten Verbesserungspotenziale beschrieben. (vgl. KTQ-Manual 2009, S. 10).

In der direkten Patientenversorgung sind spezifische Prozesse darzustellen, sowie die Berücksichtigung der Interessen von Angehörigen und Begleitpersonen, die Darlegung der Regelung für Ausnahmesituationen und die Gefahrenabwehr im Sinne von z. B. Brandschutzmaßnahmen. Dadurch werden Stärken und Verbesserungspotentiale über die Selbstbewertung transparent. Von Seite des Patienten werden sehr gute Leistungen und keine Fehler durch optimale Bedingungen, beste Diagnostik, beste Medikamente und eine Versorgung durch sehr gut ausgebildete Fachkräfte in allen Berufsgruppen erwartet. In der Realität ist eine gänzliche Fehlerfreiheit nur schwer umsetzbar. Dieses ist sowohl der KTQ-GmbH als auch der Öffentlichkeit bewusst. Kaum eine Einrichtung kann all sechs Kategorien qualitativ höchstwertig erfüllen (vgl. KTQ-Manual 2009 S.11).

Das KTQ-Modell ist insofern realistisch aufgebaut, als das sich die Einrichtung, nachdem sie in der Selbstbewertung innerhalb jeder Kategorie mindestens 55 Prozent erreicht hat, sich dem KTQ-Zertifizierungsverfahren der sogenannten Fremdbewertung stellen kann. Bei der KTQ-Visitation wird die Selbstbewertung durch sogenannte KTQ-Visitatoren überprüft. Die Visatoren sind spezifisch ausgebildete, qualifizierte und dafür zertifizierte Experten des Gesundheitswesens. Die vor Ort auf Vollständigkeit, Richtigkeit und Schlüssigkeit im zertifizierenden Krankenhaus überprüfen. Diese Visatoren sind Experten, die primär in leitenden Positionen in einem Krankenhaus beschäftigt sind und somit einen

hohen Praxisbezug in das Verfahren einbringen. Eine Kernaussage des KTQ-Zertifizierungsverfahrens ist „von der Praxis für die Praxis“.

Ein vorhandenes KTQ-Zertifikat in einem Krankenhaus, stellt für Patienten eine Sicherheit dar, dass die Mitarbeiter auf Grund der Anforderungen des KTQ-Verfahrens besondere Leistungen im Qualitätsmanagement erbracht haben und ständig an der Verbesserung ihrer Leistung arbeiten (vgl. KTQ-Manual 2009 S.12).

### **3.2.4 pCC**

1998 wurde vom Katholischen und dem Deutschen Evangelischen Krankenhausverband sowie in Zusammenarbeit mit kirchlichen Wohlfahrtsverbänden Caritas und Diakonie und der Ecclesia Versicherungsdienst GmbH die Pro-Cum-Cert GmbH gegründet. Es ist eine konfessionelle Zertifizierungsgesellschaft. In kirchlichen und sozialen Einrichtungen stehen die Sicherheit und Weiterentwicklung der Qualität als Ziel im Vordergrund. Es wird das Zertifikat der pCC – Gesellschaft zusammen mit dem KTQ- Zertifikat erworben (vgl. [www.procumcert.de](http://www.procumcert.de)).

Bei dieser Zertifizierung geht es unter anderen darum, ob ein Krankenhaus die Möglichkeit zur Spiritualität in der Lebensbegleitung, mit einem auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmten Seelsorgekonzept, bieten kann und die geeigneten Räumlichkeiten dafür zur Verfügung gestellt werden können. Es soll auch dargelegt werden, inwieweit sich spirituelle Inhalte im Betriebsablauf wiederfinden (unter anderem Ordensschwestern, Kruzifixe, Seelsorge, Feiern in der Kapelle, christliche Werte im Leitbild). Die drei Kriterien, welche zusätzlich im KTQ-Katalog aufgenommen wurden, lauten:

- Seelsorge im Krankenhaus
- Verantwortung gegenüber der Gesellschaft
- Trägerverantwortung (vgl. Offermanns 2011, S.217).

#### 4 KTQ IM EKH

Das Elisabethinen – Krankenhaus als ein geistliches Haus hat sich für das KTQ, und pCC Modell entschieden, um damit die grundsätzliche Werthaltung des Hauses bestmöglich zum Ausdruck bringen zu können und um speziell auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmten Seelsorgekonzepte umsetzen zu können. Zusätzlich wird durch diese Modelle die Integration spiritueller Inhalte in den Betriebsablauf am besten unterstützt.

Das Krankenhaus befindet sich zurzeit in der Vorbereitung für die im Oktober 2012 stattfindende Qualitätszertifizierung nach KTQ inklusive pCC. Um den Patienten eine bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen, gilt es effizient zu sein, Potenziale zu orten und die Bereitschaft auf zu bringen, die tägliche Arbeit laufend qualitativ zu verbessern. Transparenz, welche aufzeigt in welcher hohen Qualität Leistungen erbracht werden, ist ein zentrales Anliegen des Elisabethinen Krankenhauses. Ebenso ist es ein wesentliches Ziel, die Qualität zu halten und laufend zu verbessern. Neben möglichst klaren Arbeitsabläufen wird von der Zertifizierung pro Cum Cert inklusive KTQ auch die Überprüfung christlicher Werte und deren Umsetzung im Krankenhaus-Alltag verlangt (vgl. Zeitschrift mitEinander, 01/2012 S.5).

Im Jahre 2010 wurde das Qualitätsmodell KTQ und pCC durch die kollegiale Führung implementiert. Der etablierte Projektplan und die Einteilung der Projektgruppen erfolgte nach den Vorgaben und Kriterien des KTQ und pCC Modells (siehe 3.2.3 und 3.4) (entnommen aus den Projektunterlagen).

Die Elemente des KTQ und pCC Verfahrens bestehen aus dem Kriterienkatalog, der Selbstbewertung (Qualitätsbericht), der Fremdbewertung und der Visitation, welche im Oktober stattfinden wird. Der KTQ- Katalog besteht aus insgesamt 964 Fragen, welche in folgende Kapiteln bzw. Kategorien mit speziellen Subkriterien aufgeteilt sind.

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit im Krankenhaus
- Informationswesen
- Krankenhausführung
- Qualitätsmanagement
- Seelsorge im christlichen Krankenhaus ( pCC)
- Verantwortung gegenüber der Gesellschaft (pCC)
- Trägerverantwortung (pCC)

Für die KTQ Selbstbewertung sind einige Vorbereitungen, wie die Etablierung einer übergeordneten Koordinationsgruppe und Arbeitsgruppen auf Abteilungsebene, von

Notwendigkeit. Als sinnvoll erscheint die Bildung von interdisziplinär-, hierarchie- und berufsgruppenübergreifend besetzten Arbeitsgruppen, welche die Bearbeitung des KTQ-Katalogs und die Darstellung der internen Prozesse erarbeiten. In den Arbeitsgruppen werden neben den medizinischen und pflegerischen Berufsgruppen z.B. Hygienebeauftragte, auch der technische Dienst, Mitarbeiter aus den Bereichen Therapie, Küche und Reinigungsdienst mit einbezogen. Zu den Aufgaben der Arbeitsgruppen zählen die Datenerhebung, die Beschreibung der Anforderungen in den zu bearbeitenden Kriterien und die Weiterleitung der Ergebnisse an die Koordinationsgruppe. Von besonderer Wichtigkeit ist es, in jeder Arbeitsgruppe eine qualifizierte Leitung zu benennen, welche die Kommunikation und Koordination zwischen den Arbeitsgruppen steuert und zu den übergeordneten Koordinationsgruppe ein Verbindungsglied darstellt (vgl. KTQ-Manual 2009, S.21-22).

Diesen Kriterien und Empfehlungen folgend wurde im Elisabethinen-Krankenhaus die Projektaufbauorganisation – mit der kollegialen Führung als Projektleitung – wie folgt etabliert:

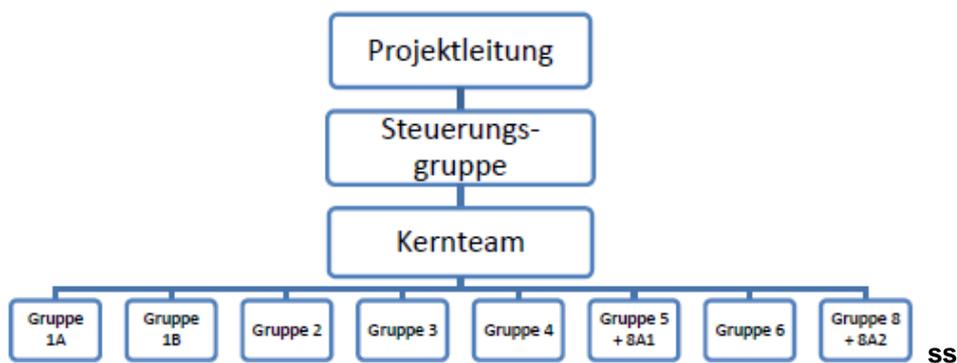


Abbildung 5. Projektaufbauorganisation (eigene Darstellung)

Die Projektleitung besteht aus der Geschäftsleitung, der ärztlichen Direktion und der Pflegedirektion. Bei Bedarf werden auch das Qualitätsmanagement und der GRB-Beauftragte in die Projektleitung integriert.

Die Steuerungsgruppe setzt sich aus der kollegiale Führung, den Primari, der Betriebsratsvorsitzenden, der Qualitätsmanagementbeauftragten, der Ordens-/Krankenhausseelsorge und der technische Leitung zusammen.

Im Kernteam schließen sich die Leiter der einzelnen Projektgruppen zusammen und gliedert sich in:

- **Projektgruppe 1A (kons.) und 1B (chir.)** befassen sich mit der Patientenorientierung in der Krankenversorgung
- **Projektgruppe 2** befasst sich mit der Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung
- **Projektgruppe 3** befasst sich mit der Sicherheit im Krankenhaus
- **Projektgruppe 4** befasst sich mit dem Informationswesen

- **Projektgruppe 5 + (8A1)** befasst sich mit der Krankenhausführung
- **Projektgruppe 6** befasst sich mit dem Qualitätsmanagement
- **Projektgruppe 7 + (8A2)** befasst sich mit der Seelsorge im Krankenhaus

Die Projektgruppen bearbeiten die Qualitätsprozesse und überprüfen die Qualitätsdokumente. Die Bearbeitung der jeweiligen Kategorien sollte von den Projektgruppen zweimal pro Monat stattfinden. Jede Projektgruppe arbeitet, die vorgegebenen Kriterien aus. Die Berichte werden von den Projektleitern an die qualitätsbeauftragten Projektverantwortlichen und an die Steuerungs-Koordinationsgruppe weiter geleitet (entnommen aus den Projektunterlagen).

Zur Veranschaulichung eine beispielhafte Darstellung verschiedener Themen und Ergebnisse aus der Projektgruppe 1A „*Patientenorientierung*“. In dieser Kategorie geht es darum die Bedürfnisse eines Patienten im Krankenhaus wahr zu nehmen. Die zentrale Fragestellung innerhalb dieses Themenbereiches lautet: **„Wie gewährleistet das Krankenhaus, dass der Patient im Mittelpunkt der Arbeit steht?“**

- **Aktuelle Leitlinien gewährleisten State of the Art**, die medizinische Versorgung der Patienten erfolgt auf der Basis von Leitlinien und Verfahrensanweisungen, welche kontinuierlich gepflegt und durch automatische Wiedervorlage aktuell gehalten werden. Durch diese Weise ist die Berücksichtigung des derzeitigen Standes der Wissenschaft (aus Fortbildungen, Richt- und Leitlinien der Fachgesellschaften, evidence based medicine & nursing, gesetzlichen Vorgaben) gewährleistet.
- **Einbindung des Patienten über Informationsmaterial und Aufklärung**, die Patienten werden über aufliegendes Informationsmaterial (allgemein und zu speziellen Krankheitsbildern) in den Behandlungsprozess mit eingebunden, es werden in diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen Aufklärungsgespräche (ggf. mit Dolmetscher) vorbereitet und an Hand von DIOMED – Bögen vertieft und dokumentiert. Der anlassbezogene Ausdruck der Bögen gewährleistet die Verwendung der jeweils aktuellsten Dokumentenversion, fremdsprachige Versionen stehen hier ebenfalls zur Verfügung.
- **Kooperation für optimale Patientenversorgung**, mit externen Partnern besteht die Möglichkeit diagnostische und therapeutische Maßnahmen des Hauses zu erweitern und optimieren (z.B. Klinikum a. W., Konsiliarärzte aus verschiedensten Bereichen und verschiedene Laboratorien).
- **Wie kommt ein Patient ins Krankenhaus**, durch Einweisung von niedergelassenen Ärzten, über die Ambulanz des Hauses, obwohl im EKH keine Notfallambulanz implementiert ist, ist eine Aufnahme von Akutpatienten jederzeit

möglich, bzw. die Erstversorgung ist gewährleistet. Bei Bedarf wird der Patient an eine Fachspezifische Abteilung an das Klinikum a. W. transferiert. Durch die Kooperation des Klinikum a.W. werden täglich 4 Patienten in das EKH überstellt.

- **Service und Komfort für den Patienten**, durch die zentrale Lage des Krankenhauses ist es mit öffentlichen und privaten Verkehrsmitteln sehr gut zu erreichen, es stehen genügend Parkplätze zur Verfügung. Die Patientenzimmer auf der Normalstation entsprechen den Erfordernissen moderner Krankenhäuser in der Sonderklasse wird die Hotelkomponente durch freie Getränke, Obst und der aktuellen Tageszeitung verstärkt berücksichtigt. Wertsachen können an der Rezeption in einem Safe hinterlegt werden. Es existieren ausreichend Räumlichkeiten zur Unterhaltung, eine Cafeteria, ein Garten welche die Patienten nützen können, im Wartebereich der Ambulanzen befinden sich Getränkeautomaten mit Warm- und Kaltgetränke und ein Wasserspender. Die Essensversorgung erfolgt in der Hauseigenen Küche mit großzügiger Menüauswahl, in Zusammenarbeit mit einer Diätologin.
- **Ambulante Diagnostik und Behandlung**, das Ziel ist es die Beschwerden der Patienten möglichst rasch abzuklären und therapeutische Maßnahmen einzuleiten bzw. diese ggf. stationär aufzunehmen. Es stehen Spezialambulanzen zur Verfügung und es besteht die Möglichkeit Tagesklinische Aufnahmen und Operationen durchzuführen.

Die Kriterien des KTQ-Kataloges sind die zu bearbeitenden Elemente des KTQ-Selbstbewertungsberichtes. Die Arbeitsgruppen haben eine Bearbeitung im Sinne einer Prozessbeschreibung (unter Berücksichtigung des PDCA-Zyklus) zu den einzelnen Kriterien bzw. den geleisteten Anforderungen und Themen durchgeführt. Alle angeführten Aufzählungen müssen unter dem jeweiligen Kriterium beantwortet werden, sofern sie auf die Einrichtung zu treffen. Wenn ein Kriterium bzw. ein Thema nicht berücksichtigt wird, muss dies begründet werden. Im Selbstbewertungsbericht wird die Beschreibung des Leistungsprozesses innerhalb der Einrichtung auf Anforderungen, welche in Form der Kriterien und Themen dargestellt (vgl. KTQ-Manual 2009, S. 23).

Eine formale Unterstützung bei der Erstellung des Berichtes wird den Anwendern durch die Bearbeitung der einzelnen Plan- Do- Check- und Akt- Schritte geboten. Die erarbeiteten Antworten werden nach einem Punkteschema bewertet. Diese Anforderungen müssen transparent und nachvollziehbar sein (vgl. KTQ-Manual 2009,S.24).

Die Selbstbewertung wird von der Steuerungsgruppe und Projektleitung bewertet und nach Erreichen der bestimmten Punkteanzahl, mindestens 55% der Kriterien, kann die Anmeldung zur Zertifizierung erfolgen. Diese erfolgt dann durch Fremdbewertung der

dafür vorgesehenen Visitoren, welche die Selbstbewertung bewerten und anschließend eine stichprobenartige Prüfung (Visitation) und kollegiale Dialoge im Krankenhaus durchführen.

#### **4.1 KTQ im Ambulanz- Aufnahmebereich und in der Funktionsdiagnostik**

Das Elisabethinen Krankenhaus besitzt keine akute Notfallaufnahme und wird deshalb vom Rettungsdienst nicht primär angefahren. Akutvorstellungen werden trotzdem jederzeit erstversorgt und nach rascher Diagnosestellung bei medizinischer Notwendigkeit auf der zuständigen Abteilung stationär aufgenommen (ggf. auch auf der Intensivstation) oder auf spezifische Abteilungen des Klinikums Klagenfurt am Wörthersee transferiert.

In der Ambulanten Diagnostik und Behandlung ist es das Ziel jeder Ambulanz, die Beschwerden von Patienten möglichst rasch abzuklären, akute therapeutische Maßnahmen einzuleiten, den Patienten ggf. stationär aufzunehmen bzw. an eine entsprechende Krankenanstalt weiterzuleiten. Den Patienten stehen neben den allgemein öffentlichen Fachambulanzen der Abteilung für Innere Medizin, Orthopädie und Chirurgie auch zahlreiche Spezialambulanzen zur Verfügung. Schwerpunkte der Spezialambulanzen sind Diabetes, rheumatologische Erkrankungen mit internistischen und orthopädischen Schwerpunkt, Osteoporose und eine Morbus Raynaud-Sprechstunde. Des Weiteren gibt es noch Ambulanzen für Venenerkrankungen, Proktologie und chronische Wundversorgung. Es können auch ambulante und tagesklinische Maßnahmen und Eingriffe, entsprechend den Vorgaben des Bundesministeriums (Katalog tagesklinischer Leistungen, MEL- Exklusionsliste), in den jeweiligen Fachambulanzen organisiert werden (vgl. Informationsbroschüre zur Projektgruppenarbeit, 2012 S.5 -6).

Für spezielle Untersuchungen, welche in den Ambulanzen und Funktionsbereichen durchgeführt werden, wurden im Rahmen der Vorbereitung auf die Zertifizierung sämtliche Richtlinien, Leitlinien und Verfahrensanweisungen er- bzw. überarbeitet und implementiert. Für den Ambulanz und Funktionsbereich wurde in der Vorbereitungsphase der Zertifizierung verschiedene Tätigkeiten als Leitlinie, Richtlinie bzw. Standard erarbeitet. Ein Beispiel für die erstellten Standards und Leitlinien ist die Leitlinie „**zur Versendung und Aufbewahrung von Punktaten im Ultraschall**“ (siehe Anhang). Zweck und Ziel dieser Leitlinie ist die einheitliche Versorgung von Punktaten im Ultraschall. In dieser Leitlinie wurde genau beschrieben wie das Material welches punktiert bzw. entnommen wurde versorgt und behandelt werden muss, um Ordnungsgemäß zur diagnostischen Analyse versendet werden kann.

Diese erstellten Dokumente sind jederzeit im internen Informationssystem roXtra abrufbar. Die Anforderungen von Diagnostik und Therapie erfolgen elektronisch über Patidok, in

dem ebenfalls die Ergebnisse und Befunde digital gespeichert werden. Papierbefunde werden eingescannt und sind jederzeit auf den Stationen über das Computersystem abrufbar.

Ein weiterer Punkt der ebenfalls im Zuge der Vorbereitung analysiert wurde ist, **die Optimierung der Schnittstellen bzw. die Koordination der Untersuchungen/Therapien zwischen den Bettenführenden Stationen und den Funktionsbereichen** (Endoskopie, Röntgen, Ultraschall, EKG und Physiotherapie). Damit kann garantiert werden, dass ein reibungsloser Ablauf für den Patienten zwischen den Funktionsbereichen und den einzelnen Stationen gewährleistet ist. Mittels genauer Terminvergabe für bestimmte Untersuchungen wurde von Seiten der Funktionsbereiche - in Zusammenarbeit mit der IT-Abteilung - ein speziell dafür ausgearbeiteter elektronischer Terminplan erstellt, zu welchen die Mitarbeiter des Hauses jederzeit Zugriff haben. Somit kann eine optimale Terminplanung durchgeführt werden, welche schon während der Aufnahme der Patienten bzw. von der Station erfolgt.

Ambulante oder stationäre Nachkontrollen (z.B. nach operativen Eingriffen) oder die Fortführung spezieller medikamentöser Therapien (z.B. Biologicals, Zytostatika) im Rahmen der tagesklinischen Behandlung ermöglichen eine kontinuierliche Weiterbetreuung der Patienten (vgl. Informationsbroschüre zur Projektgruppenarbeit, S. 6).

Einen weiteren Punkt in der Aufgaben- bzw. Themenliste stellten die Wartezeiten für Patient im Chirurgischen und Orthopädischen Ambulanzbereich dar. Diese wurden über mehrere Monate hinweg genau erhoben und in weiterer Folge – durch die zuständige Arbeitsgruppe – analysiert. Erste Verbesserungsmaßnahmen konnten durch die Analyse, im Sinne einer internen Sensibilisierung, und insb. durch die Einführung der elektronischen Terminkalendern bereits umgesetzt werden. Da dieser Themenbereich für Patienten als besonders relevant erscheint, werden dazu laufend weitere Überlegungen angestellt.

## 5 RESÜMEE

Es lässt sich beobachten, dass Qualität im Gesundheitswesen berufsgruppenspezifisch und nicht prozessspezifisch - hinsichtlich der Gesamtversorgung der Patienten - betrachtet wird. In der Umsetzung entstehen immer noch Missverständnisse hinsichtlich:

- **Ziel und Zweck:** geht es allein um ein Zertifikat oder um einen kontinuierlichen Prozess mit dem Ziel, im Sinne der Patienten, Mitarbeiter, der Gesellschaft und des Unternehmens qualitativ weiterentwickelte Dienstleistungen anzubieten?
- **Verantwortlichkeiten:** Wer ist für die Qualität verantwortlich?
- **Inhalte:** Sollen bzw. werden nur Daten erhoben oder findet eine interne nachhaltige Reflexion und somit der Beginn einer kontinuierlichen Verbesserung statt?
- **Aufwand:** Wird Qualitätsmanagement als Zeitaufwand und Kostenfaktor wahrgenommen, oder wird auf längerer Sicht geplant und das Thema in die bestehende Organisation integriert?
- **Vernetzung:** Wie weit werden Veränderungen unter dem Gesichtspunkt Interdisziplinarität, Interprofessionalität und Prozessorientierung betrachtet und umgesetzt?
- **Entwicklung:** Werden die steigenden Anforderungen als Belastung und Druck gesehen, oder betrachtet man die neuen Rahmenbedingungen auch als Chance? (vgl. Hahne, Bettina; Qualitätsmanagement im Krankenhaus, 2011, Kapitel 3)

Das stärkste Argument im Wettbewerb um Patienten und Mitarbeiter ist - neben der Effizienz - die Qualität. Dabei fällt auf, dass weder angebotene Einheitslösungen noch aufgesetzte Konzepte von Beratungsunternehmen wirklich zum Erfolg führen werden. Ein Qualitätsmanagementsystem muss, beginnende beim Management bis hin zum Mitarbeiter gewollt sein. Die Konzeption und Umsetzung muss auf das bestehende – historisch gewachsene – Krankenhaus aufbauen und durch das Handeln jener Personen, welche das System maßgeblich beeinflussen können zur erwünschten Qualität geführt werden.

Durch die intensive und interdisziplinäre Auseinandersetzung mit diversen Themen im Rahmen der Vorbereitung auf die KTQ Zertifizierung können gewisse positive Entwicklungen im Ambulanzbereich beobachtet werden. Leitlinien und Prozessdefinitionen schaffen für Mitarbeiter oft gewünschte Klarheit und sorgen für mehr Orientierung. Besonders hervorheben möchte ich die interdisziplinäre Bearbeitung, welche methodisch eine Grundvoraussetzung für eine nachhaltige Entwicklung darstellt und die einzige Möglichkeit ist, die Komplexität eines Krankenhauses in eine notwendige

koordinierte Arbeitsweise überzuführen. Denn erst dadurch können gemeinsam geteilte – weil gemeinsam erarbeitet – Prozesse etabliert und auch gelebt werden.

Entscheidend für die Zukunft ist aus meiner Sicht, dass diese Vorgehensweise in eine Routine der kontinuierlichen Verbesserung übergeleitet wird und nicht als Einzelmaßnahme zur Zertifizierung bzw. Rezertifizierung „stecken bleibt“.

Rückblickend auf die Erfahrungen aus den bisherigen Vorbereitungsschritten hat sich für mich gezeigt, dass mit der Etablierung eines Qualitäts-Modells, eine Organisation stark auf einzelne – wichtige Punkte wie z.B. Patientenorientierung – fokussiert und damit ein guter Entwicklungs-Rahmen geschaffen werden kann, sofern dieser nicht alle bisher erfolgreich etablierten Routinen grundsätzlich in Frage stellt. Denn in der Umsetzung und im Leben der komplexen Organisation „Krankenhaus“ stellen - neben den harten Faktoren, wie Prozesse und Vorgaben - welche nicht immer greifen, noch immer weiche Faktoren, wie ein Mindestmaß an Harmonie und Vertrauen, die Schmiermittel dar, welche eine bestmögliche interdisziplinäre Versorgung der Patienten ermöglichen.

Die Grenzen der Standardisierung zu erkennen und auf die individuellen Patientenfälle und -bedürfnisse einzugehen, stellen für mich die Basis für eine qualitative Weiterentwicklung in einem Krankenhaus dar.

## **6 ZUSAMMENFASSUNG**

Die Arbeit stellt das Elisabethinen – Krankenhaus mit seiner historischen Entstehungsgeschichte und der aktuellen Entwicklung dar. In Verbindung mit der bevorstehenden Zertifizierung des Krankenhauses, wird das Thema Qualitätsmanagement allgemein beschrieben und unterschiedliche Modelle dargestellt. Es wird gezeigt, dass unterschiedliche Qualitätsmodelle welche in Krankenhäuser und zum Teil auch in der Industrie ihre Anwendung finden, ein wichtiger Bestandteil der qualitätsvollen Behandlung sind.

Bei der theoretischen Betrachtung der verschiedenen Qualitätsmodellen wird verdeutlicht, dass der Patient – neben der Effizienz – im Mittelpunkt stehen muss, und sich alle Prozesse auf die Wertschöpfungsketten der Patienten auszurichten haben.

Innerhalb der Qualitätsmanagementmodelle bildet, das im Krankenhaus der Elisabethinen umgesetzte KTQ-Modell, den Schwerpunkt der Ausführungen.

Dazu erfolgt im letzten Teil eine Praxisreflexion, welche die bisherigen Umsetzungsschritte aufzeigt und beispielhaft einige Punkte und Themen aus dem Ambulanzbereich vertieft. Die gelebte Praxis wird im Resümee aufgegriffen und mit den – zum Teil theoretischen Umsetzungsnotwendigkeiten – in Verbindung gebracht.

## LITERATURVERZEICHNIS

**300 Jahre Elisabethinen in Klagenfurt 1710 – 2010** (Hrsg.): vom Konvent der Elisabethinen.

**Bone, Diane; Griggs, Rick:** Qualität am Arbeitsplatz. Leitfaden zur Entwicklung von hohen Personal- Qualitäts- Standards- Beispiele – Übungen – Checklisten, Wien, Wirtschaftsverlag Karl Überreuter. 1993

**Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales,** Leitfaden Qualitätssicherung im Krankenhaus.

**Die Mitarbeiterzeitung: mitEinander** (Hrsg.) Barmherzigen Brüder St. Veit/ Glan und Elisabethinen Krankenhaus Klagenfurt; 2012

**Gerull, Peter:** Qualitätsmanagement sozialer Dienstleistungen. München, 2006.

**Graudenz, Susanne:** Der Pflegeprozess in der Pflegedokumentation von Krankenhäusern- Vorstellung eines Instrumentes zur Beurteilung und exemplarische Studien. Hamburg; 2008

**Hahne, Bettina:** Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Konzepte, Methoden, Implementierungshilfen, Symposion Publishing, 2011.

**Informationsbroschüre zur Projektarbeit** (Hrsg.) Krankenhaus der Elisabethinen 2012

**Joint Commission,** Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser, 3.Auflage, Villach 2007

**Kamiske, Gerd (Hrsg.):** Effizienz und Qualität: Systematisch zum Erfolg, Symposion Publishing, 2010.

**KTQ Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen 2009,** KTQ-Katalog ab 2009 Krankenhaus, Berlin, Fachverlag Matthias Grimm.

**Möller, Johannes:** Qualitätsmanagement in Gesundheitseinrichtungen, in Gesundheitslehre, Management von Gesundheitsunternehmen, (Hrsg.) von Wolfgang Greiner, J. Matthias Graf v. d Schulenburg und Christoph Vauth, Bern 2008

**Müller, Jörg:** Umfassendes und nachhaltiges Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Diskussion von Referenzmodellen und zukunftsorientierten Strategien in der wissenschaftlichen Begleitung einer DIN EN ISO – Zertifizierung, Nürnberg, 2001

**Ö. Krankenhaus der Elisabethinen – Klagenfurt:** Leitbild Elisabethinen-Krankenhaus

**Offermanns, Guido:** Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitswesen, Springer – Verlag 2011

**Offermanns, Guido:** Neue prospektive Steuerungsinstrumente im Mehrebenensystem des Gesundheitswesen; 2008b

**proCum Cert GmbH Zertifizierungsgesellschaft:**

<http://www.procumcert.de/Unternehmen.177.0.html> (08.07.2012, 10.44 Uhr)

**Projektunterlagen ( G.R.B)**

**Wagner, Karl W. Patzak, Gerold:** Performance, Excellence: Der Praxisleitfaden zum effektiven Prozessmanagement, München; 2008

**Wagner, Karl W., Käfer, Roman:** PQM Prozessorientiertes Qualitätsmanagement, München, 2008

**Weigert, Johann:** Hygienemanagement und Infektionsprophylaxe. Hannover; 2005

## ANHANG

Leitlinie:	Revision:	Prozessverantwortlich:
<b>Yamshidi Punktion</b>	002/05.2012	<b>Neumann, Santner</b>
Geltungsbereich:	Zuständigkeit:	Ablaufdatum:
Interne Aufnahme, Ultraschall	Ärzte, diplomiertes Pflegepersonal	31.05.2014

(Seite 1 von 2)

### 1. ZWECK/ZIEL

Die Yamshidi Punktion ist eine Beckenkamm – Stanzbiopsie für histologische Untersuchungen des Knochenmarks. Die Punktion wird im Ultraschallraum oder in der Internen Ambulanz 3 durchgeführt.

### 2. PROZESSBESCHREIBUNG/VORGEHEN

#### Materialvorbereitung:

- Steriles Abdeck-Set = Puntions-Set **L** oder Punktionsset **XS**
- sterile Handschuhe für den Arzt
- Yamshidi Punktionsnadel
- Skapellklingenhalterung mit Klinge (steril)
- 10 ml Spritze mit 2 Ampullen Mepinaest 1% für die Lokalanästhesie

#### am Beistelltisch:

- Isozid H<sup>®</sup>
- Spezielle Fixierlösungen für den Probeversand (RPMI-1640 für die 1.Stanze, Carnoy' sche Fixierlösung für die 2.Stanze)

#### Für zytologischen Ausstrich (nur nach spezieller ärztlicher Anordnung)

- 2 Glasschälchen mit Natriumcitrat 3,8%
- 10 ml Spritze mit 2,5 ml Natriumcitrat 3,8%
- 5 Objektträger zum Ausstreichen des Knochenmarks /Blut
- 1 BB Röhrchen mit Patientenblut, mit Namensetikette

#### Patientenvorbereitung:

- Der Patient erscheint nüchtern und mit funktionierendem Venenweg
- Information des Patienten
- Unterschriebene Einwilligungserklärung
- Aktuelle Gerinnungsparameter, Kumulativbefund
- Offenes Patientenhemd, 1 Sandsack
- ev. Rasur (im Ultraschallraum)

#### Durchführung:

- Markierung der Punktionsstelle
- Patient in Seitenlage oder Bauchlage bringen (lt. ärztlicher AO)
- Vor Beginn Desinfektion der Arbeitsflächen mit Mikrozid AF<sup>®</sup>
- Händedesinfektion
- Sterile Materialvorbereitung am Punktionsstisch
- Hautdesinfektion der Punktionsstelle mit **Isozid H<sup>®</sup>**, jeweils ein Wischvorgang pro Tupfer, **Einwirkzeit von 3 Minuten** einhalten
- steril Abdecken
- Lokalanästhesie durch den Arzt
- Punktion unter sterilen Bedingungen
- Punktionsstelle mit sterilem Verband versorgen
- Sandsack nur nach ärztlicher Anordnung
- Bei Dormicum Verabreichung → Überwachung mittels Pulsoxymeter und ev. O<sup>2</sup> Gabe bis der Patient wieder ansprechbar ist, danach Verlegung auf die Station
- Vitalzeichenkontrolle

<b>Leitlinie:</b>	Revision:	Prozessverantwortlich:
<b>Yamshidi Punktion</b>	002/05.2012	<b>Neumann, Santner</b>
Geltungsbereich:	Zuständigkeit:	Ablaufdatum:
<b>Interne Aufnahme, Ultraschall</b>	<b>Ärzte, diplomiertes Pflegepersonal</b>	<b>31.05.2014</b>

(Seite 2 von 2)

#### Nachsorge:

- Patient zurück auf die Station
- Patient hat 2 Stunden Bettruhe (nach Anordnung 1 Stunde mit Sandsack)
- Utensilien fachgerecht entsorgen
- Untersuchungsmaterial ordnungsgemäß etikettieren und den Begleitschein vollständig ausfüllen (Zuweisung für Pathologie Graz)
- Untersuchungsproben mit ausgefülltem Begleitschreiben in OP Vorraum bringen, eine Kopie des Begleitschreiben wird in der Krankengeschichte des Patienten und eine Kopie im OP – Vorraum in den dafür vorgesehenen Ordner abgelegt.

### 3. BEGRIFFE UND ABKÜRZUNGEN

AO →	Anordnung
BB →	Blutbild
Carnoy Fixierlösung →	Reagens zur Fixierung von hämatologischen Präparaten sowie Gewebekulturen bestehend aus absolutem Äthanol, Chloroform u. Eisessig im Volumenverhältnis 6:3:1.
ev. →	eventuell
ml →	Milliliter
OP →	Operation
O <sup>2</sup> →	Sauerstoff
RPMI-1640 →	ist ein Zellkulturmedium für normale und neoplastische Leukozyten sowie andere humane und tierische Zelltypen

### 4. MITGELTENDE UNTERLAGEN

Händedesinfektion, hygienisch  
Haut- und Schleimhautantiseptik vor operativen Eingriffen/Punktionen  
Diagnostische Proben, Transport  
Aufbewahren Versenden von Punktaten im Ultraschall

### 5. VERTEILER

Ärzte, diplomiertes Pflegepersonal

Inhaltlich erstellt:	In roXtra bearbeitet:	Geprüft:	Freigegeben:
<b>Lobnig, Gertrude</b>	<b>Wassermann, Monique</b>	<b>Strnad, Karin</b>	<b>Santner, Christa Neumann, Hansjörg</b>

Anmerkung: Zur sprachlichen Vereinfachung wird die maskuline Form des Substantivs für beide Geschlechter verwendet.

**ACHTUNG: Ausgedruckte Dokumente unterliegen nicht dem Änderungsdienst und sind somit möglicherweise nicht aktuell!**

<b>Leitlinie:</b>	Revision:	Prozessverantwortlich:
<b>Versenden/ Aufbewahren von Punktaten im Ultraschall</b>	001/12.2011	<b>Neumann</b>
Geltungsbereich:	Zuständigkeit:	Ablaufdatum:
Ultraschall	Ärzte, Pflegepersonal	30.11.2013

(Seite 1 von 2)

## 1. ZWECK/ZIEL

Fachgerechte und einheitliche Versorgung von Punktaten im Ultraschall

## 2. PROZESSBESCHREIBUNG/VORGEHEN

### Untersuchung im Labor (IMCL) des Elisabethinen Krankenhauses:

Laboruntersuchung (ausschließlich von Punktatflüssigkeit)

- Variante 1  
1-2 sterile Röhrchen für LDL, Eiweiß im Punktat
- Variante 2  
1 Becher mit rotem Deckel mit Glasschrott für PUZELZ

Die Gefäße werden mit dem Patienten auf die jeweilige Station gebracht und dort werden die entsprechenden Untersuchungen geordert.

### Medizinische Universität Graz/ Institut für Pathologie

Histologie

- Variante 1  
Gefäß mit Formalinlösung bereits fertig vorbereitet
- Variante 2 (für Yamshidi- Punktion)  
1. Stanze in ein Röhrchen mit RPMI – Lösung geben  
2. Stanze für 2 – 3 Stunden in ein Röhrchen mit Canoy' scher Lösung geben, danach wird die Stanze umgebettet in ein Röhrchen mit 70% Alkohollösung  
Auf der Zuweisung für die Pathologie Graz (Ausdruck über Button „Pathologie Graz) muss die genaue Uhrzeit der Punktion eingetragen werden.

Zytologie

- 3 sterile Röhrchen,  
sollte das Punktat übers Wochenende im EKH bleiben, dann muss das Punktat 1:1 mit 50% Alkohol vermischt werden.  
Begleitformular über Button „Pathologie Graz“ ausdrucken

### AGES Klinikum Klagenfurt am Wörthersee

Bakteriologie

- 1 steriles Röhrchen oder Watteträger  
Begleitformular über F4 (PC) ausdrucken. Die Anforderung muss vom zuständigen Arzt ausgefüllt werden.

Histologie

- 1 steriles Röhrchen mit Formalin  
1 Becher mit rotem Deckel und Formalin  
Zuweisung → weißer Histologie-Schein eventuell mit Beiblatt

Zytologie

- 2 sterile Röhrchen  
Zuweisung → grüner Zytologie-Schein

Punktat immer mit der Patientenetikette, Datum und Punktionsart beschriften.

<b>Leitlinie:</b>	Revision:	Prozessverantwortlich:
<b>Versenden/ Aufbewahren von Punktaten im Ultraschall</b>	001/12.2011	<b>Neumann</b>
Geltungsbereich:	Zuständigkeit:	Ablaufdatum:
Ultraschall	<b>Ärzte, Pflegepersonal</b>	<b>30.11.2013</b>

(Seite 2 von 2)

### 3. BEGRIFFE UND ABKÜRZUNGEN

EKH Elisabethinen Krankenhaus  
PC Personal Computer

### 4. MITGELTENDE UNTERLAGEN

Diagnostische Proben, Transport  
Mikrobiologische Proben – Gewinnung, Lagerung und Transport

### 5. VERTEILER

Ärzte, Pflegepersonal im Ultraschall

Inhaltlich erstellt:	In roXtra bearbeitet:	Geprüft:	Freigegeben:
<b>Lobnig</b>	<b>Wassermann</b>	<b>Wassermann</b>	<b>Neumann, Santner</b>

Anmerkung: Zur sprachlichen Vereinfachung wird die maskuline Form des Substantivs für beide Geschlechter verwendet.

**ACHTUNG: Ausgedruckte Dokumente unterliegen nicht dem Änderungsdienst und sind somit möglicherweise nicht aktuell!**