

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

20.09.2010 bis 05.10.2011

# **ABSCHLUSSARBEIT**

zum Thema

## **Qualitätsmanagement in der Pflege**

Wahrung der Intim- und Privatsphäre

vorgelegt von: Beate Kogler  
LKH Villach  
Neurologie und Psychosomatik

begutachtet von: QS-Beauftragte, Schaller-Maitz  
LKH Villach  
Stabstelle Pflegedirektion

August/2011

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Villach, 05.August 2011

## Kurzzusammenfassung/Abstract

In dieser Arbeit setzte ich mich mit dem Thema, der Qualitätsmanagement in der Pflege – Wahrung der Privat- und Intimsphäre von zu betreuenden und zu pflegenden Menschen sowie deren Vertrauenspersonen, auseinander.

Anhand eines Fragebogens der österreichischen Normen Regel, mit der Nummer 116002, möchte ich diese Materie hinterfragen.

Die Fragebögen wurden auf 2 Stationen, einer Aufnahmestation und einer bettenführenden Station ausgeteilt und bearbeitet. In einem Zeitraum von einem Monat wurde die Befragung durchgeführt.

Ich möchte hinterfragen, ob die Intim- und Privatsphäre gewahrt wird. Gibt es Verletzungen, und wenn ja, dann in welchen Bereichen. Sind die Verletzungen bei den Prozess- oder Strukturstandards.

Das LKH Villach wird alle 3 Jahre nach den internationalen Standards der Joint Commission International akkreditiert und legt daher besonderen Wert auf die Sicherheit des Patienten (Anmerkung des Verfassers).

## Abkürzungsverzeichnis

JCI Joint Commission International

PFR Patient und Family Rights (Patienten- und Familienrechte)

bzw Beziehungsweise

WHO Weltgesundheitsorganisation

BVerfG Bundesverfassungsgesetz

BGBI Bundesgesetzblatt

ONR Österreichische Normen Regel

TIA Transischämische Attacke

# Inhaltsverzeichnis

<b>0. VORWORT</b> .....	<b>7</b>
<b>1. EINLEITUNG</b> .....	<b>8</b>
<b>2. JOINT COMISSION INTERNATIONAL</b> .....	<b>9</b>
2.1. Definition – Standard.....	10
2.2. Standards der JCI .....	11
2.3. PFR – STANDARD .....	13
<b>3. QUALITÄTSMANAGEMENT</b> .....	<b>15</b>
3.1. Qualitätssicherung.....	15
3.2. Gesetzliche Grundlagen.....	16
<b>4. ON – REGEL (ONR)</b> .....	<b>17</b>
4.1. Wie entsteht eine ONR.....	17
4.2. Was ist bei der Entwicklung einer ONR zu beachten? .....	18
<b>5. DEFINITIONEN</b> .....	<b>19</b>
5.1. Intimsphäre .....	19
5.2. Privatsphäre .....	19
5.3. Strukturqualität .....	20
5.4. Prozessqualität.....	21
5.5. Ergebnisqualität .....	21
<b>6. FRAGEBOGEN ONR 116002</b> .....	<b>22</b>
<b>7. AUSWERTUNG DES FRAGEBOGENS</b> .....	<b>23</b>
7.1. Aufnahmestation .....	23
7.2. Bettenführende Station.....	24
<b>8. ERKENNTNISSE AUS DER BEFRAGUNG</b> .....	<b>26</b>
<b>9. ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>29</b>

<b>10.</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>30</b>
<b>11.</b>	<b>FRAGEBOGEN ONR 116002 .....</b>	<b>31</b>

## **0. VORWORT**

Im Rahmen meines Weiterbildungslehrganges für Führungsaufgaben „Basales und mittleres Management, wählte ich dieses Thema für meine Abschlussarbeit.

Im täglichen Berufsleben ist man immer wieder damit konfrontiert, dass es Verletzungen in der Intim- und Privatsphäre kommt. Aus der Situation heraus, erscheint es manchmal, dass die Intim- und Privatsphäre nicht gewahrt werden kann, aufgrund von Mehrbettzimmern und Gangbetten, sowie aus organisatorischen Gründen oder den zeitlichen Ablauf der täglichen Arbeit. Für mich stellte sich dann immer wieder die Frage, wie würde es mir ergehen, wäre ich in der Situation des Patienten und versuchte daher mein Bestes, um die Intim- und Privatsphäre zu bewahren.

Seit 2 Jahren bin ich die Stationsleitung auf der Neurologie Station A, dieser Bereich ist besonders, da diese Station eine Stroke Unit hat, mit 6 Betten und eine Rehabilitationsstation mit 5 Zimmern. Davon gibt es 2 Zimmer mit 2 Betten und 3 Zimmer mit 3 Betten (Anmerkung des Verfassers).

## 1. EINLEITUNG

Meine Arbeit beschäftigt sich mit dem Qualitätsmanagement in der Pflege. Das LKH Villach wurde durch die Joint Commission International (JCI) 2003 akkreditiert und 2007, 2010 reakkreditiert. Die Reakkreditierung erfolgt durch externe Survyer, die die Standards laut JCI überprüfen. Das Überprüfungsintervall beträgt 3 Jahre.

Das LKH Villach arbeitet ständig an der Verbesserung der Patientenbetreuung. Daher stellte ich mir die Frage, ob in unserem Haus der Standard, Wahrung der Privat- und Intimsphäre von zu betreuenden und zu pflegenden Menschen, sowie deren Vertrauenspersonen, eingehalten wird.

Meine Beobachtungen zu diesem Thema beschränken sich aktuell auf zwei Stationen. An der Abteilung für Neurologie und Psychosomatik gibt es eine Aufnahmestation mit 24 Betten und eine bettenführende Station mit 16 Betten. Die Aufnahmestation hat 5 Zimmer, wobei davon 4 Zimmer mit 5 Betten ausgestattet sind und ein Zimmer mit 4 Betten. Diese Station hat auch mehrfach Gangbetten. Hier werden vorwiegend Patienten mit den Diagnosen TIA, Cephalea, Lumbago, Epilepsie behandelt. Auf der bettenführenden Station werden Patienten mit den Diagnosen Schlaganfall, Epilepsie, Demenz und Patienten mit psychiatrischen Diagnosen betreut. Diese Station hat 8 Zimmer mit jeweils 2 Betten, wobei 2 Zimmer mit jeweils 2 Betten, Patienten mit psychiatrischen Diagnosen betreut werden.

Anhand eines speziellen Fragebogens der ONR 116002, wurden die Prozess- und Strukturstandards abgefragt. Die Stationsleitung der Aufnahmestation und die Stationsleitung der bettenführenden Station unterstützten mich bei meiner Arbeit (Anmerkung des Verfassers).

## 2. JOINT COMISSION INTERNATIONAL

Die Joint Commission ist eine hochwertige kunden- und ergebnisorientierte Wissensquelle für Gesundheitsorganisationen, Behörden und Krankenanstalten. Die Organisation bietet Fortbildungs- und Beratungsdienste sowie Veröffentlichungen zur Förderung der Qualität, Sicherheit und Effizienz von Gesundheitsdiensten. JCI bietet internationale und landesspezifische Akkreditierungsprogramme sowie andere Bewertungsverfahren, anhand derer die Qualität und Sicherheit von Gesundheitsorganisationen objektiv gemessen werden kann. Gesundheitsorganisationen auf der ganzen Welt bemühen sich, in sicheren, effizienten und gut geführten Einrichtungen qualitativ hochwertige medizinische Versorgung anzubieten. Joint Commission International (JCI) fördert Organisationen und Staaten durch eine direkte Zusammenarbeit mit Gesundheitsorganisationen, damit diese ihre Qualitätsziele erreichen können, und hilft Gesundheitsministerien, Behörden und Interessensverbände im Gesundheitswesen bei der Entwicklung nationaler Akkreditierungsprogramme. Zu deren Beziehungen zählen Partnerschaften mit internationalen Agenturen wie der Weltgesundheitsorganisation. Die von Joint Commission International definierten Standards für Krankenhäuser legen die Prinzipien und Prozesse zur Bewertung der Hauptfunktionen von Akutversorgungsorganisationen und damit zusammenhängenden ambulanten Einrichtungen dar. Die internationalen Standards für Krankenhäuser sind messbare Standards für die kontinuierliche Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung. Die JCI-Standards für Krankenhäuser haben sich in öffentlichen und privaten Organisationen aller Größenordnungen in Europa, Südamerika, Asien und dem Nahen Osten bewährt (vgl. [http:// www.lkh-vil.or.at](http://www.lkh-vil.or.at)).

## 2.1. Definition – Standard

Standards sind allgemein gültige und akzeptierte Normen, die den Aufgabenbereich und die Qualität der Pflege definieren. Pflegestandards legen themen- oder tätigkeitsbezogen fest, was die Pflegepersonen in einer konkreten Situation generell leisten wollen/sollen und wie diese Leistung auszusehen hat.

Die WHO definiert in ihren „Leitlinien für die Entwicklung von Pflegestandards“ den Begriff wie folgt: „Ein Standard in der Pflege ist ein vereinbartes Maß an für einen bestimmten Zweck benötigter pflegerischer Betreuung“ (WHO 1983). In der deutschen Übersetzung von 1988 heißt es darüber hinaus: „Ein Standard ist ein an einem Kriterium ausgerichtetes, erreichbares Leistungsniveau. Die tatsächliche Leistung wird daran gemessen.“ Der amerikanische Arzt Avedis Donabedian unterscheidet zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisstandards. Seine Arbeiten (60er Jahre) über Standards in Organisationen wurden vor allem in Wirtschaftsunternehmen als richtungsweisend angesehen. Nach den Vorstellungen der WHO soll auch in der Pflege zwischen Struktur- und Prozessstandard differenziert werden. Übertragen auf die Pflege unterscheidet sich diese drei Standardtypen in etwa wie folgt: Strukturstandard, Prozessstandard und Ergebnisstandard (vgl. Pflegestandards, Erneuerung der Pflege durch Veränderung der Standards,S.2).

## 2.2. Standards der JCI

Die Standards teilen sich in patientenorientierte und organisationsorientierte Standards. Es finden bei der JCI 323 Standards und 1138 Messbare Elemente ihre Anwendung (Anmerkung des Verfassers).

### Patientenorientierte Standards der JCI:

- ACC (Access to care and continuity of care) beinhalten die Aufnahme, Verlegung, Entlassung und den Behandlungsverlauf
- AOP (Assesment of Patients) beinhalten das Medizinische Leistungsangebot
- COP (Care of Patientes) beinhalten die Behandlung von Patienten
- ASC (Anesthesia and Surgical Care) beinhaltet die Anästhesie und chirurgische Behandlung
- MMU (Medication Management ans Use) beinhaltet das Management und Gebrauch von Medikamenten.
- PFE (Patient and Family Education) beinhaltet die Erhebung des Schulungsbedarfs von Patienten und Angehörige
- QPS (Quality Improvement and Patient Saftey ) beinhaltet die Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit
- PFR (Patient an Family Rights) beinhalten die Patienten- und Familienrechte (vgl. Joint Commision International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser,S.22 - 31).

### Organisationsorientierte Standards der JCI:

- PCI (Prevention and Control of Infections) beinhalten die Prävention und Überwachung von Infektionen
- FMS (Facility Management und Safety) beinhalten das Anlagenmanagement und die Sicherheit
- SQE (Staff Qualification and Education) beinhalten die Mitarbeiterqualifikation und Weiterbildung
- MCI (Management of Communication and Information) beinhalten das Kommunikations- und Informationsmanagement
- GLD (Governance, Leadership, Direction) beinhalten die Leitung, Steuerung und Führung.

Die messbaren Elemente eines Standards sind jene Anforderungen des Standards und der dazugehörigen Absicht, die während des Akkreditierungssurveys numerisch bewertet werden. Die messbaren Elemente listen auf, welche Maßnahmen erfüllt werden müssen, damit der Standard als vollständig eingehalten gilt. (vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandard für Krankenhäuser, S.3).

Im nachfolgenden Kapitel beschreibe ich den Standard Patient und Family Rights, der sich gezielt mit den Patienten- und Familienrechte auseinandersetzt (Anmerkung des Verfassers).

### **2.3. PFR – STANDARD**

PFR = Patient und Family Rights ( Patienten- und Familienrechte)

Jeder Patient ist einzigartig in seinen Bedürfnissen, Stärken, Werten und Einstellungen. Gesundheitseinrichtungen arbeiten daran, vertrauensvoll und offen mit dem Patienten zu kommunizieren und seine kulturellen, psychosozialen und spirituellen Werte zu erkennen und zu schützen. Die Ergebnisse der Behandlung verbessern sich, wenn Patienten und, wenn angebracht, Angehörige oder jene, die im Namen der Patienten Entscheidungen treffen, an Behandlungsentscheidungen beteiligt sind. Beteiligt auf eine Art und Weise, die den kulturellen Vorstellungen der Patienten entspricht. Um die Rechte der Patienten in einer Gesundheitseinrichtung zu fördern, müssen diese Rechte erst festgelegt und Patienten und Mitarbeiter darüber informiert werden. Patienten werden über ihre Rechte und deren Wahrung unterrichtet. Die Mitarbeiter werden darin geschult, die Ansichten und Werte der Patienten zu verstehen und zu respektieren und die Behandlung rücksichtsvoll, so dass die Würde des Patienten gewahrt wird. (vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandard für Krankenhäuser,S.3).

In einem Unterkapitel befasst sich der PFR-Standard gezielt mit der Privatsphäre (Anmerkung des Verfassers).

Der Schutz der Privatsphäre des Patienten ist außerordentlich wichtig, besonders während klinischer Befragung, Untersuchung, Behandlung und Transportmaßnahmen. Patienten können die Wahrung ihrer Privatsphäre gegenüber Mitarbeitern, anderen Patienten und sogar gegenüber Familienmitgliedern wünschen. Ebenso können Patienten wünschen, nicht fotografiert, auf Tonband aufgenommen oder in Akkreditierungssurveys involviert zu werden (vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandard für Krankenhäuser,S.3).

Obwohl es einige allgemeine Grundsätze gibt, um die Privatsphäre für alle Patienten zu wahren, können doch einzelne Patienten unterschiedliche oder zusätzliche Erwartungen an die Wahrung ihrer Privatsphäre haben. Diese Bedürfnisse hängen von der jeweiligen Situation ab und können sich mit der Zeit auch ändern. Daher machen sich Mitarbeiter, die mit der Betreuung und Behandlung von Patienten betraut sind, über die Erwartungen und Bedürfnisse des Patienten zur Wahrung der Privatsphäre kundig. Dieser Austausch zwischen einem Mitarbeiter und seinem Patienten stellt Vertrauen und offene Kommunikation her und braucht nicht dokumentiert zu werden (vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser, S.59).

#### Messbare Elemente von PFR.1.2

1. Mitarbeiter erfragen die Erwartungen und Bedürfnisse der Patienten zur Wahrung der Privatsphäre während der Pflege oder Behandlung.
2. Das ausdrückliche Bedürfnis jedes Patienten nach Privatsphäre wird bei allen klinischen Befragungen, Untersuchungen, Verfahren und Behandlungen und während des Transports respektiert. (vgl. Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser, S.59).

### **3. QUALITÄTSMANAGEMENT**

Qualitätsmanagement für Dienstleistungen ist die Gesamtheit der qualitätsbezogenen Tätigkeiten und Zielsetzungen in Bezug auf selbstständige, marktfähige Leistungen, die mit der Bereitstellung und/oder dem Einsatz von Leistungsfähigkeiten verbunden sind (Potenzialorientierung). Interne und externe Faktoren werden im Rahmen des Leistungserstellungsprozesses kombiniert (Prozessorientierung). Die Faktorkombination des Dienstleistungsanbieters wird mit dem Ziel eingesetzt, an den externen Faktoren – Menschen oder deren Objekten – nutzenstiftende Wirkungen zu erzielen (Ergebnisorientierung). Unter einem Qualitätsmanagementsystem werden dann die Aufbauorganisation, Verantwortlichkeiten, Abläufe, Verfahren und Mittel zur Verwirklichung des Qualitätsmanagements erfasst (vgl. Begriff des Qualitätsmanagements für Dienstleistungen, S.81).

„Der größte Feind der Qualität ist die Eile“ (Henry, Ford, 1863-1947).

#### **3.1. Qualitätssicherung**

In der Verfassung der WHO ist das Recht des einzelnen auf das höchsterreichbare Ausmaß an Gesundheit und damit das Recht auf die bestmögliche Gesundheitsversorgung als oberstes Ziel enthalten. Dies bedeutet einerseits, dass für jeden einzelnen der Zugang zu den Gesundheitsleistungen möglich sein muss, und andererseits, dass die Leistungen auch qualitativ abgesichert angeboten werden (ethische Motivation) (vgl. Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus, S.12).

### **3.2. Gesetzliche Grundlagen**

Änderung des Krankenanstalten Gesetzes BGBl. Nr.801/1993 vom November 1993.

#### Gesetzliche Grundlage

§ 5 b (1) Die Landesgesetzgebung hat die Träger von Krankenanstalten zu verpflichten, im Rahmen der Organisation Maßnahmen der Qualitätssicherung vorzusehen und dabei auch ausreichend überregionale Belange zu wahren. Die Maßnahmen sind so zu gestalten, dass vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglicht werden.

(2) Die Träger von Krankenanstalten haben die Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung zu schaffen. Diese Maßnahmen haben die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu umfassen

(3) Die kollegiale Führung hat die Durchführung umfassender Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen. In Krankenanstalten ohne kollegiale Führung hat der Träger der Krankenanstalten für jeden Bereich dafür zu sorgen, dass die jeweiligen Verantwortlichen die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung sicherstellen.

(4) In jeder bettenführenden Krankenanstalt ist eine Kommission für Qualitätssicherung einzusetzen, die unter der Leitung einer fachlich geeigneten Person steht. Diese Kommission hat zumindest ein Vertreter des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes und des Verwaltungsdienstes anzugehören. In Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät dienen, gehört der Kommission auch ein Dekan oder ein von der Fakultät vorgeschlagener Universitätsprofessor der medizinischen Fakultät an.

(5) Aufgabe der Kommission ist es, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung der Krankenanstalt bzw. in Krankenanstalten ohne kollegiale Führung den jeweiligen Verantwortlichen über die hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten (vgl. Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus, S.83).

## **4. ON – REGEL (ONR)**

ON-Regeln sind rasch verfügbare normative Dokumente, die in ihrem Entwicklungsprozess nicht alle Anforderungen an eine "klassische" Norm erfüllen müssen. Eine ONR bietet sich an, wenn der Stand der neuen, sich schnell veränderten Entwicklung dokumentiert werden soll und /oder wenn die Lösung eines Problems rasch verfügbar sein soll und dabei die Einhaltung aller Grundprinzipien der Normung nicht erforderlich ist. Die ONR schließt die Lücke zwischen den auf breitestem Konsens basierenden ÖNORMEN und solchen Spezifikationen, die beispielsweise von einem oder einigen Unternehmen oder Institutionen erarbeitet werden (vgl.[http:// www.as-institute.at/development](http://www.as-institute.at/development)).

### **4.1. Wie entsteht eine ONR**

**Zur Entwicklung einer ON-Regel gibt es zwei Wege:**

Eine bereits bestehende Gruppe (außerhalb von Austrian Standards Institute) legt einen selbstständig entwickelten Inhalt vor. Austrian Standards Institute Development prüft, ob die Anforderungen an die Zusammensetzung der Gruppe für die Herausgabe des Dokuments als ONR erfüllt sind.

Unternehmen, Organisationen oder Interessensvertretungen betrauen Austrian Standards Institute mit der Projektbetreuung zur Entwicklung einer speziellen ONR.

Die Projektbetreuung umfasst die Organisation von Sitzungen und die sachliche Unterstützung, u. A. die Prüfung des Zusammenhangs des Themas mit relevanten österreichischen, Europäischen und internationalen Normen sowie Rechtsvorschriften (vgl.[http:// www.as-institute.at/development](http://www.as-institute.at/development)).

#### **4.2. Was ist bei der Entwicklung einer ONR zu beachten?**

Die Expertengruppe muss aus Vertretern von mindestens zwei Marktpartnern bestehen, wobei die Repräsentanz mehrerer Marktpartner anzustreben ist.

Die ONR darf anderen ONRs und bestehenden ÖNORMEN nicht widersprechen.

Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit gefasst. Kann keine Einstimmigkeit erzielt werden, ist das Ergebnis als Minderheitsbericht in der ONR darzulegen.

Eine ONR kann – muss allerdings nicht – als Entwurf zur Stellungnahme durch die Öffentlichkeit oder durch einen begrenzten Kreis an Interessenten aufgelegt werden (vgl.[http:// www.as-institute.at/development](http://www.as-institute.at/development)).

## **5. DEFINITIONEN**

### **5.1. Intimsphäre**

lat. Intimus = zu innerst

griech. Sphaira = die Hülle

Der Begriff steht für den ganz persönlichen und vertraulichen Lebensbereich und meint insbesondere das menschliche Liebes- und Geschlechtsleben. Es handelt sich um jenen Eigenbereich, den der Mensch meist sorgfältig abschirmt und, im Gegensatz zur Verdrängung, zu etwas ihm Gemäßen gestaltet. Dieser Bereich wird dabei um so mehr zum Intimen, je stärker Scheu, Takt, Scham und Tabus ausgebildet sind (vgl. Pflege, Liliane, Juchli, S.482 – 483).

Die Wahrung der Intimsphäre ist während des gesamten Aufenthaltes in einer Krankenanstalt eine sehr wichtige pflegerische Aufgabe (Anmerkung des Verfassers).

### **5.2. Privatsphäre**

Die Privatsphäre eines Menschen umfasst seinen häuslichen und familiären Kreis oder sonstigen, dem öffentlichen Einblick entzogenen Bereich. Dabei bestimmt das Bundesverfassungsgesetz die Privatsphäre thematisch und räumlich. Thematisch erfasst die Privatsphäre nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichtes „Angelegenheiten, die wegen ihres Informationsinhalts typischerweise als privat eingestuft gilt, das Bekanntwerden als peinlich empfunden wird oder nachteilige Reaktionen der Umwelt auslöst, wie es etwa bei vertraulicher Kommunikation unter Eheleuten, im Bereich Sexualität oder bei Krankheiten der Fall ist. Räumlich erstreckt sich laut BVerfG die Privatsphäre auf den Bereich, in dem der Einzelne zu sich kommen, sich entspannen oder auch nur gehen lassen kann. Das Leitbild des häuslichen Bereiches bedeutet aber nicht, dass der Schutz „an der Haustür“ endet oder in sonstiger Weise rein örtlich abzugrenzen ist. Der Schutz der Privatsphäre ist kein absoluter, da der Mensch als soziales Wesen und gemeinschaftsbezogener Bürger nur im Zusammenhang mit anderen betrachtet werden kann (vgl. Wahrung der Intimität? Grenzen des Persönlichkeitsschutzes für Prominente, S.33 – 34).

„Ich bin der Überzeugung, dass es kaum jemanden gibt, dessen Intimleben die Welt nicht in Staunen und Horror versetzte, wenn es übers Radio gesendet würde“ (William,Somerset,Maugham,1874-1965).

### **5.3. Strukturqualität**

Die Strukturkategorie umfasst die Charakteristika eines Krankenhauses, d.h. die Qualität und Quantität der Mitarbeiter und der anderen Ressourcen, die zu Leistungserstellung notwendig sind. Die Strukturqualität wird vor allem bestimmt durch:

- die Anzahl und Qualifikation aller Mitarbeiter
- den Organisationsaufbau eines Krankenhauses
- die finanziellen Mittel eines Krankenhauses und
- die Ausstattung eines Krankenhauses mit Betriebsmitteln

Die Struktur eines Krankenhauses allein sagt aber wenig über die Versorgungsqualität aus, sie hat jedoch einen wesentlichen Einfluss auf die Leistungserbringung. Ein Krankenhaus muss gewisse strukturelle Voraussetzungen aufweisen, um Leistungen überhaupt erbringen zu können (vgl. Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus,S.13).

#### **5.4. Prozessqualität**

Die Prozesskategorie umfasst alle Maßnahmen, die im Laufe des Versorgungsablaufes ergriffen – oder nicht ergriffen – werden. Der Versorgungsablauf wird nach der spezifischen Situation und den individuellen Krankheitsmerkmalen des Patienten variieren. Somit ist eine auf den Einzelfall ausgerichtete Evaluation der erbrachten Leistungen möglich. Dieser Ansatz geht von der Annahme aus, dass die besten Behandlungsergebnisse dann erzielt werden, wenn die Behandlung selbst nach nachvollziehbaren bzw. nachprüfbaren Regeln systematisiert erfolgt, die dem Stand des medizinischen und pflegerischen Wissen entsprechen. Anhand solcher Standards können vor allem auch die im Rahmen der Behandlung erbrachten Einzelleistungen beurteilt werden. Die prozessbezogene Qualitätssicherung erfolgt oft anhand krankheitsspezifischer Kriterien (Standards) (vgl. Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus, S.13).

#### **5.5. Ergebnisqualität**

Die Ergebnisqualität befasst sich mit der Evaluation der erbrachten Leistungen. Das Ergebnis des Behandlungsprozesses zeigt die Veränderung des Krankheitszustandes, aber auch die Patientenzufriedenheit, welche als Maßstab heran gezogen werden kann. Die Messung der Ergebnisqualität gestaltet sich schwierig, da sich das angestrebte Ziel der Verbesserung des Krankheitszustandes vom Patienten nicht objektiv beschrieben werden kann und sich nicht messen lässt. Die Evaluation der Ergebnisqualität bezieht sich also auf der Verbesserung des Krankheitszustandes des Patienten, ihrer Versorgung und ihrer Zufriedenheit. Anhand von verschiedenen Kriterien z.B. Mortalitätsraten, kann die Ergebnisqualität ein Indiz über den Gesundheitszustand oder Patientenzufriedenheit sein. Auch nicht medizinische Bereiche leisten einen beträchtlichen Beitrag zur Ergebnisqualität und dürfen daher nicht unterschätzt werden (vgl. Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus, S.13).

Aufgrund der Vollständigkeit wird die Ergebnisqualität angeführt. Dieser Punkt wird jedoch im Fragebogen nicht abgefragt, aber im Patientenfragebogen im LKH Villach erfasst (Anmerkung des Verfassers).

## **6. FRAGEBOGEN ONR 116002**

Für meine Befragung teilte ich den Fragebogen der ONR 116002 aus. Dieser Fragebogen beinhaltet: Basisdaten, Strukturstandards und Prozessstandards. Die Fragen können mit „Ja“, „Nein“ und „Trifft nicht zu“ beantwortet werden.

Dieser Fragebogen beinhaltet 9 Fragen zu den Strukturstandards und 16 Fragen zu den Prozessstandards. Jede Frage die mit einem „Nein“ beantwortet wird, ist eine Verletzung der Intim- und Privatsphäre.

Für meine Befragung teilte ich insgesamt 40 Fragebögen aus, jeweils 20 Stück pro Station. Diese wurden von den Stationsleitungen und deren Mitarbeitern, im Tagdienst, ausgefüllt. Die Befragung wurde positiv angenommen.

Die vorgesehene Zeit, war ein Monat. Der Rücklauf der Fragebögen war sehr erfreulich und betrug 97% (Anmerkung des Verfassers).

## **7. AUSWERTUNG DES FRAGEBOGENS**

In den Fragebögen ergaben sich im Rahmen der Erhebung Verletzungen in der Intim- und Privatsphäre. Jede „Nein“- Meldung ist eine Verletzung. Daher habe ich diese Antworten genauer betrachtet. Ab 3 „Nein“- Beantwortungen, wurde die Frage näher beleuchtet, da dies eine Überschreitung von 15% aufweist.

Es kam auf beiden Stationen zu Verletzungen bei den Strukturstandards und bei den Prozessstandards. Es traten jedoch Unterschiede bei der Beantwortung der Fragen auf. Der Differenz besteht darin, dass unterschiedliche Fragen mit „Nein“ beantwortet wurden. Daher wurde jede Station für sich analysiert (Anmerkung des Verfassers).

### **7.1. Aufnahmestation**

#### **In der Auswertung des Strukturstandard:**

1. War ein Zimmer für Einzelbenützung verfügbar?

Diese Frage wurde auf der Aufnahmestation 50% mit „Nein“ beantwortet.

2. Wurde dokumentiert, was bei dem zu pflegenden und zu betreuenden Menschen in Richtung Privat- und Intimsphäre beachtet werden muss?

Hier kam es zu „Nein“ Beantwortungen von 30%.

3. Waren schriftliche Vorgaben, die das Recht des zu pflegenden und zu betreuenden Menschen auf Privat- und Intimsphäre thematisiert, verfügbar?

Es wurde diese Frage in 40% mit „Nein“ beantwortet (Anmerkung des Verfassers).

### **In der Auswertung des Prozessesstandard:**

1. Wurde die Hilfestellung bei der intimen Verrichtung bzw. das Gespräch über Hygiene oder Sexualität von einer gleichgeschlechtlichen Betreuungsperson durchgeführt?

Auf der Aufnahmestation wurde diese Frage mit 15% „Nein“ beantwortet.

2. Wurde die Hilfestellung bei der intimen Verrichtung von der pflegerischen Bezugsperson durchgeführt?

Hier kam es zu „Nein“ Beantwortungen von 40%.

3. Wurde bei der Praxisanleitung bzw. bei praktischen Prüfungen die Einwilligung des zu pflegenden und zu betreuenden Menschen eingeholt und die Anzahl der teilnehmenden Personen begrenzt?

Bei dieser Frage kam es zu 15% „Nein“ Beantwortungen (Anmerkung des Verfassers).

### **7.2. Bettenführende Station**

#### **In der Auswertung des Strukturstandard:**

1. War ein Bereich für ein ungestörtes Gespräch vorhanden?

Die „Nein“ Beantwortung betrug 20%.

2. War ein Zimmer für die Einzelbenützung verfügbar?

Bei dieser Frage betrug die „Nein“ Beantwortung 35% (Anmerkung des Verfassers).

3. Wurde der unerwünschte Eintritt von Personen verhindert durch ein Türschild?

Hier kam es zu einer deutlichen Verletzung der Intim- und Privatsphäre von 95%.

**In der Auswertung des Prozessstandard:**

1. Wurde die Hilfestellung bei der intimen Verrichtung bzw. das Gespräch über Hygiene oder Sexualität von einer gleichgeschlechtlichen Betreuungsperson durchgeführt?

Die „Nein“ Beantwortungen betragen hier 40% (Anmerkung des Verfassers).

## **8. ERKENNTNISSE AUS DER BEFRAGUNG**

In der Befragung kam es in beiden Stationen zu Verletzungen der Intim- und Privatsphäre, da jede „Nein“ Beantwortung eine Verletzung ist. Es gab in Summe 94 „Nein“-Meldungen, wobei davon 45 auf die bettenführende Station und 49 auf die Aufnahmestation fielen. Es wurden die Ergebnisse genauer analysiert und jede Frage die eine 15%ige Überschreitung von „Nein“-Meldung hatte wurde näher betrachtet. Bei der Aufnahmestation kam es bei 6 Fragen und bei der bettenführenden Station bei 4 Fragen zu einer Überschreitung von 15%. Die Ergebnisse werden stationsspezifisch dargestellt. Es werden die Fragen, die Ergebnisse und Maßnahmen angeführt (Anmerkung des Verfassers).

### **Aufnahmestation**

Fragestellung im Bereich Strukturstandard lautete: War ein Zimmer für Einzelbenützung verfügbar? Hier kam es zu „Nein“ Meldungen von 50%. Das ist darauf zurückzuführen, dass auf der Aufnahmestation nur Mehrbettzimmer gibt und keine Einzelzimmer. Es steht jedoch das Aufnahmezimmer zur Verfügung, dieses ist jedoch nicht zu jeder Zeit verfügbar. Derzeit kann dieses Problem nur mit der Sensibilisierung der Mitarbeiter, auf Wahrung der Intim- und Privatsphäre beeinflusst werden, da keine bauliche Veränderung geplant ist.

Eine weitere Frage von dem Bereich Strukturstandard: Wurde dokumentiert, was bei dem zu pflegenden und zu betreuenden Menschen in Richtung Privat- und Intimsphäre beachtet werden muss? Diese Frage wurde mit 30% „Nein“ Meldungen beantwortet. Diesen Punkt werden die Stationsleitung, sowie die Abteilungsleitung Pflege, von den Mitarbeitern einfordern und Stichproben durchführen.

Die Frage Nummer 9 vom Bereich Strukturstandard: Waren schriftliche Vorgaben, die das Recht des zu pflegenden und zu betreuenden Menschen auf Privat- und Intimsphäre thematisiert, verfügbar? Hier kam es zu 40% „Nein“ Meldungen. Über dieses Ergebnis wird die Stationsleitung die Mitarbeiter informieren und die konkrete Dokumentation in der Anamnese einfordern. Es werden stichprobenartige Kontrollen durchgeführt (Anmerkung des Verfassers).

Fragestellung im Bereich Prozessstandard lautete: Wurde die Hilfestellung bei der intimen Verrichtung von der pflegerischen Bezugsperson durchgeführt? Hier kam es zu einer Überschreitung von 40%, die genauere Ursache der Verletzung konnte im Rahmen eines Gespräches mit der Stationsleitung nicht erhoben werden (Anmerkung des Verfassers).

### **Bettenführende Station:**

Die 4 Überschreitungen von 15% an „Nein“ Beantwortungen in den Strukturstandards und Prozessstandards auf der bettenführenden Station werden hier genauer angeführt.

Die Fragestellung im Bereich Strukturstandard lautete: Wurde der unerwünschte Eintritt von Personen verhindert durch ein Türschild? Hier kam es zu einer 95%igen Verletzung. Nach Rücksprache mit der Stationsleitung dieser Station, kam heraus, dass es auf dieser Station kein Türschild gibt und auch nicht die Möglichkeit eines anzubringen. Die Vorgangsweise auf dieser Station ist, dass bei Anwesenheit des Personals in einem Zimmer die Anwesenheitstaste gedrückt wird und somit anhand einer grünen Signalleuchte erkennbar ist, dass zu diesem Zeitpunkt kein Eintritt in diesem Zimmer gestattet ist. Angehörige und Besucher werden darauf aufmerksam gemacht. Es gibt jedoch keine Dokumentation über die Aufklärung der Angehörigen. Das ist ein Punkt, der im Rahmen der Aufnahme dokumentiert werden soll, bzw. eine eigen dafür vorgesehene Fragestellung gibt. Diese Vorgangsweise ist für mich nicht ausreichend. Daher sollte eine Halterung der Türschilder angebracht werden, da es auf den weiteren Stationen der Neurologie und Psychosomatik, diese Vorrichtungen vorhanden ist.

Eine weitere Frage im Bereich Strukturstandard lautete: War ein Zimmer für die Einzelbenutzung verfügbar? Diese Frage wurde mit 35% „Nein“ beantwortet. Auf dieser Station ist ein Einzelzimmer vorhanden und ein Untersuchungszimmer. Das Untersuchungszimmer kann aufgrund des stationären Arbeitsablaufes nicht genutzt werden. Die Stationsleitung wird die Mitarbeiter über dieses Ergebnis bei einer Teambesprechung informieren und sie daraufhin sensibilisieren (Anmerkung des Verfassers).

Die Frage Nummer 3 im Bereich Strukturstandard: War ein Bereich für ein ungestörtes Gespräch vorhanden? Hier kam es zu einer Überschreitung von 20%. Dieses Problem, wird nach Rücksprache mit der Stationsleitung, mit der gleichen Vorgangsweise bearbeitet, wie die vorhergehende Frage, da die gleiche strukturelle Problematik besteht.

Die Frage im Bereich Prozessstandard lautete: Wurde die Hilfestellung bei der intimen Verrichtung bzw. das Gespräch über Hygiene oder Sexualität von einer gleichgeschlechtlichen Betreuungsperson durchgeführt? Das es auf der bettenführenden Station zu einer sehr hohen Überschreitung von 40% kam, ist vermutlich der Grund, dass zu diesem Zeitpunkt keine männliche Betreuungsperson gab. Dieses Defizit wurde jedoch inzwischen behoben (Anmerkung des Verfassers).

Für meine weitere Arbeit als Stationsleitung, werde ich diesem Thema mehr Bedeutsamkeit schenken, da es mir als sehr wichtig erscheint (Anmerkung des Verfassers).

## 9. ZUSAMMENFASSUNG

Die Ausgangssituation meiner Arbeit war, dass ich in meinem Berufsleben immer wieder damit konfrontiert wurde, dass es zu Verletzungen in der Intim- und Privatsphäre kam. Dadurch wollte ich dieses Thema genauer bearbeiten. Meine Fragestellung war, wird der Standard, Wahrung der Intim- und Privatsphäre von zu betreuenden und zu pflegenden Menschen, sowie deren Vertrauenspersonen, eingehalten. Kommt es zu Verletzungen und in welchem Bereich. Für mich war es interessant, dieses Thema anhand eines genormten Fragebogens, zu hinterfragen und in zwei unterschiedliche Bereichen. Das LKH Villach orientiert sich an den internationalen Standards der Joint Commission. Umso spannender erwartete ich das Ergebnis, da der Bereich der Intim- und Privatsphäre in dem Standard PFR einen hohen Stellenwert hat. Im Qualitätsmanagement sind Struktur- und Prozessqualität wesentliche Faktoren für eine hohe Ergebnisqualität. Der Fragebogen der ONR beschäftigt sich ausschließlich mit Struktur- und Prozessstandards und die Ergebnisse der Befragung zeigen einen Handlungsbedarf in beiden Bereichen. Die Auswertung der Befragung wurde der Abteilungsleitung Pflege und den Stationsleitungen vorgestellt und gemeinsam die Maßnahmen zur Verbesserung erarbeitet. Das es unter anderem zu Verletzungen in der Wahrung der Intim- und Privatsphäre kam, aufgrund der baulichen Begebenheit, war für mich nicht überraschend. Jedoch überraschend war die 95%ige Überschreitung von „Nein“ Meldungen mit der Fragestellung, wurde der unerwünschte Eintritt von Personen verhindert durch ein Türschild. Die Tatsache, dass es auf der bettenführenden Station kein Türschild gibt und keine Möglichkeit eines anzubringen, ist ansonsten im Haus nicht üblich. Die Summe von 94 „Nein“ Meldungen erschien im ersten Moment sehr hoch. Jedoch im Prozentanteil von 9,6% hingegen ist sehr gering (Anmerkung des Verfassers).

## 10. LITERATURVERZEICHNIS

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus, Auflage 1998

Joint Commission International Akkreditierungsstandards für Krankenhäuser, Jänner 2008,3.Auflage

Juchli, Liliane, Pflege, 1994, 7.Auflage, Georg, Thieme, Stuttgart, Verlag

Manfred, Bruhn, 2007,7.Auflage, Qualitätsmanagement für Dienstleistungen, Springer, Verlag

Nina,Fercher,2010,Wahrung der Intimität? Grenzen des Persönlichkeitsschutzes für Prominente, Peter, Lang, Verlag

Pflegestandards, Erneuerung der Pflege durch Veränderung der Standards,1994, 3.Auflage,Springer,Verlag

**Internet:** [http:// www.as-institute.at/development](http://www.as-institute.at/development),05.03.2011,20.00 Uhr

**Internet:** [http:// www.lkh-vil.or.at](http://www.lkh-vil.or.at),25.07.2011,13.00 Uhr

**Internet:** [http://.www.zitate.net](http://www.zitate.net),03.07.2011,17.00 Uhr

## 11. FRAGEBOGEN ONR 116002

ICS 03.080.30;  
03.120.10  
11.020



**ONR 116002**

*Qualitätsmanagement in der Pflege —  
Wahrung der Privat- und Intimsphäre  
von zu betreuenden und zu pflegenden  
Menschen sowie deren  
Vertrauenspersonen*

*Quality management in nursing —  
Privacy protection for persons who receive nursing and for the confidence persons*

*Management de la qualité dans les soins médicaux—  
Protection de la vie privée des personnes bénéficiant des soins et de leurs personnes de  
confiance*

Ausgabedatum:

2009-05-01

Österreichischer Normenrat, Technischer Ausschuss für Gesundheitswesen, 1150 Wien, Schottentor 1

116002

## Anhang A (informativ)

### Überprüfungsinstrument für den Standard „Wahrung der Privat- und Intimsphäre des zu betreuenden und zu pflegenden Menschen“

#### A.1 Basisdaten

Angabe der Pflegehandlung: .....

Datum: .....

Zutreffendes ankreuzen:  Tagdienst  
 Nachtdienst

Wochentag  
 Feiertag  
 Wochenende

#### A.2 Auswertung des Struktur-Standards

- 1) Standen zur Durchführung der Pflegemaßnahme Einrichtungen und/oder Sichtschutz zur Wahrung der Privat- und Intimsphäre zur Verfügung?

- ja  
 nein ⇒ Begründung  
 **trifft nicht zu** ⇒ Begründung

Begründung: .....

- 2) War ein Bereich für ein ungestörtes Gespräch vorhanden?

- ja  
 nein ⇒ Begründung  
 **trifft nicht zu** ⇒ Begründung

Begründung: .....

- 3) War ein Zimmer für die Einzelbenützung verfügbar?

- ja  
 nein ⇒ Begründung  
 **trifft nicht zu** ⇒ Begründung

Begründung: .....

4) War Rückzugsmöglichkeit für zu betreuende und zu pflegende Person und/oder Besucher gegeben?

- ja
- nein ⇒ Begründung
- trifft nicht zu** ⇒ Begründung

Begründung: .....

5) Wurde der unerwünschte Eintritt von Personen verhindert durch

a) ein Türschild?

- ja
- nein ⇒ Begründung
- trifft nicht zu** ⇒ Begründung

Begründung: .....

b) eine funktionierende Signalleuchte?

- ja
- nein ⇒ Begründung
- trifft nicht zu** ⇒ Begründung

Begründung: .....

6) Wurde dokumentiert, was bei dem zu pflegenden und zu betreuenden Menschen in Richtung Privat- und Intimsphäre beachtet werden muss?

- ja
- nein ⇒ Begründung
- trifft nicht zu** ⇒ Begründung

Begründung: .....

7) War der Pflegeperson die rechtliche Situation bzgl. Verschwiegenheit, Auskunft und Einsicht in Dokumentation bekannt?

- ja
- nein ⇒ Begründung

Begründung: .....

UNIVERSITÄT WÜRZBURG UNIVERSITÄT WÜRZBURG UNIVERSITÄT WÜRZBURG UNIVERSITÄT WÜRZBURG UNIVERSITÄT WÜRZBURG





9) Wurde vor Eintritt in Räumlichkeiten, in denen sich zu pflegende und zu betreuende Menschen befinden können, angeklopft?

- ja
- nein ⇒ Begründung

Begründung: .....

10) Wurde die Türe geschlossen

a) nach Eintritt in Räumlichkeiten?

- ja
- nein ⇒ Begründung

Begründung: .....

b) bei Verlassen der Räumlichkeiten?

- ja
- nein ⇒ Begründung

Begründung: .....

11) Wurde dem zu pflegenden und zu betreuenden Menschen das Tragen der eigenen Kleidung ermöglicht?

- ja
- nein ⇒ Begründung
- trifft nicht zu** ⇒ Begründung

Begründung: .....

12) Wurde dem zu pflegenden und zu betreuenden Menschen das Recht eingeräumt,

a) Berührungen abzulehnen?

- ja
- nein ⇒ Begründung
- trifft nicht zu** ⇒ Begründung

Begründung: .....

b) Angaben zu verweigern?

- ja
- nein ⇒ Begründung
- trifft nicht zu** ⇒ Begründung

Begründung: .....

UNIVERSITÄT WÜRZBURG, INSTITUT FÜR RECHTSINFORMATIK UND VERGLEICHENDE RECHTSLEHRE

ONR 116002:2009

13) Wurde dem Patienten die Möglichkeit gegeben, mit seinem Besuch ungestört zusammen zu sein?

- ja
- nein ⇒ Begründung
- trifft nicht zu** ⇒ Begründung

Begründung: .....

UNIVERSITÄT WÜRZBURG, LEHRSTUHL FÜR ANESTHESIOLOGIE UND REANIMATION, UNIVERSITÄT WÜRZBURG