



SanaCERT Suisse

Schweizerische Stiftung für die Zertifizierung  
der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen

Effingerstrasse 55, CH-3008 Bern, Tel. 031 333 72 63  
info@sanacert.ch, www.sanacert.ch

**Normative Grundlage**  
**für die Zertifizierung von Spitälern und Kliniken**

**Manual für die Selbst- und  
Fremdbewertung**

Version 23\_2019  
vom 11. Dezember 2018

**Re-Zertifizierungsaudit ....**

**Name Spital ....**

**Datum Audit ....**

## Inhalt

Seite

Kommentar zur Version 23 der Standards für die Akutsomatik	3
Erläuterungen	4
Grundstandard: Qualitätsmanagement	5
Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene	7
Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen	9
Standard 3: Beurteilung der Angemessenheit von Aufenthaltsdauern	10
Standard 5: Schmerzbehandlung	11
Standard 6: Abklärung und Behandlung von Diabetes mellitus	13
Standard 7: Chirurgie	14
Standard 10: Informieren und Entscheiden im Behandlungsnetz	16
Standard 11: Umgang mit kritischen Ereignissen	18
Standard 12: Mitarbeitende Menschen – Human Resources	19
Standard 13: Patienteninformation	22
Standard 14: Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation	23
Standard 15: Ernährung	25
Standard 16: Frauenklinik	27
Standard 17: Umgang mit Beschwerden und Wünschen von Patientinnen und Patienten	29
Standard 18: Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten	30
Standard 20: Rettungsdienst	32
Standard 21: Familienorientierte Betreuung von Kindern und Jugendlichen	34
Standard 22: Abklärung, Behandlung und Betreuung	36
Standard 23: Risikomanagement	38
Standard 25: Palliative Betreuung	40
Standard 26: Sichere Medikation	42
Standard 28: Dekubitusprävention und -behandlung	45
Standard 29: Sturzprävention	46
Standard 30: Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen	48

# Kommentar zur Version 23 der Standards für die Akutsomatik

Als Leser finden Sie zu jedem Standard zuerst die Standardelemente mit den Bewertungskriterien und anschliessend die Erläuterungen sowie Literaturangaben zum Standard. Die fehlenden Nummern deuten auf Standards hin, welche ersatzlos aus dem Standardset entfernt wurden.

Gegenüber der Version 22 der Standards für die Akutsomatik wurden folgende Änderungen vorgenommen:

Aktualisierung: Bei den nachfolgenden Standards wurden redaktionelle Änderungen und/oder Ergänzungen bei den Erläuterungen resp. Literatur vorgenommen.

- Standard 5 Schmerzbehandlung
- Standard 13 Patienteninformation
- Standard 15 Ernährung
- Standard 18 Umgang mit akut verwirrten Menschen
- Standard 25 Palliative Betreuung
- Standard 28 Dekubitusprävention und -behandlung
- Standard 30 Umgang mit bewegungseinschränkenden Massnahmen

Kleine Revision: Anpassung einzelner Standardelement sowie Ergänzung bei den Erläuterungen

- Grundstandard
- Standard 16 Frauenklinik
- Standard 20 Rettungsdienst
- Standard 26 Sichere Medikation

Grosse Revision mit Vernehmlassung

- Standard 11 Umgang mit kritischen Ereignissen

Die Version 22 der Standards für die Akutsomatik kann bei SanaCERT Suisse bezogen werden, falls sie nicht mehr über die Webseite zugänglich ist.

## Impressum

**Herausgeber:** Stiftung SanaCERT Suisse  
Geschäftsstelle  
Effingerstrasse 55  
3008 Bern

Telefon 031 333 72 63  
[info@sanacert.ch](mailto:info@sanacert.ch)  
[www.sanacert.ch](http://www.sanacert.ch)

**Redaktion:** Standardkommission SanaCERT Suisse, Bern  
Reto Weber (Präsident, FMI AG, Frutigen), René Gröflin (Basel), Claudia Lenz (KPZ Gesundheit und Alter, St. Gallen), Angela Reithmayer (FMI AG, Interlaken), Norbert Rose (KSSG, St. Gallen), Maja Mylaeus (Geschäftsleitung SanaCERT Suisse, Bern)

Die Stiftung SanaCERT Suisse Bern behält sich alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung vor. Ohne schriftliche Genehmigung durch die Stiftung SanaCERT Suisse Bern darf kein Teil des Werkes in irgendeiner Weise reproduziert werden.

# Erläuterungen<sup>1</sup>

<b>Gültigkeitsbereich</b>	Für jeden Standard ist vor dem eigentlichen Bewertungsvorgang der Gültigkeitsbereich geklärt. Das Spital bestimmt dabei für jeden Standard die Bereiche des Spitals, in welchen der Standard zum Zeitpunkt des Audits umgesetzt werden soll.
<b>Erfüllung</b>	<p>Die Bewertung in Zahlen (Punkte) berücksichtigt, in welchem Ausmass der Qualitätsregelkreis „Plan-Do-Check-Act“ vollendet worden ist. Die Peers verfügen zur Bestimmung des Erfüllungsniveaus eines Standards über folgende Skala:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>0 Konzepte, Beschlüsse, Visionen, Abklärungen</li><li>1 Entwürfe sind erstellt. Die Projektgruppe befindet sich an der Arbeit. Eine konkrete Einführungsplanung ist vorhanden.</li><li>2 Der Standard ist eingeführt. Mitarbeitende wurden informiert und ausgebildet/instruiert.</li><li>3 Die Wirksamkeit des Vorgehens und der Umsetzung wird regelmässig gemessen. Die Ergebnisse der Messungen werden analysiert und genutzt, um Verbesserungen zu identifizieren, zu planen und einzuführen. Eine konkrete Vorgehensplanung für Verbesserungen liegt vor.</li><li>4 Verbesserungen wurden eingeführt. Eine erneute Messung der Wirksamkeit der eingeführten Verbesserungen ist geplant.</li></ol> <p>Zwischenwerte (zum Beispiel 1.5) sind nicht zugelassen.</p>
<b>Durchdringung</b>	<p>Im Audit wird eine Bewertung der Durchdringung vorgenommen, d. h. die Klärung der Frage, ob die Standards in den betroffenen Bereichen auch tatsächlich umgesetzt worden sind. Ist der Gültigkeitsbereich eingeschränkt worden, so wird nur dieser auditiert. Die Bewertung erstreckt sich jedoch über das gesamte Spital. Die Peers verfügen zur Bestimmung des Durchdringungsniveaus eines Standards über folgende Skala:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>0 Der Standard ist noch nicht eingeführt; oder es sind nur anekdotische Nachweise vorhanden.</li><li>1 Der Standard ist in mindestens einem Bereich (Abteilung/Station/ Klinik) eingeführt.</li><li>2 Der Standard ist in etwa der Hälfte der betroffenen Bereiche des Spitals eingeführt.</li><li>3 Der Standard ist in etwa <math>\frac{3}{4}</math> der betroffenen Bereiche des Spitals eingeführt.</li><li>4 Der Standard ist in allen betroffenen Bereichen des Spitals eingeführt.</li></ol> <p>Zwischenwerte (zum Beispiel 1.5) sind nicht zugelassen.</p>
<b>Berechnung der Gesamtbewertung eines Standards (A-D)</b>	<p>Die Zahlenwerte (Punkte) der Erfüllung und der Durchdringung werden für jeden Standard addiert und durch 2 geteilt.</p> <p>1 ergibt für die Gesamtbewertung des Standards ein <b>A</b> (minimal erfüllt), 2 ein <b>B</b> (mässig erfüllt), 3 ein <b>C</b> (in substanziellem Ausmass erfüllt) und 4 ein <b>D</b> (umfänglich erfüllt).</p> <p>Ergibt die Addition von Erfüllung und Durchdringung und Teilung durch 2 einen Zwischenwert (Bsp. 2.5), so wird nach oben oder unten abgerundet.</p>
<b>Schlüssel-Kriterien und Auflagen</b>	<p>Wird eines oder mehrere dieser Kriterien nicht erfüllt, erkennt das Audit-Team auf Nicht-Konformität, formuliert bei fett gedruckten Kriterien eine entsprechende Auflage mit Frist zur Erfüllung. Sämtliche Auflagen gibt das Audit-Team unmittelbar nach dem Audit mündlich und anschliessend im Audit-Bericht schriftlich der Spitalleitung bekannt.</p>
<b>Voraussetzungen zur Zertifizierung</b>	<p>Das Qualitätsmanagement einer Institution wird zertifiziert, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a. der Grundstandard „Qualitätsmanagement“ mindestens in substanziellem Ausmass (C) erfüllt ist; und</li><li>b. kein Standard nicht erfüllt (0) ist; und</li><li>c. die Hälfte der zur Bewertung vorgelegten Standards (einschliesslich des Grundstandards) mindestens in substanziellem Ausmass (C) erfüllt ist; und</li><li>d. bei 8 Standards <b>mindestens insgesamt 20 Punkte</b> (gemäss der Gesamtbewertung A=1, B=2, C=3, D=4 Punkte) erreicht werden.</li></ol>

<sup>1</sup> Die Erläuterungen basieren auf den reglementarischen Grundlagen über das Zertifizierungsverfahren Version 20

# Grundstandard: Qualitätsmanagement

Gültigkeitsbereich des Standards			
Standardelement	Bewertungskriterien (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Unternehmen nimmt seine Verantwortung für die Qualitätssicherung und -entwicklung wahr. Die oberste operative Führungsebene definiert die Qualitätspolitik, setzt Ziele, bestimmt Prioritäten und überwacht die laufenden Arbeiten an der Qualitätssicherung und -entwicklung. Die Ziele sind auf die Unternehmensstrategie abgestimmt.	- <b>Das Unternehmen verfügt über eine qualitätspolitische Grundsatzklärung.</b>		
	- <b>Prioritäten für die Qualitätssicherung und -entwicklung sind bestimmt.</b>		
	- <b>Ziele zur Qualitätssicherung und -entwicklung sind schriftlich formuliert und mit Terminen versehen.</b>		
	- <i>Mindestens ein auf die Ziele bezogenes Ergebniskriterium (Indikator, Kennzahl) wird gemessen.</i>		
	- <i>Sind Massnahmen notwendig, werden diese eingeleitet und evaluiert.</i>		
2. Das Unternehmen überprüft die Qualitätssicherung und -entwicklung periodisch auf Nutzen und Aufwand.	- <i>Eine Bewertung von Nutzen und Aufwand wie auch allfällige daraus sich ergebende Empfehlungen zur Verbesserung der Prozesse in der Qualitätssicherung und -entwicklung liegen vor.</i>		
3. Das Unternehmen informiert die Mitarbeitenden über die Arbeit an der Qualität und motiviert die Mitarbeitenden auf jeder Stufe zur Mitwirkung.	- <b>Das Unternehmen hat schriftlich festgelegt, wie es die Mitarbeitenden über die Arbeit an der Qualität informiert.</b>		
	- <i>Die entsprechenden Informationsinstrumente sind vorhanden und den Mitarbeitenden zugänglich</i>		
	- <i>Die Mitarbeitenden wissen, wo sie sich über die Arbeit an der Qualität informieren können.</i>		
4. Das Unternehmen hat einen oder mehrere Qualitätsbeauftragte ernannt. Deren Aufgaben und Befugnisse sind schriftlich festgehalten und von der obersten operativen Führungsebene genehmigt.	- <i>Ein schriftlicher Auftrag bzw. eine Stellenbeschreibung für die Qualitätsbeauftragten ist vorhanden.</i>		
	- <i>Protokolle belegen die Aktivität der Qualitätsorgane</i>		
5. Das Unternehmen steuert seine Betriebsabläufe über einen prozess-orientierten Ansatz.	- <b>Das Unternehmen hat geregelt, in welcher Art Prozesse erfasst und gelenkt werden.</b>		
	- <i>Das Unternehmen sorgt dafür, dass die Prozesseigner ihre Rolle und Verantwortlichkeiten zur Entwicklung, Pflege und Verbesserung der Prozesse wahrnehmen.</i>		
	- <i>Die Mitarbeitenden sind in der Lage, die Dokumente und Daten, die den jeweiligen Prozess steuern, einfach und jederzeit abzurufen.</i>		

Standardelement	Bewertungskriterien (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
<p>6. Das Unternehmen fördert die kontinuierliche Verbesserung der Qualität der erbrachten Leistungen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Die Indikatoren für die Erreichung der Ziele sind im Quality Dashboard dargestellt.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Das Unternehmen dokumentiert die Analyse von Kennzahlen und Indikatoren (Ergebniskriterien) und bewertet die sich daraus ergebenden Verbesserungsmaßnahmen.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Das Unternehmen fördert die Selbstüberprüfung durch interne Audits.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Alle eingegangenen Beschwerden über das Unternehmen und die daraufhin eingeleiteten Massnahmen werden dokumentiert.</b></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Das Unternehmen informiert die Mitarbeitenden über die Analyse der Indikatoren, über weitere Überprüfungen im Rahmen des Qualitätsmanagements und über eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen.</li> </ul>		
<p>7. Die Qualitätsbeauftragten und die Mitglieder von Qualitätszirkeln und Projektgruppen werden für ihre Aufgaben fort- und weitergebildet. Es besteht eine Fort- und Weiterbildungsplanung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ein Fort- und Weiterbildungsplan ist vorhanden.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stattgefundene Fort- und Weiterbildungen werden ausgewiesen.</li> </ul>		
<p>8. Das Unternehmen erbringt den Nachweis, dass es die Qualität sichert und fördert. Das Unternehmen informiert gegen innen und aussen über seine Aktivitäten zur Qualitätsentwicklung. Das Unternehmen erstellt jährlich einen Qualitätsbericht (Management Review).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Die Dokumentation zu den erfolgten amtlichen Kontrollen und Inspektionen mit den Namen der verantwortlichen Personen in der Institution, dem Datum der letzten erfolgten Kontrolle und dem Datum des Inspektionsberichtes liegt vor.</b></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Das Unternehmen verfügt über ein Konzept zur Information über seine Anstrengungen zur Qualitätsentwicklung. Das Konzept ist von der obersten operativen Führungsebene des Unternehmens verabschiedet.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Nachweise für die Information gegen innen und aussen sind vorhanden.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Jährliche Qualitätsberichte liegen vor.</li> </ul>		

# Standard 1: Infektionsprävention und Spitalhygiene

Gültigkeitsbereich des Standards			
Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Unternehmen hat die Richtlinien zur Infektionsprävention und Hygiene so dokumentiert, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter diese entsprechend ihrer bzw. seiner Funktion nachvollziehen kann.	- <b>Richtlinien zur Infektionsprävention und Hygiene sind vorhanden und zugänglich.</b>		
	- Die Richtlinien werden periodisch evaluiert und (falls notwendig) revidiert.		
	- Die Einführung neuer Mitarbeitender findet regelmässig statt und wird immer evaluiert.		
	- Eine Weiterbildung findet regelmässig statt und wird immer evaluiert.		
2. Für bestimmte Zeiträume werden Ziele der Infektionsprävention und Spitalhygiene bestimmt. Arbeits- und Zeitpläne zeigen auf, wie diese Ziele zu erreichen sind.	- <b>Ziele für die nächsten 12 Monate sind bestimmt.</b>		
	- Ein konkreter Arbeits- und Zeitplan zur Umsetzung der prioritären Ziele ist vorhanden. Zwischenevaluationen finden statt.		
3. Die Zielerreichung wird gemessen.	- Eine Erhebung (zum Beispiel der nosokomialen Infekte, der Wundinfekte, mikrobiologische Analysen ausgewählter Stellen, Resistenzstatistik etc.) findet statt.		
	- Die Ergebnisse sind verfügbar.		
	- Schwellenwerte oder gleichwertige SOLL-Vorgaben sind vom zuständigen Gremium festgelegt.		
	- Massnahmen werden (falls notwendig) getroffen.		
4. Die Hygienekommission ist repräsentativ zusammengesetzt. Das Fachteam Hygiene ist zuständig für alle operationellen Belange.	- Alle bezüglich Infektionsprävention und Hygiene wichtigen Bereiche des Unternehmens sind vertreten.		
5. Mitglieder der Hygienekommission und des Fachteams haben Fortbildungsveranstaltungen in diesem Bereich besucht.	- Ein Fortbildungsplan ist vorhanden.		
	- Eine spitalexterne Fortbildung ist von mindestens einem Mitglied besucht.		
	- Ein Fortbildungscontrolling fand statt.		

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	<b>Was noch zur Erfüllung fehlt</b>
6. Fachpersonen im Bereich der Infektionsprävention und Hygiene beraten und unterstützen die Institution bei Bedarf.	– <i>Eine kontinuierliche Beratung durch eine <b>Fachärztin</b> oder einen <b>Facharzt FMH für Infektiologie</b> (fest angestellt oder extern im Auftragsverhältnis) ist gewährleistet.</i>		



## Standard 2: Erhebung von Patientenurteilen

Gültigkeitsbereich des Standards			
Standardelement	Bewertungskriterien (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Unternehmen führt eine Erhebung von Patientenurteilen durch.	- <b>Eine Beschreibung der Ausgangs-problematik („Wozu benötigt das Unternehmen das Urteil seiner Patientinnen und Patienten?“) liegt vor.</b>		
	- Eine Erhebung wurde durchgeführt.		
	- Die Auswertungen wurden den Mitarbeitenden im Unternehmen in geeigneter Form bekannt gemacht.		
	- Die Anonymität der Antwortenden wurde gewährleistet.		
	- Alle für das Unternehmen relevanten Patientensegmente (z. B. Ambulante, Fremdsprachige, Geriatrie, Langzeitpflege, Kinder) sind berücksichtigt.		
	- Vergleiche mit anderen Spitälern (Benchmarking) wurden vorgenommen.		
2. Bei dieser Erhebung stehen Elemente im Zentrum, welche das ärztliche und/oder pflegerische Handeln im Unternehmen betreffen.	- Elemente ärztlichen und pflegerischen Handelns stehen im Zentrum.		
	- Eine Koordination mit den Informationsbedürfnissen der Projektgruppen anderer Standards ist gewährleistet.		
3. Das Unternehmen macht klar, wie die mittelfristige Strategie zum Gegenstand „Befragung von Patienten“ angelegt ist.	- <b>Die Methode der Befragung der Patienten wurde evaluiert.</b>		
	- Die Höhe der Rücklaufquote wurde thematisiert. Falls notwendig, wurden Überlegungen zur Verbesserung der Rücklaufquote angestellt.		
	- Aufwand-/Nutzen-Überlegungen wurden angestellt.		
	- <b>Eine mittelfristige Strategie (ca. 24 Monate) zum Gegenstand „Befragung von Patienten“ ist vorhanden.</b>		
4. Die Erhebung ist so konzeptualisiert, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Bedeutung von Patientenurteilen nachvollziehen können	- Die Ergebnisse der Erhebungen wurden dazu verwendet, Verbesserungsmaßnahmen zu konzipieren.		
	- Massnahmen wurden umgesetzt.		

# Standard 3: Beurteilung der Angemessenheit von Aufenthaltsdauern

Gültigkeitsbereich des Standards	
----------------------------------	--

Standardelement	Bewertungskriterien (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Es existieren Regeln für die periodische Überprüfung der Aufenthaltsdauern von Patientinnen und Patienten in den verschiedenen Abteilungen/Kliniken.	- <b>Regeln für die periodische Überprüfung der Aufenthaltsdauer von Patientinnen und Patienten sind vorhanden und von der Unternehmensleitung genehmigt.</b>		
	- Eine interdisziplinär zusammengesetzte Projektgruppe ist aktiv.		
	- Mindestens eine Überprüfung in den vergangenen 12 Monaten wurde vorgenommen.		
	- Eine Beurteilung der Ergebnisse der Überprüfung fand statt.		
2. Die Methode zur Überprüfung von Aufenthaltsdauern wird mindestens einmal jährlich einer kritischen Beurteilung durch die oberste Entscheidungsinstanz des Unternehmens unterzogen.	- Ein Konzept zur Beurteilung der Methode durch die oberste Entscheidungsinstanz ist schriftlich vorhanden.		
	- Die Methode inkl. Erhebungsinstrument wurde durch jene, welche damit gearbeitet haben, evaluiert. Ein Protokoll liegt vor.		
3. Die Unternehmensleitung entwickelt eine Strategie zur Optimierung von Aufenthaltsdauern.	- <b>Eine mittelfristige Strategie zur Optimierung von Aufenthaltsdauern ist vorhanden.</b>		
	- Massnahmen wurden umgesetzt und evaluiert.		
	- Die Ergebnisse sind unternehmensintern bekannt gemacht worden.		
	- Die wichtigsten Partner im Behandlungsnetz (Zuweiser, Nachbehandler, Spitex, Heime) kennen die Strategie.		
	- Versicherer sind orientiert, ev. in das Projekt einbezogen.		

# Standard 5: Schmerzbehandlung

<b>Gültigkeitsbereich des Standards</b>	
---	--

Standardelement	Bewertungskriterien (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Unternehmen verfügt über ein Konzept und daraus abgeleitete Handlungsanweisungen zur Behandlung von Schmerzen.	– <b>Ein Konzept und daraus abgeleitete Handlungsanweisungen zur Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen sind vorhanden.</b>		
	– <i>Kompetenzen und Zuständigkeiten der Mitarbeitenden sind geregelt und bekannt.</i>		
	– <i>Für einzelne Patientengruppen sind angepasste Handlungsanweisungen verfügbar.</i>		
	– <b>Das Konzept ist von der obersten operativen Entscheidungsinstanz des Unternehmens sowie von den Kadmern der involvierten Fachdisziplinen und Fachgremien genehmigt.</b>		
2. Diese Handlungsanweisungen werden im gesamten Geltungsbereich implementiert. Ihre Umsetzung wird periodisch geschult.	– <i>Ein Schmerzdienst funktioniert während 24 Stunden.</i>		
	– <i>Die Schmerzerfassung und die Dokumentation sind gewährleistet.</i>		
	– <i>das Fachpersonal der involvierten Disziplinen kennt das Konzept und die Handlungsanweisungen.</i>		
	– <i>Beleg-, Konsiliar- und Hausärzte sind über die Schmerzkonzepte orientiert.</i>		
3. Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen werden über die Schmerzbehandlung informiert und dafür sensibilisiert.  Die Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten ist gewährleistet.	– <i>Informationsmittel sind vorhanden.</i>		
	– <i>Die Nachsorge ist beim Austritt aus dem Unternehmen gewährleistet.</i>		
	– <i>Aufzeichnungen über allfällige mit den Patientinnen und Patienten getroffene Vereinbarungen über die Schmerzbehandlung sind dokumentiert.</i>		
4. Die Umsetzung des Schmerzkonzpts sowie die Wirksamkeit und Angemessenheit der Handlungsanweisungen werden periodisch überprüft.  Die Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen mit der Schmerzbehandlung wird periodisch evaluiert.	– <i>Die richtige und vollständige Umsetzung und Anwendung der Handlungsanweisungen wird überprüft.</i>		
	– <i>Urteile von Mitarbeitenden werden erhoben.</i>		
	– <i>Kennzahlen zur Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten oder Angehörigen mit der Schmerzbehandlung sind vorhanden.</i>		
	– <i>Nachweise über durchgeführte Evaluationen sind vorhanden.</i>		

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	<b>Was noch zur Erfüllung fehlt</b>
5. Die Ergebnisse der periodischen Evaluationen sowie ausgewählte Kennzahlen werden unternehmensintern regelmässig bekannt gemacht.  Falls nötig, werden das Schmerzkonzept sowie die daraus abgeleiteten Handlungsanweisungen angepasst.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>das Fachpersonal der involvierten Disziplinen weiss über die Ergebnisse der Evaluationen Bescheid.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Allfällige Revisionen sind dokumentiert und umgesetzt.</i></li> </ul>		

# Standard 6: Abklärung und Behandlung von Diabetes mellitus

Gültigkeitsbereich des Standards	
----------------------------------	--

Standardelement	Bewertungskriterien (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Unternehmen verfügt über ein Konzept zur Abklärung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus.	- <b>Ein Konzept zur Abklärung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus liegt vor.</b>		
	- Funktionsbeschreibungen für die Diabetesfachperson(en) und die ErnährungsberaterIn(en) liegen vor.		
	- Aus- und Weiterbildungen der Mitarbeitenden wurden durchgeführt. Nachweise liegen vor.		
2. Dieses Konzept berücksichtigt auch Patientinnen und Patienten der nicht-internistischen Abteilungen und zeigt auf, wie bei Patientinnen und Patienten vorzugehen ist, bei denen Diabetes mellitus nicht die Hauptdiagnose ist bzw. kein aktives Problem darstellt.	- <b>Das Konzept wird auch in nicht-internistischen Abteilungen umgesetzt.</b>		
	- Aus- und Weiterbildungen der Mitarbeitenden <b>nicht-internistischer</b> Abteilungen wurden durchgeführt. Nachweise liegen vor.		
	- Die Überprüfung der Umsetzung wurde vorgenommen.		
3. Die Erfassung der Konsequenzen aus dem Konzept ist gewährleistet.	- <b>Ergebniskriterien sind definiert.</b>		
	- Messergebnisse wurden analysiert und kommuniziert.		
	- Hausärzte und andere nachbetreuende Partner (Spitex etc.) wurden einbezogen.		

# Standard 7: Chirurgie

Gültigkeitsbereich des Standards			
Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Abklärung und Behandlung orientieren sich an Guidelines oder, wo solche fehlen, an klinikerinternen Handlungsrichtlinien.	– <b>Mindestens zu einer bestimmten Diagnose ist eine Guideline bzw. Handlungsrichtlinie als verbindlich erklärt worden.</b>		
	– Die Guideline bzw. Handlungsrichtlinie ist im Team instruiert und eingeführt worden.		
	– Mindestens eine Evaluation wurde nach 12 Monaten vorgenommen. Eine allfällig vorgenommene Revision kann belegt werden.		
2. Pflegende arbeiten prä-, intra- und postoperativ mit Pflegestandards und Handlungsrichtlinien. Die Einhaltung der Pflegestandards und Handlungsrichtlinien wird regelmässig überprüft.	– <b>Zu mindestens einem Thema ist mindestens ein Pflegestandard bzw. eine Handlungsrichtlinie als verbindlich erklärt worden.</b>		
	– Dieser Pflegestandard (bzw. Handlungsrichtlinie) ist eingeführt und überprüft worden.		
3. Vor operativen und anderen invasiven Eingriffen werden alle Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige über die Diagnose, den voraussichtlichen Verlauf mit oder ohne Behandlung, die Behandlungsmöglichkeiten, die möglichen Komplikationen und Risiken und die verwendete Hilfsmittel informiert.	– Eine Ausbildung von Teammitgliedern in der Führung von Informationsgesprächen findet regelmässig statt.		
	– <b>Es sind standardisierte Anleitungen zur Aufklärung für ausgewählte häufige Eingriffe verfügbar.</b>		
	– Es ist eine schriftliche Regelung vorhanden, wie verfahren wird, wenn Patienten bzw. Angehörige keine Aufklärung wünschen.		
4. Vor Einleitung der Narkose, vor der ersten chirurgischen Intervention und bevor der Patient bzw. die Patientin den Operationssaal verlässt, überprüft das Team mittels einer Checkliste, was zu einer Gefährdung des Patienten bzw. der Patientin führen könnte.	– <b>Eine Checkliste ist vorhanden.</b>		
	– Die Checkliste ist von der Klinik- bzw. Departementsleitung genehmigt und in Kraft gesetzt worden und wird angewandt.		
	– Die Checkliste ist Gegenstand der Einführung neuer Mitarbeitender und von interprofessionellen Weiterbildungsveranstaltungen des Teams.		
	– <b>Die Verantwortungen für die Durchführung und Dokumentation der einzelnen Überprüfungsschritte sind eindeutig und schriftlich zugeordnet.</b>		
	– Die Checkliste wird periodisch im Team evaluiert.		

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	<b>Was noch zur Erfüllung fehlt</b>
5. Im Team finden periodische Besprechungen von aufgetretenen Problemen, kritischen Zwischenfällen, Komplikationen etc. statt. Diese Besprechungen erfolgen berufs- und fachübergreifend und werden moderiert und protokolliert.	– <i>Protokolle der Besprechungen liegen vor.</i>		
6. Die Chirurgische Klinik führt ein Monitoring ausgewählter Indikatoren für die Leistungsqualität durch.	– <i>Messwerte für mindestens zwei Indikatoren über mindestens 12 Monate sind vorhanden, wurden interpretiert und im Team besprochen.</i>		

# Standard 10: Informieren und Entscheiden im Behandlungsnetz

<b>Gültigkeitsbereich des Standards</b>	
---	--

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
<p>1. Zwischen dem Unternehmen, den Hausärzten, dem Rettungsdienst sowie weiteren Zuweisern ist der übliche Ablauf eines Spitaleintrittes abgesprochen.</p> <p>Schriftliche Richtlinien regeln für Wahleintritt und Notfalleintritt, wer wen wie informiert.</p>	- <i>Absprachen finden statt und sind schriftlich festgehalten.</i>		
	- <i>Diese Absprachen sind den Beteiligten zur Vernehmlassung unterbreitet worden. Nachweise dafür sind vorhanden</i>		
	- <i>Hausärzte und Mitarbeitende im Rettungsdienst kennen die Absprachen.</i>		
	- <b>Richtlinien für den Wahleintritt sind vorhanden.</b>		
	- <i>Diese sind den Mitarbeitenden bekannt und werden angewendet.</i>		
	- <b>Richtlinien für den Notfalleintritt sind vorhanden.</b>		
	- <i>Diese sind den Mitarbeitenden bekannt und werden angewendet.</i>		
<p>2. Im Unternehmen ist festgelegt, wer die Informationen des Hausarztes und anderer Partner des Behandlungsnetzes entgegennimmt, wie die Daten dokumentiert und in welcher Form sie an wen weitergeleitet werden.</p>	- <i>Ein Konzept ist vorhanden.</i>		
	- <i>Ausbildungen zum Thema finden statt.</i>		
	- <i>Die beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kennen ihre Kompetenzen und Zuständigkeiten.</i>		
	- <i>Es sind Hilfsmittel vorhanden, um Informationen standardisiert zu übermitteln und zu dokumentieren.</i>		
	- <i>Ergebniskriterien sind definiert, werden erhoben und ausgewertet.</i>		
<p>3. Das Unternehmen legt fest, wer den Hausarzt und die Angehörigen über wesentliche, auch unerwartete Ereignisse informiert.</p>	- <b>Die Abläufe zur Frage, wer den Hausarzt und die Angehörigen über wesentliche, auch unerwartete Ereignisse informiert, sind definiert.</b>		
	- <b>Es ist festgelegt, was als „wesentliches Ereignis“ gilt. Eine Liste von Beispielen liegt vor.</b>		



Standardelement	Bewertungskriterien (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Es sind Hilfsmittel vorhanden, um Informationen standardisiert zu übermitteln und zu dokumentieren.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Die beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kennen ihre Kompetenzen und Zuständigkeiten.</i></li> </ul>		
4. Zwischen Spitalärzten und Hausärzten sowie Pflegedienst und Spitex-Organisationen besteht ein schriftlich festgehaltener Konsens zur Frage, wann in der Regel Entscheide im Behandlungsnetz gemeinsam getroffen werden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Protokolle der Besprechungen liegen vor.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Es sind Hilfsmittel vorhanden, um Informationen standardisiert zu übermitteln und zu dokumentieren.</i></li> </ul>		
5. Das Unternehmen hat schriftlich festgelegt, welche Informationen bei Spitalaustritt wie an die nachbehandelnden Partner im Behandlungsnetz übermittelt werden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Richtlinien zu den Informationen, die bei Spitalaustritt an die nachbehandelnden Partner im Behandlungsnetz übermittelt werden, sind vorhanden.</b></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Es sind Hilfsmittel vorhanden, um Informationen standardisiert zu übermitteln und zu dokumentieren.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Austrittschecklisten sind vorhanden und werden verwendet.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Lieferzeiten der definitiven Arztberichte von entlassenen Patientinnen und Patienten werden erhoben und ausgewertet.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Die Zufriedenheit der Partner wird erhoben.</i></li> </ul>		
6. Das Zusammenwirken im Behandlungsnetz wird periodisch evaluiert.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Mindestens eine Evaluation wurde nach 12 Monaten vorgenommen. Eine allfällig vorgenommene Revision kann belegt werden.</i></li> </ul>		

# Standard 11: Umgang mit kritischen Ereignissen

Gültigkeitsbereich des Standards			
Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Unternehmen beschreibt, was unter einem „kritischen Ereignis“ zu verstehen ist.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Eine Umschreibung des im Unternehmen verwendeten Begriffs „kritisches Ereignis“ liegt vor.</b></li> </ul>		
2. Ein Konzept legt fest, wie kritische Ereignisse erfasst und bearbeitet werden. Die angewendeten Meldesysteme und Instrumente werden beschrieben.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Ein Konzept legt fest, wie kritische Ereignisse erfasst, gemeldet, analysiert und besprochen werden. Die Meldesysteme und Instrumente werden beschrieben. Die Organisation und Verantwortlichkeiten der beteiligten Personen und multiprofessionellen Teams sind definiert. Die oberste operative Entscheidungsinstanz hat das Konzept genehmigt.</b></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Mitarbeitende erhalten die Möglichkeit Verbesserungsmaßnahmen einbringen zu können.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Prozesse zur Erarbeitung und Umsetzung von Massnahmen, sowie deren Wirkungskontrolle sind festgelegt.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Die Kommunikation zu kritischen Ereignissen und Massnahmen ist beschrieben. Dazu findet ein Reporting in den entsprechenden Gremien statt.</i></li> </ul>		
3. Das Konzept ist umgesetzt. Eine Sicherheitskultur wird im Unternehmen gefördert.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Das Konzept ist umgesetzt.</b></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Es wird periodisch auf seine Umsetzung, Wirkung und den Anpassungsbedarf überprüft.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Nachweise der Bearbeitung von kritischen Ereignissen und der Besprechungen liegen vor.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Mitarbeitende werden regelmässig zum Thema kritische Ereignisse geschult.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Eine Sicherheitskultur wird im Unternehmen gefördert.</i></li> </ul>		
4. Verschiedene Kennzahlen werden erhoben, analysiert und falls notwendig Massnahmen daraus abgeleitet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Ziele und Kennzahlen werden definiert und im Rahmen des P-D-C-A-Kreislaufs bearbeitet.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Die Umsetzung von Massnahmen zur Vermeidung von kritischen Ereignissen wird gemessen.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Der Wissensstand der Mitarbeitenden und die Teilnahme an den Meldesystemen werden periodisch überprüft.</i></li> </ul>		

# Standard 12: Mitarbeitende Menschen – Human Resources

<b>Gültigkeitsbereich des Standards</b>	
---	--

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Unternehmen fördert seine Mitarbeitenden über eine transparente Personalstrategie.	- <b>Die Personalpolitik ist dokumentiert und von der Unternehmensleitung verabschiedet</b> <sup>2</sup>		
	- <b>Die Personalstrategie ist dokumentiert und von der Unternehmensleitung in Kraft gesetzt.</b>		
	- Die Personalstrategie ist von der Unternehmensstrategie abgeleitet.		
	- Die Personalstrategie wird über Konzepte umgesetzt. Zur Erfüllung müssen mindestens 2 Konzepte umgesetzt sein. <sup>3</sup>		
	- Nachweise für die Umsetzung dieser Konzepte sind vorhanden. Die Konzepte werden periodisch evaluiert und, falls notwendig, revidiert.		
	- Ausgewählte Personalkennzahlen für die Steuerung und Evaluation der Konzepte werden gemessen.		
	- Die Mitarbeitenden haben freien Zugang zu den Dokumenten der Personalpolitik und den Konzepten der Personalstrategie.		
	- <b>Das Unternehmen verfügt über eine Regelung bezüglich Mitspracherecht.</b>		
	- Diese wird umgesetzt.		
2. Es finden periodisch mit allen Mitarbeitenden strukturierte Gespräche statt.	- <b>Die Durchführung der Mitarbeitergespräche wird kontrolliert und kann ausgewiesen werden.</b>		
	- <b>Für die Mitarbeitenden liegen aktuelle Stellenbeschreibungen (oder Pflichtenhefte) vor.</b>		
	- Die Mitarbeitergespräche finden auf der Grundlage der Stellenbeschreibung (oder des Pflichtenhefts) und von Zielvereinbarungen statt.		

<sup>2</sup> Die Personalpolitik beschreibt die für das Unternehmen geltenden Werte wie die fachliche und persönliche Förderung der Mitarbeitenden, die Haltung zur Gleichberechtigung von Mann und Frau, zum Verhältnis von Arbeit und Privatleben, zum Unternehmen als Ausbildungsstätte (die Aufzählung ist nicht abschliessend).

<sup>3</sup> Konzepte können unter anderem die Personalbindung (u. a. extrinsische und intrinsische Motivatoren), die fachliche Förderung, die Entwicklung der Persönlichkeit sowie die Laufbahnplanung, ein Konzept Management Development, ein Konzept Diversity, ein Konzept betriebliches Gesundheitsmanagement umfassen (die Aufzählung ist nicht abschliessend).

Standardelement	Bewertungskriterien (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Kader werden für die Durchführung der Mitarbeitergespräche nachweislich geschult.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Unternehmen hat schriftlich geregelt, wie oft, unter welchen äusseren Bedingungen und auf welche Weise Mitarbeitergespräche durchgeführt und dokumentiert werden. Die Einhaltung dieser Regeln wird überprüft.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nachweise für den Umgang mit Rückmeldungen der Mitarbeitenden sind vorhanden.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Qualität der Mitarbeitergespräche wird überprüft.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Wirksamkeit der Mitarbeitergespräche bezüglich Förderung der Leistungsfähigkeit und Zufriedenheit des Mitarbeitenden wird evaluiert.</li> </ul>		
3. Die für das Unternehmen wesentlichen Instrumente der Mitarbeiterführung sind dokumentiert.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instrumente der Mitarbeiterführung werden angewendet.<sup>4</sup></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Wirksamkeit der angewendeten Instrumente wird periodisch überprüft.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Der Umgang mit vertraulichen Daten ist geregelt.</li> </ul>		
4. Das Unternehmen fördert die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Unternehmen schafft Rahmenbedingungen für die Förderung der interdisziplinären und interprofessionellen Fort- und Weiterbildung.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Unternehmen überprüft periodisch, ob die Zusammensetzung seiner Führungsgremien die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit unterstützt.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereichsübergreifende Informationsgefässe, Foren und Anlässe fördern die Zusammenarbeit.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Unternehmen gibt vor, wie die Nahtstellen der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit in den Betriebsabläufen (Prozessen) beschrieben und geschult werden.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Das Unternehmen fördert die offene Kommunikation und den wertschätzenden Umgang unter einander.</li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Wirksamkeit der Massnahmen zur Förderung der Zusammenarbeit wird überprüft.</li> </ul>		

<sup>4</sup> Instrumente der Mitarbeiterführung sind unter anderem Konzepte und Richtlinien zur Führung von Mitarbeitergesprächen, zum Verhalten gegenüber Patienten und Angehörigen, zum Daten- und Persönlichkeitsschutz, Einführungschecklisten, Mitarbeiterbefragungen, das Absenzenmanagement ...

Standardelement	Bewertungskriterien (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
5. Das Unternehmen verfügt über Richtlinien und Instrumente zur Bewältigung von Konflikten und schwierigen Situationen.	– <b>Vorkehrungen zur Erkennung und Bewältigung von Konflikten sind vorhanden.</b>		
	– Das Unternehmen wendet Verfahren an zur Unterstützung seiner Mitarbeitenden und Vorgesetzten bei der Lösung von Konflikten.		
	– <b>Das Unternehmen verfügt über Richtlinien zum Umgang mit Problemsituationen wie Mobbing, sexuelle Belästigung<sup>5</sup> sowie Alkohol-, Drogen- oder Medikamenten-abusus, Burn-out und andere.</b>		
	– Erfahrungen mit der Anwendung der Instrumente werden bei ausgewählten Situationen erfasst und ausgewertet.		
	– Vorkehrungen zur Vermeidung der Gefährdung von Mitarbeitenden durch Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige sind vorhanden.		

<sup>5</sup> Fett gedruckt sind die gesetzlich vorgeschriebenen Bereiche.

# Standard 13: Patienteninformation

Gültigkeitsbereich des Standards			
Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Vor Massnahmen zur Diagnose und Behandlung werden Patientinnen und Patienten (oder – wenn begründet – deren Angehörige) angemessen informiert. Die Information in Notfällen ist geregelt.	– <b>Standardisierte Anleitungen zur Information von Patientinnen und Patienten für ausgewählte häufige Massnahmen (Diagnose, Behandlung, Therapie) sind verfügbar.</b>		
	– Die Information erfolgt durch eine Medizinalperson im Rahmen eines individuellen Gesprächs. Die Informationspraxis für Notfälle, die sofortiges Handeln erfordern, ist schriftlich geregelt.		
2. Durch diese Information werden die Patientinnen und Patienten befähigt, ihr Recht auf Entscheidung wahrzunehmen und sich an der Umsetzung des Entscheides zu beteiligen.	– Die informierte Zustimmung der Patientin, des Patienten bzw. der Angehörigen wird bei jeder Massnahme eingeholt.		
3. Die Information wird den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten angepasst. Wenn eine Patientin oder ein Patient keine Information wünscht, wird dies respektiert.	– Eine schriftliche Regelung ist darüber vorhanden, wie verfahren wird, wenn Patientinnen bzw. Patienten bzw. Angehörige keine Information wünschen.		
4. Die erfolgte Information wird angemessen dokumentiert.	– Dokumente sind vorhanden.		
5. Das Unternehmen verfügt über ein Konzept zur Information der Patientinnen und Patienten. Darin sind die Art und Weise der Information, der Zeitpunkt, zu welchem die Information spätestens zu erfolgen hat, sowie die Person des Informierenden oder der Informierenden umschrieben.	– <b>Ein Konzept zur Information der Patientinnen und Patienten ist vorhanden.</b>		
	– Es existiert eine Regelung, wie fremdsprachige Patientinnen und Patienten informiert werden.		
6. Für die mit der Information der Patientinnen und Patienten befassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besteht ein Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzept.	– Eine Ausbildung von Teammitgliedern in der Führung von Informationsgesprächen findet regelmässig statt und wird dokumentiert.		
7. Einheitlichkeit und Verständlichkeit der Information werden periodisch evaluiert und, wenn notwendig, entsprechend angepasst. Es wird überprüft, ob die Patientinnen und Patienten die erhaltenen Informationen verstanden haben.	– Evaluationsergebnisse sind vorhanden, und deren Konsequenzen werden umgesetzt.		

# Standard 14: Abklärung, Behandlung und Betreuung in der Notfallstation

<b>Gültigkeitsbereich des Standards</b>	
---	--

Standardelement	Bewertungskriterien (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Unternehmen verfügt über ein Konzept, in welchem festgelegt wird, wie und von wem Notfallpatientinnen und -patienten betreut werden. Das Konzept ist umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft.	- <b>Ein Konzept zur Betreuung der Notfallpatienten ist vorhanden.</b>		
	- Die Leitung der Notfallstation überprüft jährlich die inhaltliche Aktualität des Konzepts.		
	- Die aus der Überprüfung gewonnenen Erkenntnisse werden im Team bewertet		
	- Die Erkenntnisse haben – wenn nötig – Anpassungen des Konzepts zur Folge.		
2. Elemente des Behandlungspfades „Notfall“ werden als Teilprozesse beschrieben und instruiert. Die Prozessbeschreibungen werden als verbindlich erklärt. Die Einhaltung dieser Prozessbeschreibungen wird überprüft.	- Mindestens zwei Teilprozessbeschreibungen liegen vor, sind eingeführt und überprüft worden.		
	- <b>Die Notfallstation verfügt über ein System zur Triage der Patienten.</b>		
	- Es wird ein Triage-Algorithmus angewandt, der regelmässig überprüft wird.		
	- Die Information der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen ist geregelt.		
3. Für die Einführung, Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden der Notfallstation besteht eine Planung.	- <b>Richtlinien zur Einführung neuer Mitarbeitender sind vorhanden</b>		
	- Die Richtlinien werden angewandt.		
	- Für die Einführung neu beginnender Mitarbeitenden und für die stationsinterne und -externe Fortbildung sämtlicher Mitarbeitender besteht eine Jahresplanung.		
	- Für die Zusatzausbildung dipl. Expertin Notfallpflege NDS HF / der dipl. Experte Notfallpflege NDS HF besteht eine mehrjährige Planung.		
	- Lernziele für Auszubildende sind definiert.		
	- Arztdienst und Pflegende verfügen über Fortbildungen in der Notfallmedizin bzw. Notfallpflege. Nachweise sind vorhanden.		

Standardelement	Bewertungskriterien (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Es finden regelmässig Fallbesprechungen statt, die von einem notfallmedizinisch erfahrenen Kaderarzt geleitet werden.</i></li> </ul>		
4. Das Konzept umfasst klinische Richtlinien (Guidelines) für häufige und/oder seltene Situationen, bei welchen ein rasches und zielgerichtetes Handeln erforderlich ist.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Guidelines (klinische Richtlinien) sind verfügbar.</b></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Die Leitung der Notfallstation überprüft jährlich die inhaltliche Aktualität der Guidelines. Schriftliche Nachweise sind vorhanden.</i></li> </ul>		
5. Das Konzept nennt Ergebniskriterien zur Beurteilung der Qualität der Notfallbehandlung.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Mindestens zwei Ergebniskriterien werden erhoben, ausgewertet und kommentiert.</i></li> </ul>		
6. Im Konzept werden die strukturellen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen (Personal, Räume, Ausrüstung, Logistik etc.) zu dessen Umsetzung aufgeführt	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Für die Notfallbehandlung stehen geeignete, den Schutz der Persönlichkeit gewährleistende Räumlichkeiten zur Verfügung.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Warteräume für Patienten und deren Angehörige sind ansprechend und ausreichend ausgestattet.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Die Notfallstation wird durch einen Kaderarzt oder eine Kaderärztin geführt, welche(r) über eine Fortbildung in Notfallmedizin verfügt. Eine Stellvertretung ist bezeichnet.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Die Notfallstation verfügt über eine Pflegedienstleitung.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Stellenpläne, Dienstwege und Budgetkompetenzen sind festgehalten.</i></li> </ul>		
7. Mit Zuweisern und Nachsorgern werden die Erwartungen bezüglich gegenseitiger Information und Zusammenarbeit vereinbart.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Es bestehen gemeinsam mit den häufigsten Zuweisern bzw. Nachsorgern erarbeitete Vereinbarungen.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Die Verlegung von Patienten, welche eine spezielle Versorgung in einem anderen Unternehmen benötigen, ist vorbereitet.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Verlegungen nachts und an Wochenenden sind geregelt.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Die Entlastung der Notfallstation bei Kapazitätsengpässen ist vorbereitet.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Das Konzept berücksichtigt den Umgang mit Patientinnen und Patienten, welche keinen Hausarzt kennen.</i></li> </ul>		



# Standard 15: Ernährung

Gültigkeitsbereich des Standards			
Standardelement	Bewertungskriterien (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Unternehmen strebt eine bedarfsgerechte, ausgewogene, an den individuellen Gesundheitszustand angepasste und in geeigneter Form verabreichte Ernährung der Patientinnen und Patienten an.	- <b>Ein ausgewogener Menuplan ist vorhanden.</b>		
	- Die Menuplanung wird ausgewertet.		
	- <b>Korrektive und unterstützende Strategien sind in der Pflegeplanung vorhanden.</b>		
	- Motorische, sensorische und kognitive Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten sind berücksichtigt.		
	- <b>Dem Essverhalten wird Beachtung geschenkt; es wird bei Risiko-Patientinnen und -Patienten dokumentiert.</b>		
2. Es ist geregelt, <ul style="list-style-type: none"> <li>- wer für die Erfassung, Dokumentation und Einschätzung des Ernährungszustandes der Patientinnen und Patienten zuständig ist,</li> <li>- wie in der Ernährung das Krankheitsbild berücksichtigt wird und</li> <li>- welche Massnahmen (nicht nur bei Risikogruppen) getroffen werden.</li> </ul>	- <b>Das Ernährungskonzept wird im Unternehmen kommuniziert und ist bekannt.</b>		
	- Die Grundzüge des Konzepts werden den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen beim Spitaleintritt vermittelt.		
	- <b>Die Zuständigkeiten sind geregelt.</b>		
	- <b>Parameter zur Einschätzung des Ernährungsstatus werden angewandt.</b>		
	- Enterale und parenterale Formen der Verabreichung sind im Konzept berücksichtigt.		
	- Anerkannte Instrumente zur Erfassung und Einschätzung von mangelernährten Patientinnen und Patienten jeden Alters kommen zur Anwendung.		
	- Ernährungsgeschichte und Diagnose werden dokumentiert.		
	- <b>Risikogruppen sind definiert.</b>		
3. Die individuellen Essensvorlieben, Abneigungen, Gewohnheiten und Rituale der Patientinnen und Patienten werden in die	- Es werden Massnahmen beschrieben und umgesetzt, um die soziale und kulturelle Komponente von Mahlzeiten zur Geltung zu bringen.		

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	<b>Was noch zur Erfüllung fehlt</b>
Gestaltung des Ernährungsangebots einbezogen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Es sind Richtlinien darüber vorhanden, wie mit Entscheiden des Patienten bzw. der Patientin bzw. seiner Vertrauensperson, hinsichtlich Verabreichung bzw. Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit umgegangen wird.</i></li> </ul>		
4. Die im Ernährungskonzept eingebundenen Berufsgruppen (Ernährungsberatung, Küche, Hotellerie, aber auch Ärzteschaft und Pflegefachpersonen) werden ihren Aufgaben entsprechend fort- und weitergebildet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ein Fort- und Weiterbildungskonzept ist vorhanden und wird umgesetzt.</i></li> </ul>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Der Wissensstand und die fachlichen Kompetenzen des Personals werden periodisch überprüft.</i></li> </ul>		

# Standard 16: Frauenklinik

Gültigkeitsbereich des Standards			
Standardelement	Bewertungskriterien (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Für die Frauenklinik existiert ein Konzept zur Qualitätssicherung und -förderung in der Gynäkologie und in der Geburtshilfe inklusive des Wochenbetts. Es gilt für alle Mitarbeitenden der Frauenklinik (einschliesslich der Belegärztinnen, Belegärzten und der Beleghebammen), aber auch für die übrigen Mitarbeitenden anderer Kliniken, welche in die Behandlung und Betreuung einbezogen sind.	– <b>Das Konzept zur Qualitätssicherung und -förderung in der Gynäkologie, in der Geburtshilfe und im Wochenbett ist vorhanden.</b>		
	– Das Konzept ist von der obersten operativen Entscheidungsinstanz des Unternehmens genehmigt.		
	– Das Konzept ist umgesetzt.		
	– Das Konzept wird periodisch auf seine Aktualität überprüft. Nötige Massnahmen werden ergriffen, Nachweise sind vorhanden.		
2. Diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozesse werden strukturiert bearbeitet, beschrieben und instruiert.	– <b>Für die häufigsten und/oder kritische Problemstellungen sind Richtlinien und Pflegestandards vorhanden.</b>		
	– Diese werden regelmässig auf ihre Umsetzung, Tauglichkeit und Aktualität überprüft und Massnahmen zu deren Verbesserung ergriffen.		
3. Alle ambulanten und stationären Patientinnen der Gynäkologie und Geburtshilfe werden über die Diagnose, den voraussichtlichen Verlauf mit oder ohne Behandlung, die Behandlungsmöglichkeiten, die möglichen Komplikationen und Risiken sowie die nötigen Pflegemassnahmen informiert.	– Es ist festgelegt, wer worüber informiert.		
	– Eine Ausbildung in der Führung von Informationsgesprächen findet regelmässig statt.		
	– <b>Standardisierte Anleitungen zur Aufklärung über ausgewählte Eingriffe und Behandlungen sind verfügbar.</b>		
	– Diese Anleitungen werden eingesetzt.		
	– Es sind schriftliche Regeln für den Fall vorhanden, dass Patientinnen keine oder nur eine minimale Information wünschen.		
	– Regeln und Hilfsmittel zur Information fremdsprachiger Patientinnen sind vorhanden und werden angewandt.		
4. An der Frauenklinik finden regelmässig interprofessionelle und, falls nötig, interdisziplinäre Fallbesprechungen und Komplikationen-Konferenzen statt. Die Ergebnisse werden schriftlich fest-	– Alle Besprechungen und Konferenzen stehen allen am Prozess beteiligten Berufsgruppen zur Teilnahme offen.		
	– Protokolle sind vorhanden.		

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	<b>Was noch zur Erfüllung fehlt</b>
gehalten und den betroffenen Mitarbeitenden kommuniziert. Die durchgeführte Umsetzung wird überprüft.	– <i>Aus den Ergebnissen werden Massnahmen erarbeitet, umgesetzt und deren Wirksamkeit überprüft.</i>		
5. Die Frauenklinik führt ein Monitoring ausgewählter Indikatoren betreffend Abklärung, Aufklärung, Behandlung und Betreuung durch. Erkannte und formulierte Verbesserungsmassnahmen aus den Auswertungen des Monitorings werden umgesetzt.	– <i>Indikatoren sind definiert und werden regelmässig erhoben.</i>		
	– <i>Die Interpretation der Ergebnisse erfolgt im Team.</i>		
	– <i>Massnahmen werden abgeleitet.</i>		
	– <i>Die Umsetzung der Massnahmen wird überprüft. Die Zielerreichung wird gemessen.</i>		
6. Der Einbezug der vor- und nachgelagerten Institutionen ist hinsichtlich Information, Berichtswesen, Angebot von Fort- und Weiterbildungen, positiven und negativen Rückmeldungen, etc. geregelt.	– <i>Es ist festgelegt, wie die Zuweiser und Nachbetreuer über die Behandlung der Patientinnen informiert werden.</i>		
	– <i>Es besteht für die vor- und nachgelagerten Institutionen ein Fort- und Weiterbildungsangebot.</i>		
	– <i>Rückmeldungen werden in festgelegten Fristen mit den Betroffenen bearbeitet.</i>		

# Standard 17: Umgang mit Beschwerden und Wünschen von Patientinnen und Patienten

Gültigkeitsbereich des Standards	
----------------------------------	--

Standardelement	Bewertungskriterien (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Beschwerden und Wünsche von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen werden systematisch erfasst, ausgewertet, kommentiert und zur Qualitätsförderung genutzt.	- <i>Beschwerden und Wünsche werden statistisch erfasst und ausgewertet.</i>		
	- <i>Beschwerden und Wünsche werden innert festgelegten Fristen bearbeitet und beantwortet.</i>		
	- <i>Über Beschwerden und Wünsche sowie deren Bearbeitung wird unternehmensintern und extern informiert.</i>		
2. Die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige werden über die Möglichkeit, Beschwerden und Wünsche anzubringen, informiert.	- <b>Patientinnen und Patienten sowie Angehörige werden auf Beschwerdemöglichkeiten hingewiesen.</b>		
	- <i>Es stehen Hilfsmittel (Formular, Briefkasten, spezielle Ansprechperson) zur Verfügung.</i>		
3. Ein Konzept regelt, wer seitens des Unternehmens für die Entgegennahme, Abklärung, Beantwortung und Umsetzung von Wünschen und Beschwerden zuständig ist. Das Konzept regelt ferner, wie betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Patientinnen und Patienten und deren Angehörige in die Umsetzung von Verbesserungen einbezogen werden.	- <b>Es besteht ein Konzept zum Umgang mit Wünschen und Beschwerden</b>		
	- <b>Die Zuständigkeiten sind geregelt.</b>		
	- <i>Betroffene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Patientinnen und Patienten werden in die Umsetzung einbezogen.</i>		

# Standard 18: Umgang mit akut verwirrten Patientinnen und Patienten

<b>Gültigkeitsbereich des Standards</b>	
---	--

Standardelement	Bewertungskriterien (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Unternehmen verfügt über Verfahrensregeln, um verwirrte Patientinnen und Patienten zu identifizieren und diagnostisch einzuordnen.	- <b>Die Verfahrensregeln für den Umgang mit verwirrten Patientinnen und Patienten sind vorhanden.</b>		
	- Die Regeln sind von der obersten operativen Entscheidungsinstanz genehmigt.		
	- Die Zusammenarbeit mit der Konsiliarpsychiatrie ist schriftlich geregelt.		
	- Testinstrumente stehen zur Verfügung, sind instruiert und bekannt.		
2. Es bestehen Handlungsleitlinien zur Vorbeugung von akuten Verwirrheitszuständen sowie zur Behandlung verwirrter Patientinnen und Patienten.	- Eine Liste der Risikomedikamente ist vorhanden und wurde instruiert.		
	- <b>Handlungsleitlinien zur Prävention von akuten Verwirrheitszuständen sind für ausgewählte mögliche Ursachen erarbeitet.</b>		
	- Diese sind instruiert.		
	- Algorithmen der medizinischen und pflegerischen Behandlung sind vorhanden und instruiert.		
3. Für verwirrte Patientinnen und Patienten wird eine auf deren spezielle Bedürfnisse abgestimmte Pflege und Behandlung gewährleistet. Die Angehörigen werden informiert und nach Möglichkeit in die Betreuung einbezogen.	- <b>Pflegestandards sind für die häufigsten Verwirrungs Zustände vorhanden.</b>		
	- Ihre Umsetzung wurde überprüft; die Zielerreichung wurde evaluiert, allfällige Korrekturmassnahmen sind eingeleitet worden.		
	- Information und Mithilfe der Angehörigen bei der Betreuung sind geregelt.		
4. Das Unternehmen umschreibt, was unter Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit in Hinblick auf Vermeidung von körperlichen und psychischen Verletzungen zu	- <b>Eine Umschreibung von Massnahmen zur Einschränkung der Bewegungsfreiheit ist vorhanden.</b>		
	- Die Umschreibung ist den Mitarbeitenden bekannt.		

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	<b>Was noch zur Erfüllung fehlt</b>
verstehen ist und regelt deren Indikation, Durchführung, Überwachung, Information und Dokumentation.	– <i>Die Umschreibung ist von der obersten operativen Entscheidungsinstanz des Unternehmens genehmigt. Der Ablauf ist geregelt. Die Verantwortlichkeiten und Kompetenzen sind geklärt und den beteiligten Mitarbeitenden bekannt.</i>		
	– <i>Die Massnahmen sind protokolliert. Die Protokolle sind vollständig und einheitlich.</i>		
5. Die Verfahrensregeln, Handlungsleitlinien und Massnahmen werden kontinuierlich evaluiert. Die Ergebnisse der Evaluation werden im Unternehmen kommuniziert.	– <i>Ergebniskriterien sind definiert, erhoben und dokumentiert.</i>		
	– <i>Auswertungen liegen vor und sind kommentiert.</i>		
	– <i>Protokolle der Auswertungssitzungen sind vorhanden.</i>		

# Standard 20: Rettungsdienst

Gültigkeitsbereich des Standards			
Standardelement	Bewertungskriterien (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Der Rettungsdienst verfügt über ein Konzept, in welchem festgelegt ist, wie Patientinnen und Patienten fachtechnisch korrekt gerettet, medizinisch versorgt und betreut werden.	- <b>Ein Konzept zum Rettungsdienst ist vorhanden.</b>		
	- <i>Das Konzept ist den Mitarbeitenden des Rettungsdienstes und den unternehmensinternen Partnern bekannt und umgesetzt.</i>		
	- <i>Das Konzept ist inhaltlich mit den Bestimmungen über die Anerkennung von Rettungsdiensten des IVR abgestimmt.</i>		
	- <i>Die IVR-Anerkennung ist erreicht, bzw. wird angestrebt.</i>		
2. Das Konzept umfasst Regeln und Algorithmen sowie Ergebniskriterien zur Beurteilung der Primär- und Sekundäreinsätze.	- <b>Algorithmen für Primär- und Sekundäreinsätze sind verfügbar.</b>		
	- <i>Die Algorithmen werden angewendet und periodisch überprüft.</i>		
	- <b>Jedes Mitglied des Rettungsdienstes verfügt über eine schriftliche Erlaubnis, im Einsatz selbständig die in einer persönlichen Kompetenzliste aufgeführten Handlungen und Medikamentenapplikationen ärztlich delegiert auszuführen.</b>		
	- <i>Rettungspersonal, Ärztinnen und Ärzte kennen ihre Kompetenzen und Zuständigkeiten.</i>		
3. Das Konzept regelt die Zuständigkeiten, die Koordination und Zusammenarbeit mit den Partnern der Rettungskette im Einzugsgebiet und die Übergabe der Patientinnen und Patienten an die weiter versorgende Einrichtung.	- <b>Die übrigen Blaulichtorganisationen und Einsatzpartner sind in die Umsetzung des Konzepts eingebunden (z.B. Feuerwehren, Hausärzte, Polizei, Luftrettung).</b>		
	- <i>Rettungs- und Bergungsmaterial ist mit den Partnerorganisationen abgestimmt.</i>		
	- <i>Die Zusammenarbeit mit den Notärzten ist geregelt.</i>		
	- <i>Die Übergabe der Patientinnen und Patienten an die weiter versorgende Einrichtung ist geregelt.</i>		
4. Rettung und Betreuung achten die Würde und Integrität der Patientinnen/ Patienten und	- <i>Patientenrechte sind bekannt und werden instruiert. Auskunftspersonen wissen Bescheid.</i>		



Standardelement	Bewertungskriterien (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
ihrer Angehörigen. Patientin- nen/Patienten und ihre Angehö- rigen haben ein Recht auf situa- tionsgerechte Information und Betreuung. Sie werden in Ent- scheidungen über Behandlungen und Transporte nach Möglichkeit einbezogen.	– <i>Patientenzufriedenheit wird erhoben und ausgewertet. Ergebnisse sind be- kannt, wurden analysiert, allfällige Massnahmen wurden ergriffen und umgesetzt.</i>		
5. Im Konzept sind Weiterbildung des Teams sowie fachliche und psychologische Debriefings berücksichtigt.	– <i>Ein Weiterbildungskonzept liegt vor und wird umgesetzt. Nachweise über besuchte Weiterbildungen liegen vor.</i>  – <i>Nachbesprechungen im Team finden statt, die Abläufe sind schriftlich fest- gelegt.</i>  – <i>Vorkehrungen für psychologische Debriefings sind getroffen.</i>		
6. Der Rettungsdienst verfügt über Mittel, um die Einsätze zu do- kumentieren und zu bewerten.	– <i>Die Einsätze werden dokumentiert. Die Dokumentation wird ausgewertet. Statistiken liegen vor</i>  – <i>Ergebniskriterien sind definiert und werden erhoben.</i>		
7. Das Konzept wird regelmässig evaluiert. Die aus der Evaluation gewonnenen Erkenntnisse wer- den im Team bewertet und haben, wenn notwendig, Kor- rekturmassnahmen bzw. Anpas- sungen des Konzepts zur Folge.	– <i>Nachweise über durchgeführte Evalua- tionen sind vorhanden, der Q- Kreislauf kann nachvollzogen werden.</i>  – <i>Erfolgte Korrekturmassnahmen sind dokumentiert.</i>		

# Standard 21: Familienorientierte Betreuung von Kindern und Jugendlichen

<b>Gültigkeitsbereich des Standards</b>	
---	--

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Die Einrichtung setzt schrittweise die zehn Punkte der Europäischen Charta für Kinder im Krankenhaus um und schafft dazu personelle, strukturelle und bauliche Voraussetzungen.	- <b>Ein Konzept „Familienorientierte Betreuung von Kindern und Jugendlichen“ ist vorhanden.</b>		
	- <b>Prioritäten in Bezug auf die mittelfristige Umsetzung des Konzepts sind gesetzt.</b>		
	- <b>Arbeitsplan und Zeitplan zur Umsetzung des Konzepts sind vorhanden.</b>		
	- Ein Aus- und Weiterbildungskonzept ist vorhanden und wird umgesetzt.		
	- Informationsanlässe, Einführungs- und Weiterbildungskurse finden statt.		
	- Der Wissensstand der Mitarbeitenden wird überprüft. Nachweise sind vorhanden.		
2. Bei stationärer Behandlung ist die Mitaufnahme eines Elternteils/einer Bezugsperson jederzeit möglich.	- <b>Die entsprechende Infrastruktur wie Eltern- bzw. Familienzimmer steht zur Verfügung.</b>		
	- Informationsmaterial steht zur Verfügung.		
	- Eltern und Bezugspersonen sind informiert.		
	- Die Mitarbeitenden wissen Bescheid.		
3. Die Einrichtung verfügt über Strategien und Prozesse, um die Bedürfnisse, Anregungen und Wünsche von Patientinnen, Patienten und Eltern wahrzunehmen und umzusetzen.	- Patientinnen und Patienten sowie Angehörige werden auf die Möglichkeiten der Rückmeldung hingewiesen.		
	- Es stehen Hilfsmittel zur Verfügung.		
	- Bedürfnisse, Anregungen, Wünsche und Verbesserungsvorschläge werden erfasst, dokumentiert und ausgewertet.		
	- Die Auswertungen werden an Geschäftsleitungssitzungen und Teamsitzungen kommuniziert. Nachweise sind vorhanden.		
	- Schlüsse werden gezogen und haben Verbesserungsmassnahmen zur Folge.		

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	<b>Was noch zur Erfüllung fehlt</b>
4. Die Einrichtung arbeitet mit aussen stehenden Fachpersonen auf dem Gebiet der Kinderrechte sowie mit Interessengruppen für ein kindergerechtes Gesundheitswesen und mit Elternvereinigungen zusammen.	– <i>Die Zusammenarbeit ist geregelt.</i>		
	– <i>Kontakte finden statt. Nachweise sind vorhanden.</i>		

## Standard 22: Abklärung, Behandlung und Betreuung

Gültigkeitsbereich des Standards			
Standardelement	Bewertungskriterien (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozesse werden strukturiert bearbeitet, beschrieben, instruiert und als verbindlich erklärt.	– <b>Eine Richtlinie zur Erarbeitung, zur Struktur und für den Unterhalt von Prozessbeschreibungen ist verfügbar.</b>		
	– <i>Es ist definiert, welche Wissensquellen zur Diagnostik, Therapie und Pflege verwendet werden sollen.</i>		
	– <b>Prozessbeschreibungen sind vorhanden.</b>		
	– <i>Die Prozessbeschreibungen werden umgesetzt.</i>		
	– <i>Ihre Umsetzung wird periodisch überprüft.</i>		
	– <i>Eventueller Anpassungsbedarf wird gemäss den Ergebnissen der Überprüfungen geplant und umgesetzt.</i>		
2. Alle Patientinnen und Patienten werden über die Diagnose, den voraussichtlichen Verlauf mit oder ohne Behandlung, die Behandlungsmöglichkeiten, die möglichen Komplikationen und Risiken, die Pflege sowie die verwendeten Hilfsmittel informiert.	– <b>Es sind standardisierte Anleitungen zur Aufklärung über ausgewählte Eingriffe und Behandlungen verfügbar.</b>		
	– <i>Eine Ausbildung in der Führung von Informationsgesprächen findet regelmässig statt.</i>		
	– <i>Es ist eine schriftliche Regelung vorhanden, falls Patientinnen und Patienten nur eine minimale Aufklärung wünschen bzw. nicht aufgeklärt werden können.</i>		
	– <i>Es existiert eine Regelung, wie fremdsprachige Patientinnen und Patienten informiert werden sollen.</i>		
	– <i>Ein Konzept zum Erstellen und Verwenden von schriftlichen Hilfsmitteln ist vorhanden und umgesetzt.</i>		
3. Im Team finden Besprechungen von aufgetretenen Problemen, kritischen Zwischenfällen, Komplikationen etc. statt.	– <i>Besprechungen finden regelmässig statt und stehen allen am Prozess beteiligten Berufsgruppen offen.</i>		
	– <i>Beschlüsse werden protokolliert.</i>		
4. Der Bereich führt ein Monitoring ausgewählter Prozessindikatoren durch. Eine interdisziplinäre Messung ist möglich. Erkannte und formulierte Verbesserungs-massnahmen aus den Aus-	– <i>Verbesserungsmassnahmen gemäss den Ergebnissen werden formuliert und umgesetzt.</i>		
	– <b>Prozessmessgrössen sind definiert.</b>		

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	<b>Was noch zur Erfüllung fehlt</b>
wertungen des Monitoring wer- den umgesetzt.	– <i>Regelmässige Prozessüberprüfungen finden statt.</i>		

# Standard 23: Risikomanagement

Gültigkeitsbereich des Standards			
Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Unternehmen legt in seiner Risikopolitik fest, wie es mit Risiken insbesondere mit Themen der Patientensicherheit umgeht. Die Kommunikation zu Risiken motiviert die Mitarbeitenden auf jeder Stufe zur Mitwirkung und schafft dadurch eine Sicherheitskultur.	– <b>In der Risikopolitik ist beschrieben, welchen Stellenwert das Risikomanagement im Unternehmen hat und in welcher Form die Mitarbeitenden, insbesondere die Führungskräfte Verantwortung für die Umsetzung übernehmen.</b>		
	– <i>Es werden Ziele, Vorgehensweisen und Instrumente beschrieben, die den Mitarbeitenden für ein risikobewusstes Verhalten in ihrem Arbeitsbereich als Orientierung dienen.</i>		
	– <i>Der Stellenwert der Kommunikation zu Risiken und die angewendeten Kommunikations- und Informationswege sind definiert. Eine Sicherheitskultur ist vorhanden und wird überprüft. Die Institution benennt Massnahmen zur Förderung und definiert Kriterien zur Überprüfung der Sicherheitskultur.</i>		
2. Das Unternehmen hat ein Konzept zum Risikomanagement erstellt. Ziele sind die Identifikation, Analyse, Bewertung von klinischen und nicht-klinischen Risiken sowie Massnahmen zur Risikovermeidung und Risikoreduktion.	– <b>Es besteht ein Konzept, aus dem hervorgeht, wie die Institution die Identifikation, Analyse und Bewertung von Risiken sowie die Umsetzung und Kontrolle von Massnahmen zur Risikovermeidung und Risikoreduktion durchführt.</b>		
	– <i>Es werden klinische und nicht-klinische Risiken des Unternehmens beurteilt.</i>		
	– <i>Das Konzept ist von der obersten Entscheidungsinstanz des Unternehmens genehmigt. Die Umsetzung des Konzeptes wird überprüft. Das Konzept wird periodisch aktualisiert.</i>		
	– <i>Für das Risikomanagement sind Organisationsstrukturen definiert und Verantwortliche benannt.</i>		
	– <i>Die Aus-, Fort- und Weiterbildung von verantwortlichen Personen im Risikomanagement ist geplant und ausgewiesen.</i>		
3. Risiken werden regelmässig überwacht und überprüft. Massnahmen zur Risikovermeidung und Risikoreduktion werden festgelegt, umgesetzt und überprüft.	– <i>Alle Risiken werden periodisch im Hinblick auf die Eintrittswahrscheinlichkeit und das Schadensausmass überprüft.</i>		
	– <i>Die Art und die Anzahl eingetretener Ereignisse und Schäden werden erfasst. Ereignisanalysen werden durchgeführt.</i>		

Standardelement	Bewertungskriterien <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	<b>Was noch zur Erfüllung fehlt</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="584 297 991 409">– <i>Massnahmen gegen Risiken sind im Hinblick auf Umsetzung und Wirkung ausgewiesen. Ein periodisch erstellter Risikobericht gibt Auskunft zum Stand des Risikomanagements.</i></li> </ul>		

# Standard 25: Palliative Betreuung

Gültigkeitsbereich des Standards			
Standardelement	Bewertungskriterium (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Unternehmen legt fest, auf welche Weise über die Durchführung der palliativen Betreuung entschieden wird	- <b>Ein Entscheidungsprozess für die palliative Betreuung ist festgelegt.</b>		
	- <i>Es ist festgelegt, in welchen Zeitintervallen eine Wiedererwägung des Entscheids zur palliativen Betreuung erfolgt.</i>		
2. Das Unternehmen verfügt über ein Konzept, in welchem festgehalten ist, wie in einer palliativen Situation die bestmögliche Lebensqualität der Patientinnen und Patienten gewährleistet und deren Würde und Integrität geachtet wird und wie Angehörige in die Betreuung einbezogen werden.	- <b>Ein Konzept zur palliativen Betreuung ist vorhanden</b>		
	- <i>Das Konzept ist umgesetzt.</i>		
	- <b>Handlungsleitlinien sind vorhanden.</b>		
	- <i>Diese sind umgesetzt.</i>		
3. Die Durchführung der palliativen Betreuung sowie die Arbeit mit Ergebniskriterien zur Beurteilung der palliativen Massnahmen werden ausgewiesen.	- <i>Das Team wendet Messinstrumente zur Symptombewertung und zur Einschätzung der Lebensqualität an.</i>		
	- <i>Mindestens zwei Ergebniskriterien werden erhoben und ausgewertet.</i>		
4. Patientinnen und Patienten werden angemessen informiert. Mit dieser Information werden die Patientinnen und Patienten befähigt, ihr Recht auf Selbstbestimmung auszuüben.	- <b>Der Umgang mit Patientenerklärungen (Patientenvollmacht) ist geregelt.</b>		
	- <i>Es ist geregelt, unter welchen Bedingungen Angehörige in die Information einbezogen werden.</i>		
5. Die Zuständigkeiten, die Koordination und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen, den Hausärzten, den Spitex-Diensten und weiteren Partnern sind geregelt.	- <i>Die Zuständigkeiten sind geregelt.</i>		
	- <i>Es besteht eine Zusammenarbeit mit unternehmensexternen Stellen.</i>		
	- <i>Schriftliche Richtlinien regeln, wer wen wie zu welchem Zeitpunkt informiert.</i>		
	- <i>Das Zusammenwirken im Betreuungsnetz wird periodisch evaluiert.</i>		
6. Das interprofessionelle Betreuungsteam ist in Palliativer Medizin, Pflege und Betreuung ausgebildet. Die fachliche und psychologische Begleitung des	- <i>Es besteht ein Fort- und Weiterbildungskonzept.</i>		
	- <i>Nachweise über besuchte Fort- und Weiterbildungen sind vorhanden.</i>		



Standardelement	Bewertungskriterium <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	<b>Was noch zur Erfüllung fehlt</b>
Teams ist gewährleistet.	– <i>Teamsitzungen finden unter kompetenter Anleitung statt und werden evaluiert.</i>		

# Standard 26: Sichere Medikation

<b>Gültigkeitsbereich des Standards</b>	
---	--

Standardelement	Bewertungskriterium <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervorgehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Ein Konzept regelt relevante Aspekte der sicheren Medikation. Dieses Konzept wird regelmässig evaluiert.	- <b>Ein Konzept zur sicheren Medikation ist vorhanden.</b>		
	- <i>Das Konzept ist den betroffenen Mitarbeitenden bekannt.</i>		
	- <b>Das Konzept ist aktuell.<sup>6</sup></b>		
	- <i>Das Konzept ist von der obersten operativen Entscheidungsinstanz des Unternehmens genehmigt.</i>		
2. Bei jedem Patienten und jeder Patientin wird eine Medikationsanamnese erhoben und dokumentiert.	- <i>Die Medikationsanamnese ist vollständig durchgeführt und für Dritte nachvollziehbar dokumentiert.</i>		
	- <i>Das Unternehmen hat Richtlinien zum Umgang mit der Selbstmedikation des Patienten bzw. der Patientin erstellt.</i>		
3. Bei medikamentösen Neuverordnungen wird die Patientin bzw. der Patient über die relevanten Aspekte der Arzneimittelverordnung in geeigneter Form informiert.	- <i>Das Unternehmen regelt, wie die Patientinnen und Patienten über medikamentöse Neuverordnungen informiert werden.</i>		
	- <i>Das Unternehmen überprüft, inwiefern die erfolgte Information für die Patientin bzw. den Patienten verständlich war.</i>		
4. Eine Arzneimittelliste gibt Auskunft darüber, welche Arzneimittel im Unternehmen in welcher Wirkstärke und Applikationsform zur Verfügung stehen.	- <i>Es ist geregelt, welches Gremium die Arzneimittelliste nach welchen Kriterien zusammenstellt, verwaltet und aktualisiert.</i>		
	- <i>Ausnahmen für Verordnungen ausserhalb der Arzneimittelliste sind geregelt.</i>		
	- <i>Arzneimittelliste und AIPS (Arzneimittelinformations-Publikationssystem) sind allen am Medikationsprozess mitwirkenden Mitarbeitenden jederzeit zugänglich.</i>		
	- <i>Das Unternehmen legt fest, wo Informationen über die korrekte Verabreichung der Arzneimittel (z.B. Teilbarkeit von Tabletten, Haltbarkeit nach Anbruch, Stabilität von aufgelösten Trockensubstanzen, etc.) erhältlich sind.</i>		

<sup>6</sup> Das Kriterium ist erfüllt, wenn aus dem Konzept hervorgeht, in welchen zeitlichen Abständen und durch wen das Konzept überprüft worden ist, bzw. überprüft werden wird.

Standardelement	Bewertungskriterium (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
5. Das Unternehmen verfügt über Richtlinien und/oder Standards bezüglich des Verschreibens, Bestellens und Richtens und Verabreichens von Arzneimitteln.	– <b>Es ist festgelegt, wie der Medikationsprozess im Unternehmen dokumentiert wird.</b>		
	– <b>Die Verordnung von Arzneimitteln erfolgt schriftlich. Regeln zur mündlichen Verordnung von Arzneimitteln in Notfällen sind festgelegt.</b>		
	– <i>Ärztinnen und Ärzte werden bezüglich der korrekten Verordnungspraxis regelmässig geschult. Die Schulung der Ärztinnen und Ärzte umfasst die wesentlichen Aspekte der Pharmakokinetik und Pharmakodynamik.</i>		
	– <i>Patientinnen und Patienten werden identifiziert, bevor Arzneimittel verabreicht werden.</i>		
	– <i>Verordnungen, Vorbereitung und Ausgabe der Arzneimittel werden verifiziert.</i>		
	– <b>Das Unternehmen regelt schriftlich, wer die Verifikation nach welchen Kriterien und zu welchem Zeitpunkt vornimmt.</b>		
6. Arzneimittel werden in einer sicheren und sauberen Umgebung gelagert.	– <b>Arzneimittel werden gesetzeskonform gelagert, gerichtet, beschriftet und datiert.</b>		
	– <i>Eine pharmazeutisch geschulte Person überwacht die Lagerung, Vorbereitung und Ausgabe der Arzneimittel.</i>		
7. Unerwünschte Ereignisse und Fehler im Medikationsprozess werden erfasst und im Team besprochen, und es werden Massnahmen zu deren Verhinderung umgesetzt.	– <i>Das Konzept definiert den Begriff „Unerwünschtes Ereignis und Fehler im Medikationsprozess“. Die Mitarbeitenden kennen diesen Begriff.</i>		
	– <b>Der Meldeweg für unerwünschte Ereignisse und Fehler ist bestimmt.</b>		
	– <i>Der Meldeweg ist im Unternehmen bekannt.</i>		
	– <b>Die Verantwortlichen für die Entgegennahme, Dokumentation und Bearbeitung der unerwünschten Ereignisse im Medikationsprozess sind bestimmt.</b>		
	– <i>Die Verantwortlichen sind im Unternehmen bekannt.</i>		
	– <i>Nachweise, dass Meldungen zu Verbesserungen des Medikationsprozesses verwendet wurden, sind vorhanden.</i>		
8. Austretende Patientinnen und Patienten werden über ihre Austrittsmedikation in geeigneter	– <i>Vor der Entlassung bespricht der verordnende Arzt bzw. die verordnende Ärztin mit dem Patienten bzw. der Patientin die verordneten Arzneimittel.</i>		

Standardelement	Bewertungskriterium <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	<b>Was noch zur Erfüllung fehlt</b>
ter Form informiert. Das Konzept zeigt auf, wie die Information an die nachsorgenden Partner erfolgt.	<i>Diese Besprechung ist dokumentiert.</i>		
	– <i>Die Arzneimittelinstruktion wird auf einer Dosierungskarte festgehalten und dem austretenden Patienten bzw. der austretenden Patientin mitgegeben.</i>		
	– <i>Die Informationswege bezüglich Austrittsmedikation mit nachsorgenden Partnern (Spitex/Hausärzte, Alters- und Pflegeheime) sind geregelt.</i>		

# Standard 28: Dekubitusprävention und -behandlung

Gültigkeitsbereich des Standards			
Standardelement	Bewertungskriterium (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
<p>1. Jede Patientin und jeder Patient wird darauf hin beurteilt, ob eine Dekubitusgefährdung vorliegt.</p> <p>Diese Beurteilung findet sofort nach dem Eintritt statt und wird in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderung der Mobilität, der Aktivität und des Druckes wiederholt.</p>	– <b>Richtlinien zur Beurteilung der Dekubitusgefährdung sind vorhanden.</b>		
	– Die Richtlinien sind instruiert.		
	– Aktuelle, systematische Einschätzungen der Dekubitusgefährdung liegen vor.		
<p>2. Die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige kennen die Ursachen der Dekubitusgefährdung. Sie werden über die geplanten Massnahmen zur Vermeidung informiert und wirken nach Möglichkeit an deren Umsetzung mit.</p>	– Die Patientinnen und Patienten sind informiert und instruiert.		
	– Ergebnisse von Überprüfungen des Kenntnisstandes bei den Patientinnen und Patienten sowie den Mitarbeitenden liegen vor.		
<p>3. Risikovermindernde Massnahmen, neu entstandene Dekubitus, Behandlung und Verlauf werden dokumentiert. Prävention und Therapie orientieren sich an den für das Unternehmen verbindlichen Handlungsrichtlinien.</p>	– Die durchgeführten präventiven Massnahmen sind dokumentiert.		
	– <b>Handlungsrichtlinien für die Prävention, Erkennung und Therapie des Dekubitus sind verfügbar.</b>		
	– Diese sind den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt und werden angewendet. Die Anwendung wird überprüft.		
<p>4. Ärztinnen, Ärzte und Pflegende sind in der Lage, das Dekubitusrisiko einzuschätzen, verfügen über aktuelles Wissen zur Entstehung, Prävention und Therapie des Dekubitus und kennen ihre Kompetenzen.</p>	– Weiterbildungsveranstaltungen werden durchgeführt und evaluiert.		
<p>5. Die Wirksamkeit der Massnahmen wird gemessen, und die Messergebnisse werden periodisch von den Ärzten, Ärztinnen und Pflegenden gemeinsam beurteilt</p>	– Ein Datenerfassungs-Formular wird angewendet und ausgewertet. Die Erfassung wird auf Vollständigkeit und Plausibilität überprüft.		
	– Die Ergebnisse werden beurteilt. Protokolle der Besprechungen liegen vor.		
	– Falls notwendig werden Verbesserungsmassnahmen eingeleitet.		

## Standard 29: Sturzprävention

Gültigkeitsbereich des Standards			
Standardelement	Bewertungskriterium (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Unternehmen verfügt über ein Konzept zur Sturzprävention. Dieses regelt den Umgang mit sturzgefährdeten Patientinnen und Patienten und wie Stürze und Sturzverletzungen vermieden werden können.	– <b>Das Konzept zur Sturzprävention liegt vor.</b>		
	– <i>Das Konzept wird umgesetzt. Die Umsetzung wird überprüft.</i>		
	– <i>Die Massnahmen zur Sturzprävention werden dokumentiert.</i>		
	– <i>Anzeichen von Sturzangst werden aufmerksam beobachtet und thematisiert.</i>		
	– <i>Angebote zum Mobilitätstraining (Gleichgewichtsübungen, Gehtraining, Kraftübungen) sind vorhanden.</i>		
2. Das Konzept regelt, ob und wie ein systematisches Screening auf Sturzgefährdung durchgeführt wird.	– <b>Die Sturzrisiko-Beurteilung wird in den ersten Tagen nach Eintritt vorgenommen.</b>		
	– <i>In den Patientendokumentationen ist festgehalten, wann die nächste Beurteilung fällig wird.</i>		
	– <i>Die Patientendokumentationen der gefährdeten Personen sind speziell gekennzeichnet.</i>		
	– <i>Zielgerichtete Massnahmen werden abgeleitet.</i>		
3. Das Unternehmen erfasst mittels Sturzprotokoll alle Stürze mit und ohne Folgen.	– <i>Vollständige Sturzprotokolle mit Angaben zu allfälligen Folgen liegen vor.</i>		
	– <i>Die Protokolle dienen der Auswertung individueller Sturzmuster einzelner Patientinnen und Patienten und der beeinflussenden Faktoren.</i>		
4. Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeitende bilden Bestandteile des Konzepts zur Sturzprävention. Nach Möglichkeit werden Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige über die Wichtigkeit der Massnahmen zur Vermeidung von Stürzen informiert.	– <i>Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen finden statt und werden evaluiert.</i>		
	– <i>Die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige werden einbezogen.</i>		
5. Die Wirksamkeit der Massnahmen wird gemessen, und die Messergebnisse werden periodisch von den Ärzten, Ärztinnen, Pflegenden und weiteren	– <i>Sturzraten werden ausgewiesen und kommentiert.</i>		
	– <i>Der Verletzungsindex wird berechnet und kommentiert.</i>		

Standardelement	Bewertungskriterium <i>(Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)</i>	erfüllt - nicht erfüllt	<b>Was noch zur Erfüllung fehlt</b>
beteiligten Mitarbeitenden ge- meinsam beurteilt.	– <i>Interdisziplinäre Auswertungssitzun- gen finden statt. Konsequenzen wer- den gezogen, Massnahmen zur allfälli- gen Verbesserung werden ergriffen.</i>		

# Standard 30: Umgang mit bewegungseinschränken- den Massnahmen

Gültigkeitsbereich des Standards			
Standardelement	Bewertungskriterium (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
1. Das Unternehmen umschreibt, was unter einer bewegungsein- schränkenden Massnahme zu verstehen ist.	– <b>Eine Umschreibung von bewe- gungseinschränkenden Massnah- men ist vorhanden.</b>		
	– Die Umschreibung ist den Mitarbeiten- den bekannt.		
	– Die Umschreibung ist von der obersten operativen Entscheidungsinstanz des Unternehmens genehmigt.		
2. Das Unternehmen regelt verbindlich Indika- tionsstellung, Anordnungsberechtigung, Vor- bereitung, Durchführung, Überwachung und Aufhebung der bewegungseinschränkenden Massnahme sowie die Doku- mentation.	– <b>Der Ablauf ist geregelt. Die Ver- antwortlichkeiten und Kompeten- zen sind geklärt.</b>		
	– Ablauf und Verantwortlichkeiten sind den beteiligten Mitarbeitenden be- kannt.		
	– <b>Die Bedingungen, unter welchen bewegungseinschränkende Mass- nahmen angewendet werden kön- nen, sind definiert.</b>		
	– Die Bedingungen sind den Mitarbei- tenden bekannt.		
	– <b>Die Massnahmen werden proto- kolliert und evaluiert. Die Proto- kolle sind vollständig und einheit- lich.</b>		
	– <b>Vor dem Einleiten einer Massnah- me findet zwingend ein Gespräch mit dem Patienten/der Patientin, ev. den Angehörigen statt (ausge- nommen sind Notfallsituationen: nach solchen findet ein Gespräch mit Angehörigen bzw. dem ge- setzlichen Vertreter zum nächst- möglichen Zeitpunkt statt).</b>		
	– <b>Bei urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten werden Angehörige bzw. die gesetzlichen Vertreter bezüglich der Anwendung von bewegungseinschränkenden Mas- snahmen informiert. Die Informa- tion wird dokumentiert.</b>		
3. Das Konzept wird in regelmäs- sigen Abständen evaluiert. Seine Wirksamkeit, Zweckmä- ssigkeit und Angemessenheit wird überprüft.	– Die Zielerreichung wird gemessen, ausgewertet und beurteilt.		
	– Ein Erfassungsprotokoll kommt zum Einsatz.		



Standardelement	Bewertungskriterium (Schlüsselkriterien sind <b>fett</b> hervor- gehoben)	erfüllt - nicht erfüllt	Was noch zur Erfüllung fehlt
	– Die Kontrolle der richtigen und voll- ständigen Anwendung des Konzepts ist gewährleistet.		
	– Mindestens eine Evaluation wird nach 12 Monaten vorgenommen. Eine all- fällige Revision kann belegt werden.		
4. Das Verständnis und das Ein- verständnis der Mitarbeitenden und der Angehörigen mit dem Konzept werden regelmässig überprüft.	– Erhebungen der Urteile von Pflegen- den, Ärztinnen und Ärzten, Patientin- nen und Patienten und ihren Angehö- rigen werden durchgeführt.		
5. Die Mitarbeitenden werden regelmässig über den Stand der Arbeiten, über die Ergebnisse der Überprüfungen und über ausserordentliche Ereignisse im Zusammenhang mit bewe- gungseinschränkenden Mass- nahmen informiert.	– Protokolle von Besprechungen liegen vor.		
	– Die fachliche und psychologische Begleitung des Teams ist gewährleis- tet.		
	– Der Umgang mit bewegungsein- schränkenden Massnahmen wird in Aus- und Weiterbildungsangeboten thematisiert.		